

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIMICROBIANOS

ANA LUIZA MUCCILLO-BAISCH[†]
MARIA CRISTINA FLORES SOARES^{**}
RICARDO LUNKES^{***}
IVANA DA CRUZ GOULART^{****}
MARÍLIA GARCEZ CORRÊA DA SILVA^{*****}

RESUMO

Ao longo das últimas décadas, a adesão terapêutica transformou-se numa área muito ativa de investigação aos profissionais de saúde. Neste trabalho, buscou-se analisar os fatores relacionados com a falta de adesão ao tratamento na cidade do Rio Grande-RS e, desta maneira, contribuir para a promoção da adesão terapêutica e do uso racional de antimicrobianos. Na primeira etapa, avaliaram-se através de entrevista, variáveis sócio-demográficas, hábitos, questões relacionadas à prescrição e à doença de 246 usuários. Posteriormente, através de contato telefônico, verificou-se a adesão ao tratamento proposto. Percebeu-se que 55,7% aderiram ao tratamento. A análise multivariada demonstrou influenciar na adesão terapêutica, a renda do usuário e a classe do antibiótico prescrito. Concluiu-se que há necessidade de revisão das práticas de prescrição e dispensação de antimicrobianos. Defende-se a elaboração de uma cartilha informativa a ser utilizada por profissionais da saúde, como guia para dispensação de antimicrobianos.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão, Tratamento Medicamentoso, Agentes Antimicrobianos, Farmácia.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE TREATMENT ADHERENCE LEVEL WITH ANTI MICROBIAL: ASSISTANCE TO AN EDUCATIVE ACTION PROPOSAL IN HEALTH

Throughout the past decades, the therapeutic adherence has become a very active area of investigation for the professional in health. In this study, the aim was to analyze the factors related to the lack of treatment adherence, to collect information and contribute to promote the therapeutic adherence and the rational

* Pós-doutorado na Unité 441 Inserm, Pessac, França. Professora Associada – FURG. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde – FURG. E-mail: anabaisch@gmail.com

** Doutorado em Fisiologia (Université Paris VI Pierre et Marrie Curie). Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. E-mail: mcflores01@gmail.com

*** Um dos autores da pesquisa

**** Farmacêutica; mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPCS) – FURG. E-mail: igoulart2001@gmail.com

***** Farmacêutica; mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPCS) – FURG. E-mail: mariliacorreia@superig.com.br

anti microbial use. In the first stage, the evaluation was performed through an interview, socio-demographic variables, habits, questions related to prescription and the illness of 246 patients. Later, through phone calls, the offered treatment adherence was verified. It was noticed that there was a treatment adherence of 55.7%. According to the multivariable analysis, the outcome and the antibiotic class which influenced on the therapeutic adherence. It was concluded that there is a necessity to review the prescription and the anti microbial dispensation practices. The development of an informative book to be used by the professionals in health as a guide for the anti microbial dispensation is also defended.

KEY WORDS: Adherence, Use of Medication, Antimicrobial, Pharmacy.

INTRODUÇÃO

A adesão a uma terapia medicamentosa é um fenômeno complexo e depende da interação de numerosos e variados fatores, tais como, sociais e culturais, muitos deles suscetíveis de serem modificados¹.

A questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso tem sido importante nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais da saúde, assim como, outros fatores que influem sobre o uso racional de recursos terapêuticos². A falta de adesão dá lugar a importantes conseqüências clínicas e sociais, onde a mais direta, é o fracasso terapêutico, podendo traduzir-se num agravamento da doença, num atraso da cura e no surgimento de resistências bacterianas.

O abandono total ou parcial do tratamento antes de sua finalização ou a realização incorreta do mesmo constitui os comportamentos mais comuns do usuário no tratamento antimicrobiano³.

No Brasil, vários trabalhos foram realizados para avaliar os níveis de adesão da população frente a terapias medicamentosas. Um deles apresentou um índice de

adesão de 69%, onde as questões relacionadas à qualidade do serviço de saúde foram o principal preditor para o aumento nos níveis de adesão⁴.

Por outro lado, a desinformação é causa importante do uso inadequado de medicamentos. Aproximadamente 26% dos usuários acredita que devem utilizar antimicrobianos somente até desaparecerem os sintomas, sendo esta a principal causa de abandono do tratamento⁵. Esta idéia é reforçada por alguns autores⁶.

A orientação do farmacêutico causa melhora significativa na adesão terapêutica. Os usuários que recebem informação sobre o medicamento aderem mais ao tratamento, tornam-se mais satisfeitos e mais alertas para a possível ocorrência de efeitos adversos⁵. O autor afirma ainda, que a participação do farmacêutico nos programas e políticas de uso racional de antimicrobianos é fundamental, pelo conhecimento que tem sobre os medicamentos e pela confiança que transmite ao usuário.

Alternativas para melhorar a utilização de antimicrobianos são

referidas no sentido de empreender ações direcionadas a corrigir a atuação das pessoas e instituições e instaurar políticas de uso racional de antimicrobianos na área da saúde. Entre as medidas estão: a promoção do uso racional, a dispensação somente sob prescrição médica e com a

presença do farmacêutico e a constante atualização profissional⁷.

O presente trabalho analisou as questões relacionadas à adesão do paciente a prescrição de antimicrobianos, bem como, o conteúdo da informação repassada ao usuário pelo prescritor.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, utilizando-se entrevista estruturada como principal método indireto e quantitativo para avaliar o grau de adesão ao tratamento médico ou odontológico da prescrição de antimicrobianos presentes na relação nacional de medicamentos essenciais⁸.

As entrevistas foram desenvolvidas com clientes de duas farmácias na cidade do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados se estendeu pelo período de três meses, de maio a julho de 2007 e foi realizada através de técnica padronizada pelos farmacêuticos responsáveis. A metodologia foi previamente testada para treinamento e aperfeiçoamento das técnicas de contato com os usuários, bem como, para verificação e validação do instrumento.

Foram incluídos na amostra os usuários maiores de quinze anos que apresentaram prescrição de antimicrobianos. Foram excluídos da amostra os clientes servidos por entrega de medicamentos, os que não apresentaram prescrição médica, os que se recusaram em participar, além dos usuários que necessitaram tratamentos tópicos, em dose única

ou superiores a quinze dias de duração. Todos os participantes tomaram conhecimento e assinaram o termo de consentimento livre e informado, ficando uma cópia em poder do entrevistado e outra com os responsáveis pela pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em duas etapas: na primeira, no ambiente da farmácia por ocasião da aquisição do medicamento prescrito, onde se preencheu a ficha de entrevista contendo perguntas sobre os dados socioeconômicos e demográficos do usuário; características do atendimento e da doença; características da terapêutica e da prescrição. Após a coleta dos dados e do arquivamento da ficha de entrevista, o farmacêutico prestou orientações ao usuário sobre o medicamento prescrito. Encerrada esta fase, agradeceu-se à disponibilidade do usuário e comunicou-se que ao final do período de duração do tratamento, entrar-se-ia em contato para realizar a segunda etapa da entrevista, sem fazer referência à necessidade do seguimento correto do tratamento. Nesta, por meio do contato via telefone foram feitas perguntas sobre a percepção da própria

saúde, tendo sido solicitado ao paciente que classificasse a si como curado, melhor, igual ou pior ao início do tratamento. Foram também considerados aspectos relativos ao não seguimento do tratamento, tais como: o relato de abandono, a posologia inadequada, a ocorrência de reação adversa ou outro motivo.

O desfecho principal, a adesão, foi medido pelo número total de doses utilizadas da medicação antimicrobiana prescrita. Considerou-se como prova de confirmação, a contagem das doses restantes.

A variável dependente foi "adesão terapêutica", com duas categorias, adere ou não adere. As variáveis independentes foram selecionadas com base nos fatores associados ao uso de medicamentos. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, cor, estado civil com ou sem companheiro, escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio ou superior, completos ou incompletos), características do atendimento, da doença, da terapêutica e da prescrição.

RESULTADOS

Foram entrevistados 246 usuários, nas farmácias selecionadas, com prescrição de antimicrobianos. Os dados referentes às condições socioeconômicas e demográficas da amostra são visualizados na Tabela I. Na amostra

Para a descrição dos dados das variáveis categóricas foi realizada a distribuição de frequências. A força de associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi realizada por regressão logística não condicionada, tendo sido estimada a razão de Odds e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Para calcular a significância estatística das associações, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado. O nível de significância adotado foi de 0,05.

A análise multivariada foi realizada baseada no modelo teórico previamente apresentado e a fim de controlar os fatores de risco ou confusão envolvidos com a não adesão ao tratamento, permaneceram no modelo até o final da análise as variáveis cujo $p \leq 0,2$.

O estudo atendeu as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sendo previamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande sob o parecer número 012/2007.

predominaram usuários do sexo masculino (53,7%), brancos (48,0%), na faixa etária entre 31 e 59 anos (54,1%), com ensino médio completo ou incompleto (54,5%), empregado (67,5%) e com renda entre um e cinco salários mínimos (54,5%).

Tabela I – Condições socioeconômicas e demográficas do grupo estudado.

Variável	N (%)	Variável	N (%)
Escolaridade	47 (19,1)	Faixa etária	
Analfabeto, fundamental completo e incompleto	134 (54,5)	(anos)	45 (18,3)
Ensino médio completo e incompleto	65 (26,4)	15-30	133 (54,1)
Superior completo e pós-graduação		31-59	68 (27,6)
		60-77	
Renda	134 (54,5)	Sexo	131 (53,7)
1 a 5 SM	112 (45,5)	Masculino	114 (46,3)
Acima de 5 SM		Feminino	
Estado Civil	140 (56,9)	Cor	118 (48,0)
Com companheiro	106 (43,1)	Branca	48 (19,5)
Sem companheiro		Negra	79 (32,1)
		Parda	01 (0,4)
Situação Ocupacional			
Empregado	165 (67,5)		
Desempregado	80 (32,5)		

N= 246 usuários; SM= Salário Mínimo.

Quanto às características da doença e a prescrição de antimicrobianos entre os entrevistados, os resultados podem ser vistos na Tabela II. A principal indicação para a prescrição foi infecção respiratória (57,3%). Cabe destacar que 17,5% não souberam informar a localização da infecção para qual foi indicado o antimicrobiano. Dentre eles, 60,2% declararam não ter apresentado febre

por ocasião da consulta e pouco mais da metade dos usuários, 55,7% utiliza outra medicação de uso contínuo. Os principais antimicrobianos prescritos foram penicilinas com 41,1%. Estes medicamentos foram predominantemente administrados na forma de comprimidos (63,1%) ou cápsulas (32,1%), com custo médio acima de R\$ 31,00 (41,5%). (Tabela II).

Tabela II – Características da doença, da prescrição e do medicamento prescrito.

Características	N (%)	Características	N (%)
Localização da infecção		Febre ao procurar atendimento	
ocular e odontológica	21 (8,5)	sim	
respiratória	141 (57,3)	não	98 (39,8)
urinária	41 (16,7)		148 (60,2)
não soube informar	43 (17,5)		
Medicamento prescrito		Utilização de outro medicamento	
penicilinas	101 (41,1)	sim	137 (55,7)
macrolídeos	54 (22,0)	não	109 (44,3)
cefalosporina	49 (19,9)	Forma farmacêutica	
quinolonas	31 (12,6)	cápsulas	79 (32,1)
sulfonamidas	07 (2,8)	comprimidos	155 (63,0)
tetraciclina	04 (1,6)	drágeas	7 (2,8)
		injeção	5 (2,0)

Quanto às características relacionadas ao atendimento médico, a maioria representada por 72,0% (177) dos usuários consultou através do sistema único de saúde (SUS), com vínculo com o médico ocasional em 63% (155). Ainda

sobre o prescritor e a área de atuação, 74,6% (186) e 24,4% (60) foram respectivamente clínica geral e outras. Pouco mais da metade deles, 51,2% (126) do sexo masculino. Estes dados podem ser vistos na Tabela III.

Tabela III - Características relacionadas com o atendimento médico.

Características	N (%)	Características	N (%)
Tipo de atendimento		Vínculo com o prescritor	
SUS	177 (72,0)	médico habitual	91 (37,0)
convênio	52 (21,1)	médico ocasional	155
particular	16 (6,5)		
não soube informar	01 (0,4)		
Área de atuação do prescritor		Sexo do prescritor	
Clínica Geral	186 (74,6)	masculino	126
Outras	60 (25,4)	feminino	120

N= 246 usuários; f= frequência observada.

As consultas foram distribuídas entre as especialidades médicas sendo que 75,6% (186) dos usuários consultaram com o clínico geral, seguido de 8,1% (20) com urologistas e 4,1% (10) com otorrinolaringologistas. Segundo os entrevistados, 60,2% dos médicos deram informações escritas sobre a duração do tratamento e 99,2% forneceram informações sobre a posologia.

A adesão ao tratamento prescrito foi observada em 55,7% (137) dos usuários, onde 62,2% (153) apresentaram prova de confirmação da adesão contra 37,4% (92) que não apresentaram.

Dos usuários que não aderiram ao tratamento 44,3% (109), uma maior porcentagem 20,3% (50) abandonou; 17,1% (42) seguiram a posologia de maneira inadequada, ou seja, ainda estavam tomando a medicação, apesar do número de dias proposto para o tratamento tenha expirado e 6,5% (16) alegaram como motivo para não adesão as reações adversas provocadas pelo medicamento prescrito. A maioria dos entrevistados afirmou sentirem-se melhor com relação a sua saúde após o tratamento (26,8%). Estes dados são visíveis na Tabela IV.

Tabela IV – Características relacionadas com a adesão ao tratamento.

Característica	N (%)
Usuário aderiu ao tratamento prescrito	
Sim	137 (55,7)
Não	109 (44,3)
Motivos para não aderir ao tratamento prescrito	
Abandonou	50 (20,3)
posologia inadequada	42 (17,1)
reações adversas	16 (6,5)
outro motivo	01 (0,4)
Percepção de saúde	
curado	66 (26,8)
melhor	105 (42,7)
igual	57 (23,2)
Pior	18 (7,3)

N= 246 usuários; f= frequência observada.

Por meio da análise do efeito bruto da renda sobre a adesão, pode-se observar que renda inferior a seis salários mínimos esteve associada significativamente com a não adesão, sendo o risco oito vezes maior (OR=8,30). A idade também esteve associada significativamente para os usuários com idade acima de 60 anos, mostrando um risco de quase três vezes maior (OR=2,93), assim como, os participantes da pesquisa

com baixa escolaridade e/ou analfabetismo foram os que menos aderiram ao tratamento proposto, com um risco maior que doze vezes (OR=12,93). A não ocupação profissional demonstrou risco maior de três vezes para falta de adesão (OR=3,52). Estes dados podem ser vistos na Tabela V. A cor, o sexo e o estado civil não se associaram com a adesão.

Tabela V – Análise bivariada relacionando as condições sócio-econômicas e demográficas dos sujeitos da pesquisa à adesão terapêutica.

Variável	N(%)	Análise bivariada		
		OR	IC (95%)	p
Renda familiar				0,0000
1-5 SM	134 (54,5)	1,00		
> 6 SM		8,30	(4,67-14,74)	
Idade (anos)				0,0034
15-30	45 (18,3)	1,00		
31-59	133 (54,1)	1,13	(0,56-2,28)	
60-77	68 (27,6)	2,93	(1,34 - 6,40)	
Escolaridade				0,0000
Superior e pós-graduação	65 (26,4)	1,0		
Ensino médio completo e incompleto	134 (54,4)	2,13	(1,10-14,13)	
Ensino fundamental completo, incompleto e analfabeto	47 (19,1)	12,93	(5,15 – 32,44)	
Ocupação				0,0000
Empregado	165 (67,1)	1,00	(2,0 – 6,16)	
Desempregado	80 (32,5)	3,52		
Não informou	1 (0,4)			

N= 246 usuários

Quanto ao tipo de atendimento, este se mostrou associado com o desfecho estudado ($p=0,028$), a não adesão ao tratamento, para os usuários que foram atendidos pelo SUS, com um risco aumentado em cerca de quase

três vezes ($OR=2,97$). O tipo de infecção também foi significativo ($p=0,004$) e demonstrou que aqueles que não conheciam o tipo de infecção apresentavam risco 7 vezes maior ($OR=7,17$) de não aderir ao tratamento (Tabela VI).

Tabela VI – Análise bivariada, relacionando as características do atendimento e da doença à adesão terapêutica.

Variável	N (%)	Análise bivariada		
		OR	IC (95%)	p
Tipo de atendimento				0,028
Particular	16 (6,5)	1,00		
Convênio	52 (21,1)	1,46	(0,41-5,19)	
SUS	177 (72,0)	2,97	(0,92-9,55)	
Tipo de infecção				0,004
Outra	21 (8,5)	1,00		
Respiratória	141 (57,3)	3,63	(1,16-11,35)	
Urinária	41 (16,7)	1,97	(0,55-7,04)	
não sabe	43 (17,5)	7,17	(2,05-25,09)	
Classe do medicamento				0,0228
Penicilinas	101 (41,1)	1,00		
Macrolídeos	54 (22,0)	1,44	(0,74-2,79)	
Cefalosporinas	49 (19,9)	0,93	(0,47-1,86)	
Outros	42 (17,1)	0,36	(0,16-0,81)	

N= 246 usuários.

Neste estudo, o fato do vínculo com o prescritor não ser habitual, não apresentou associação significativa com o desfecho estudado ($p= 0,377$). Da mesma maneira, a área de atuação do prescritor ($p= 0,284$) e a presença ou não de febre ($p=0,144$), não se associaram a adesão.

Com relação à classe do antibiótico prescrito, a interpretação da Tabela VI permite afirmar que as demais classes de antimicrobianos apresentaram-se como fator de proteção em relação aos macrolídeos e o desfecho do estudo. A utilização concomitante de outra medicação também foi significativa ($p=0,0001$) na adesão, mostrando uma tendência de menor adesão. O valor do medicamento não apresentou significância estatística com o desfecho estudado.

A análise multivariada acompanhou o modelo teórico definido previamente, respeitando os níveis hierárquicos. Considerou-se no primeiro nível o bloco das variáveis socioeconômicas e demográficas dos entrevistados, e a inclusão das demais variáveis deu-se em ordem

crescente para os demais níveis. A fim de evitar a exclusão de possíveis fatores de confusão, para determinar a permanência da variável no modelo de análise foi adotado um $p<0,2$. Na análise do primeiro nível foram incluídas todas as variáveis do bloco socioeconômico e demográfico, mesmo aquelas que na análise bruta não mostraram associação significativa com a não adesão.

Após a análise permaneceram no modelo de análise a renda familiar e a escolaridade conforme Tabela VII. Verificou-se que após ajuste, a renda familiar mostrou associação significativa com a não adesão ($p=0,000$), tendo o risco aumentado ($OR=8,30$) para renda inferior a 6 salários mensais. A escolaridade, quando ajustada com as demais variáveis do bloco, apresentou associação com a não adesão ($p=0,156$), sendo que o risco para este desfecho, apesar de não significativo foi maior nos com ensino fundamental e analfabetos ($OR= 2,57$). Entretanto, ressalta-se que a unidade está contida no intervalo de confiança.

Tabela VII – Análise Multivariada relacionando a renda familiar e a escolaridade.

Variáveis independentes	Análise bivariada OR não ajustada (IC 95%)	Análise multivariada OR não ajustada (IC 95%)
Renda Familiar		$p<0,000$
> 6 SM	1,00	1,00
1-5 SM ^a	8,30 (4,67 -4,74)	7,84 (3,75-16,38)
Escolaridade		$p<0,156$
superior e pós-graduação	1,00	1,00
ensino médio completo e incompleto	2,13 (1,10-14,13)	0,65 (0,28-1,49)
ensino fundamental completo, incompleto e analfabetos	12,93 (5,15-2,24)	2,57 (0,86-7,84)

N= 246 clientes/usuários.

Na continuidade, foram avaliados os efeitos das variáveis relacionadas às características do tratamento e da doença, ajustadas entre si e para as duas variáveis do bloco anterior que permaneceram

no modelo. Após a análise, permaneceu no modelo a variável presença de febre no momento da consulta ($p=0,1840$) e a localização da infecção ($p<0,20$). (Tabela VIII).

Tabela VIII – Análise Multivariada relacionando a área de atuação do prescritor, localização da infecção e febre.

Variáveis independentes	Análise bivariada OR não ajustada (IC 95%)		Análise multivariada OR não ajustada (IC 95%)
Área de atuação do prescritor			
Clinica geral	1,0	$p<0,09$	1,00
Outra	1,38 (0,76-2,51)		0,52 (0,24-1,11)
Localização da infecção			
Outras	1,0	$p<0,163$	
Respiratória	3,63 (1,16-11,35)		4,28 (1,18-15,50)
Urinária	1,97 (0,55-7,04)		3,06 (0,69-13,54)
Não soube informar	7,17 (2,05-25,09)		3,69 (0,89-15,36)
Febre			
Sim	1,0	$p<0,184$	1,00
Não	0,68 (0,41-1,14)		0,63 (0,33-1,24)

N= 246 clientes/usuários.

No próximo nível foram analisadas as variáveis relacionadas às características da terapêutica e da prescrição. Após o ajuste dessas variáveis entre si e com as demais

que permaneceram dos dois níveis anteriores, associou-se significativamente ($p<0,0141$) com o desfecho estudado a variável classe do medicamento utilizado.

Tabela IX – Análise Multivariada, Segundo Nível.

Variáveis independentes	Análise bivariada OR não ajustada (IC 95%)		Análise multivariada OR não ajustada (IC 95%)
Área de atuação do prescritor			
Clinica geral	1,0	$P<0,09$	1,00
outra	1,38 (0,76-2,51)		0,52 (0,24-1,11)
Localização da infecção			
outras	1,0	$P<0,163$	
Respiratória	3,63 (1,16-11,35)		4,28 (1,18-15,50)
Urinária	1,97 (0,55-7,04)		3,06 (0,69-13,54)
Não soube informar	7,17 (2,05-25,09)		3,69 (0,89-15,36)
Febre			
Sim	1,0	$P<0,184$	1,00
Não	0,68 (0,41-1,14)		0,63 (0,33-1,24)

N= 246 clientes/usuários.

DISCUSSÃO

Neste trabalho sobre a adesão ao tratamento medicamentoso com antimicrobianos, foram analisados possíveis aspectos que afetam a adesão ao tratamento, como os socioeconômicos, demográficos, e os relacionados à doença, à terapêutica, ao tipo de atendimento e à prescrição.

Para isto, utilizou-se um método indireto para a avaliação do grau de adesão, a entrevista, que se mostra um instrumento de custo reduzido, fácil aplicação e que tem boa aceitação junto aos participantes. No entanto devem-se levar em conta as limitações inerentes ao método, principalmente em relação à prova de adesão ter sido feita via telefone, por meio da consulta do número de doses consumidas.

Verificou-se neste estudo, uma prevalência de 55,7% de adesão ao tratamento. Dos 44,3% de usuários que não aderiram ao tratamento prescrito, 20,3% abandonaram por acreditarem-se curados após a remissão dos sintomas e 17,1% relataram posologia inadequada.

Os usuários incluídos na amostra apresentaram uma idade média de 46 anos, oscilando entre 15 e 77 anos. Constatou-se que a média de idade do responsável foi de 50 anos, similar, porém, pouco superior à dos usuários, e oscilou entre 18 e 80 anos. Quando se relaciona a idade do usuário à adesão ao tratamento, percebeu-se que os melhores níveis de adesão atingiram os usuários com idade inferior a 60 anos, enquanto que acima desta

idade, o nível de adesão foi quase três vezes menor, de acordo com a análise bivariada. Além do quadro de declínio cognitivo, as limitações físicas e as múltiplas doenças crônicas associadas podem afetar a habilidade de usar adequadamente os medicamentos em usuários sexagenários⁹.

Por outro lado, os usuários com idade acima de 60 anos estão relacionados com ausência de companheiro. Sobre o estado civil, os clientes sem companheiros representaram 43,1% da amostra. Em um trabalho que estudou a adesão ao tratamento em asmáticos, o estado civil do usuário não apresentou diferenças significativas com relação à adesão¹⁰. Ao contrário, outros pesquisadores que estudaram a adesão ao tratamento com anti-retrovirais, mostrou que particularmente os solteiros (54,5%) apresentaram percentual mais elevado de não-adesão⁴. O presente trabalho, de acordo com a análise multivariada, também encontrou maiores níveis de adesão entre os usuários com companheiro. O fato de não ter compromisso mais efetivo com um parceiro poderia conduzir a dificuldades no estabelecimento da adesão. Deve-se considerar a presença do companheiro como um fator de proteção.

No que se refere ao nível de escolaridade, demonstrou-se que quanto maior o grau de escolaridade, maiores são os índices de adesão ao tratamento. Desta forma, o estudo sugere que a formação escolar contribui para o

maior entendimento quanto aos riscos que o tratamento incompleto poderá trazer à saúde individual e coletiva. Trabalho realizado sobre adesão à terapia anti-retroviral relaciona significativamente maiores níveis de escolaridade com a melhora na adesão¹¹.

Outro fator que demonstrou ter influência sobre a adesão foi a renda familiar. Usuários com renda familiar mensal acima de seis salários-mínimos apresentaram adesão 8,3 vezes maior do que aqueles com renda de cinco ou menos salários. Em contrapartida, um outro estudo de revisão sobre a adesão¹² considerou que a renda apresenta relevância somente em casos extremos de pobreza, uma vez que tal condição impõe dificuldades de acesso ao tratamento.

Quanto à condição de emprego foi questionado se o usuário estava empregado ou não. Para os 67,5% de pessoas que declararam estar empregado ou estar economicamente ativos, a adesão ao tratamento foi de 65,66%, enquanto que para os 32,5% que se declararam desempregados ou aposentados, os índices de adesão chegaram a 36,25%. Pode-se concluir pelos resultados, que os usuários que estão em plena atividade de trabalho, zelam mais pelo tratamento talvez por necessidade de recuperação da saúde para o melhor desempenho laboral. Estudo que avaliou os determinantes ao tratamento anti-retroviral, verificou não haver significância estatística entre a condição de empregabilidade e os níveis de

adesão¹. No entanto, outro estudo que avaliou a adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre usuários com SIDA confirmou os baixos índices alcançados neste trabalho⁴.

Em se tratando da relação médico/cliente, os usuários que foram atendidos pelo SUS apresentaram um risco quase três vezes maior para não aderirem ao tratamento e sete vezes maior para aqueles que não receberam a informação sobre o tipo de infecção.

Ao considerarmos a classe do antimicrobiano, percebeu-se que os macrolídeos fizeram parte da prescrição médica em 22,0% das vezes. Neste grupo fazem parte os medicamentos com administração mais fácil para o usuário, especialmente a azitromicina que, com uma dose a cada 24hs, por três a cinco dias consecutivos torna o tratamento extremamente cômodo para o usuário. Aliás, foram os macrolídeos, a classe com maior adesão ao tratamento, provavelmente em razão da comodidade de uso.

Ainda, sobre a forma de consulta, observou-se uma adesão quase três vezes menor em usuários advindos do SUS, apesar do intervalo de confiança incluir a unidade. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo sobre adesão de acordo com o tipo de consulta.

Considerando o total de participantes, aderiram ao tratamento proposto pelo prescritor, 55,7%, enquanto 44,3% relataram não ter seguido o tratamento prescrito. Os índices de adesão encontrados neste trabalho

aproximam-se de outros estudos desenvolvidos. Em trabalho sobre adesão com anti-retrovirais encontrou 71% de adesão⁴. Outro estudo sobre adesão em asmáticos encontrou 52% de adesão¹⁰. No que se refere a adesão à antimicrobianos, na Espanha foi mostrado níveis de adesão de 47% no grupo controle⁵.

Pode-se considerar que o nível de adesão é baixo, se levarmos em consideração a possibilidade de detectarmos somente a adesão de quem realmente retirou a medicação no estabelecimento, não podendo detectar casos em que o usuário deixa de retirar a medicação prescrita, o que alguns autores consideram muito relevante¹³. Sabe-se que para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito deve-se considerar também, a compreensão do tratamento e a relação estabelecida com os profissionais da saúde.

Ao analisarmos os motivos que originaram a não adesão, constatou-se que o simples abandono (20,3%) foi o motivo mais citado, causado pela idéia de que ao melhorar a sintomatologia, o usuário pensa haver a cura da doença e interrompe o tratamento. Outros motivos citados foram posologia inadequada (17,1%) e reação adversa (6,5%).

Em um trabalho para avaliar as razões da falta de adesão, 30% dos indivíduos não administraram o seu medicamento por esquecimento, 11% optaram por uma dose menor do que a prescrita, 9% alegaram falta de informações e 7% mencionaram fatores emocionais¹⁴.

Já, no estudo realizado com usuários hipertensos¹⁵, 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo do tratamento prescrito, 67% pelo elevado número de doses a serem administradas diariamente e 54% pelos efeitos indesejáveis causados pelos medicamentos.

Por fim, para verificar se a adesão ao tratamento influencia na percepção da saúde pelo usuário, comparou-se esta percepção entre os usuários. Entre os pacientes que aderiram ao tratamento, 46,7% declararam-se estar melhor e 43,8% estar curado em comparação ao início do tratamento. Por outro lado, entre os que não seguiram o tratamento, apenas 5,5% disseram estar curado e 42,3% relataram estar igual ao início do tratamento. Ainda, a percentagem de usuários que não seguiram o tratamento adequadamente e disseram estar melhor foi de 37,6%, o que remete ao fato de que o abandono do tratamento proposto pode estar relacionado à remissão dos sintomas. Percebe-se desta maneira, que aderir ao tratamento é importante não somente a fim de evitar resistências bacterianas, mas também, proporcionar a sensação agradável de melhora e cura da doença.

Finalmente, este trabalho mostra a alta prevalência da falta de adesão aos tratamentos. Afirma a necessidade urgente de se verificar as condições de prescrição e dispensação dos medicamentos, a fim de melhorar sua utilização e lutar contra o fenômeno da resistência bacteriana. Constata que

a renda mensal igual ou acima de seis salários mínimos e classe de antimicrobianos com posologia mais cômoda ao usuário, proporcionaram índices maiores de adesão.

A falta de adesão à terapia antimicrobiana relaciona-se a consequências adversas à saúde, como por exemplo, a progressão da doença ou a sua exacerbação e ao fracasso terapêutico. Deve ser considerada como um fator importante de sobrecarga financeira no custo da doença para o sistema de saúde¹⁶.

Estudo realizado recentemente nas farmácias de Santa Catarina mostrou que a maioria delas ainda não possui condições de estrutura adequadas para a efetiva implantação de serviços de atenção farmacêutica e principalmente do acompanhamento farmacoterapêutico¹⁷. Os autores chamam a atenção para os problemas enfrentados, relacionados à falta da formação específica em atenção farmacêutica e do foco exageradamente centrado em tarefas administrativas, o que retira o farmacêutico das suas verdadeiras atribuições.

A atenção farmacêutica no Brasil propõe um modelo de prática que contemple ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo a Organização Panamericana de Saúde¹⁸, os principais componentes desta referem-se à dispensação de medicamentos, o atendimento de distúrbios menores e o acompanhamento farmacoterapêutico

como atividades que devem ser realizadas de forma sistemática e documentada pelo farmacêutico.

Medidas como avaliação da adesão terapêutica, treinamento de dispensadores e prescritores se fazem necessário. É primordial que o farmacêutico assuma sua responsabilidade nas necessidades do usuário com relação a sua medicação, aceite seu papel na sociedade e atue em benefício da saúde da população.

A partir da análise dos fatores que influenciaram na adesão terapêutica, parece ser necessário adotar medidas que visem à orientação dos usuários. Neste sentido pode-se sugerir a criação de uma cartilha informativa, para ser utilizada por profissionais de saúde, como treinamento e informação a atendentes de farmácias e estabelecimentos de saúde. Este material, além de conter informações úteis ao usuário, como por exemplo a forma correta de administração de cada antimicrobiano, proporcionará ao profissional que trabalha na área de dispensação, ter conhecimento das características que apontam um usuário com maior ou menor probabilidade de aderir ao tratamento proposto. Desta maneira, o profissional, além de contribuir para a diminuição de resistências bacterianas, poderá apresentar no ato da dispensação do medicamento, um atendimento personalizado e qualificado, de acordo com o perfil do usuário.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho C, Merchán-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Brasil, 40(5):555-565, 2007.
2. Leite, SN, Vasconcelos MPC, Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, 8(3):775-782, 2003.
3. González Núñez A, Orero González J, Prieto P. Evaluación del cumplimiento terapéutico y estrategias para mejorarlo. *JANO EMC*; 53(1223):54, 1997.
4. Barroso, L.; Pereira, K.; Almeida, P.; Galvão, M. Adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre pacientes com AIDS. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Brasil, 5(2), 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/search/results>
5. Machuca GM. Influencia de la intervención farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antimicrobianos [tese]. Sevilla: Universidad Hispalense, 2000.
6. Clemente Lirola, E.; Millaina, G.; Moreno Luna, E.; Vacas Ruiz, A. L. Sobre la «cultura Antimicrobiana» de la población. *Attention Primaria*, ; 26:136, 2000.
7. Von Gunten, V, Troillet N, Beney J, Boubaker K, Lüthi JC, Taffé P, Raymond JP. Impact of an interdisciplinary strategy on antibiotic use a prospective controlled study in three hospitals, in three hospitals. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Inglaterra, 55(3):362-366, 2005.
8. Brasil. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. 144 p2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/renome/renome_2008_6ed.pdf
9. Rocha CH, Sueiro de Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, Decarli, GA, Morrone FB, Werlang MC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Brasil, 13: 703-710, 2008.
10. Chatkin, José Miguel. Adesão ao tratamento de manutenção em asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasil, 32, 4.ed, p.277-283, 2006.
11. Figueiredo, RM, Sinkoc VM, Tomazin C, Gallani MCB, Colombrini MRC. Adesão de usuários com AIDS ao tratamento com anti-retrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Brasil, 9(4):50-5, 2001.
12. Colombrini, MRC, Lopes, MHB, Figueiredo, RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Brasil, 40(4):576-581, 2006.
13. Naves, JOS, Lynn D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brasil, *Revista de Saúde Pública*, Brasil, 39(2):223-230, 2005.
14. Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Brasil, 13(1):23-25, 2006.
15. Rosenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Revista de Saúde Pública*, Brasil, 19(3):717-724, 2003.
16. Adams RJ, Fuhlbridge A, Guilbert T, Lozano P, Martinez F. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Estados Unidos da América, 110(1):58-64, 2002.
17. França Filho JB, Correr Cassyano J, Rossignoli P, Melchioris AC, Fernández-Llimós F, Pontarolo R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, Brasil, 44(1):105-113, 2008.
18. Organização Pan-Americana da Saúde, (Org.). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta. Brasília: OPAS, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamento>

