

Adesão ao Tratamento Farmacológico em Pacientes com Doença Renal Crônica

Medication Compliance in Patients with Chronic Kidney Disease

Leonardo Barbosa Moreira¹, Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes², Francisca Sueli Monte¹, Alice Maria Costa Martins¹

¹ Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; ² Centro de Pesquisas em Doenças Hepatorrenais, Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, INCLEN (International Clinical Epidemiology Network)

Trabalho baseado na dissertação de mestrado “Adesão ao Tratamento Farmacológico em Doentes Renais Crônicos Atendidos pelo Ambulatório do Hospital Universitário Walter Cantídio”, apresentada na Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em 2005.

RESUMO

Introdução: A não-adesão ao tratamento farmacológico prejudica o alcance dos resultados terapêuticos no retardo da progressão da doença renal crônica (DRC). O objetivo do presente estudo foi mensurar a prevalência da não-adesão ao tratamento farmacológico e avaliar os motivos apontados pelos pacientes para o comportamento não aderente. **Método:** Estudo transversal envolvendo 130 pacientes com DRC do ambulatório de nefrologia de um hospital universitário, com idade média de $48,8 \pm 15,8$ anos, em uso contínuo de algum medicamento anti-hipertensivo ou imunossupressor e que não estivessem sendo submetidos a qualquer terapia de substituição renal. A adesão foi mensurada através do método do auto-relato em uma entrevista com questionário. Foram considerados não aderentes pacientes que relataram ter ingerido menos de 80% dos comprimidos prescritos de pelo menos um medicamento. Foram coletados dados sociodemográficos, clínico-laboratoriais e os motivos alegados pelos pacientes para não aderir ao tratamento. **Resultados:** A prevalência da não-adesão ao tratamento farmacológico foi de 18,5%. A falta de acesso aos medicamentos foi o motivo mais relatado pelos pacientes (54,5%) para a não-adesão. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos e com imunossupressores. **Discussão:** Empregando o mesmo método, outros estudos encontraram prevalências de não-adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes variando entre 4% e 37,8%. **Conclusões:** Uma parcela significativa de pacientes estudados foi considerada não aderente ao tratamento farmacológico. A falta de acesso aos medicamentos permanece como uma causa de não-adesão, sugerindo a necessidade de melhorias na assistência farmacêutica.

Descritores: Doença renal crônica. Adesão. Tratamento farmacológico. Uso de medicamentos.

ABSTRACT

Background: Medication noncompliance hinders the accomplishment of the therapeutic goals of delaying the progression of chronic kidney disease (CKD). The aim of the present study was to calculate the prevalence of medication noncompliance and to assess the reasons mentioned by the patients for their noncompliant behavior. **Methods:** A cross-sectional study was performed with 130 CKD patients from a nephrology outpatient university clinic, average age of 48.8 ± 15.8 years old, continuously taking some self-administered antihypertensive or immunosuppressive drug and who were not on renal replacement therapy. Noncompliance was measured through the self-reporting method (during an interview). Patients were considered noncompliant if they had taken less than 80% of the prescribed medication of any antihypertensive or immunosuppressive drug. Survey data showed sociodemographic, clinical, and laboratorial characteristics and the reasons mentioned by the patients for their non-compliance. **Results:** Prevalence of medication noncompliance was 18.5%. Lack of access to medicine was the most commonly reported problem with medication use (54.5%). There was no statistically significant difference between the antihypertensive drug noncompliance and the immunosuppressive drug noncompliance. **Discussion:** Using the same method other studies have reported prevalence of antihypertensive and hypoglycemic drug noncompliance ranging from 4 to 37.8%. **Conclusions:** A significant share of the studied patients was considered noncompliant to the pharmacotherapy. Lack of access to medicine remains as an important cause of medication noncompliance, suggesting the need for improvement in pharmaceutical assistance.

Keywords: Chronic kidney disease. Patient compliance. Pharmacological treatment. Drug utilization.

Recebido em 23/10/07 / Aprovado em 26/03/08

Endereço para correspondência: 

Dr^a Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes
Rua Silva Jatahy, 1.140, apt^o 401, Bairro Aldeota
60165-070, Fortaleza CE, Brasil
Telefone: (85) 9985-4085
E-mail: paulafcbfernandes@yahoo.com; paulafernandes@fortalnet.com.br

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) representa, na atualidade, um grave problema de saúde pública no Brasil¹. Aproximadamente 2 milhões de brasileiros são portadores de DRC, embora cerca de 60% não sejam diagnosticados. Os custos do tratamento de substituição renal (TSR) são de R\$ 2 bilhões ao ano, um percentual importante de toda a verba destinada à saúde. Setenta mil pacientes estão em tratamento dialítico no Brasil e 25 mil transplantados renais estão com os enxertos funcionantes².

Retardar a progressão da DRC é um dos objetivos terapêuticos mais importantes no manejo clínico dos pacientes, através do tratamento específico das doenças de base que constituem o seu diagnóstico etiológico^{1,3}. No Brasil, o diabetes melito e a hipertensão arterial primária são doenças de base frequentes entre os pacientes com DRC¹. Estas enfermidades podem ser controladas com fármacos seguros e eficazes^{4,5}. Entretanto, a não-adesão ao tratamento farmacológico representa um importante obstáculo à obtenção dos resultados terapêuticos desejados no controle da hipertensão e do diabetes⁶⁻¹⁰.

A falha terapêutica decorrente da não-adesão do paciente ao tratamento acarreta sofrimento desnecessário, hospitalizações ou mesmo a morte precoce^{11,12}. Nos Estados Unidos, aproximadamente 5,3% das admissões hospitalares estão associadas à não-utilização dos medicamentos conforme a prescrição médica, enquanto os custos anuais diretos e indiretos da não-adesão são de 25 bilhões e cem bilhões de dólares respectivamente. Estas estimativas incluem os gastos com medicamentos não utilizados, consultas adicionais, atendimentos de emergência, hospitalizações e exames diagnósticos^{13,14}.

Diante do exposto, realizamos um estudo com o objetivo de mensurar a prevalência da não-adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica e avaliar os motivos apontados pelos pacientes para o comportamento não aderente.

MÉTODO

Delineamento

O estudo seguiu o delineamento observacional, descritivo e transversal.

Local de realização

O estudo foi realizado no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC), um hospital geral, universitário, público e de nível terciário, localizado na cidade de Fortaleza (CE).

Período de realização

A investigação foi realizada entre novembro de 2004 e maio de 2005.

Participantes

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com DRC¹; em uso contínuo de, pelo menos, um medicamento anti-hipertensivo ou imunossupressor, comprovado através de apresentação da prescrição do dia; que não estivessem sendo submetidos a qualquer TSR; e que compareceram a, pelo menos, uma consulta durante o período do estudo. Para o recrutamento da amostra, foi adotado o método de amostragem não probabilístico consecutivo. A partir de um estudo piloto, foram estimadas as prevalências utilizadas no cálculo do tamanho amostral, que resultou em 128 pacientes. Desta forma, foram recrutados, consecutivamente, todos os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão durante o período de coleta de dados.

Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados empregados no estudo foram um questionário e uma ficha de coleta de dados do prontuário, semi-estruturados e previamente testados em um estudo piloto. O questionário era destinado a coletar dados sociodemográficos, características da DRC, características dos medicamentos e adesão ao tratamento. A ficha de coleta de dados do prontuário tinha por objetivo coletar os dados da prescrição anterior dos anti-hipertensivos e imunossupressores sobre os quais foram feitas as perguntas da entrevista, sobre os demais medicamentos em uso pelos pacientes e dados clínico-laboratoriais dos 12 meses anteriores à entrevista, tais como creatinina sérica e pressão arterial.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador em três etapas: na primeira etapa, foram realizadas buscas nos prontuários dos pacientes que tinham consulta agendada e foi elaborada uma relação de pacientes elegíveis. Na segunda etapa, que ocorreu na sala de espera do ambulatório de nefrologia, foram realizadas as entrevistas. Primeiramente, fazia-se a verificação dos pacientes que faltaram à consulta e, em seguida, era realizada a abordagem daqueles que compareceram.

Durante a abordagem, averiguava-se se o paciente era responsável pelo seu próprio tratamento e, nos casos positivos, solicitava-se a sua participação no estudo. Foi explicado aos pacientes que se tratava de uma pesquisa sobre como as pessoas que têm “problemas de rins” estão usando os medicamentos receitados e que estas informações seriam úteis para melhorar os seus respectivos tratamentos. Era solicitado aos pacientes que aceitaram participar da pesquisa que, logo após a consulta, permanecessem na sala de espera para a realização da entrevista. Quando os pacientes saíam do consultório, observava-se se eles haviam recebido a prescrição médica contendo algum medicamento de interesse e, nos casos positivos, o paciente era recrutado para somente então ser iniciada a entrevista.

Durante a entrevista, as perguntas foram lidas para todos os pacientes de forma padronizada. Ao final da entrevista, a prescrição médica foi transcrita pelo entrevistador. As entrevistas duravam entre 10 e 20 minutos, dependendo do número de medicamentos incluídos. Durante a terceira etapa da coleta dos dados, realizaram-se consultas a informações nos prontuários dos pacientes entrevistados.

Método de mensuração da adesão ao tratamento

Para mensurar a prevalência da não-adesão ao tratamento farmacológico da DRC, foi empregado o método do auto-relato em uma entrevista com questionário. Durante a entrevista, perguntava-se ao paciente se ele havia deixado de tomar o medicamento ou havia ingerido um número menor de comprimidos que o prescrito na consulta anterior alguma vez durante os 30 dias anteriores e quantas vezes o fez. A pergunta era repetida para cada anti-hipertensivo ou imunossupressor prescrito. Estabeleceram-se três categorias de adesão ao tratamento: adesão plena, quando não houve relato de qualquer omissão de dose; omissão de dose, quando houve relato de omissão de até 20% das doses prescritas de pelo menos um medicamento; e não-adesão, quando o paciente relatou ter ingerido menos de 80% dos comprimidos prescritos de pelo menos um medicamento.

Desfechos clínicos de interesse

Os parâmetros clínicos foram analisados de acordo com as metas terapêuticas estabelecidas pela SBN^{15,16}. Desta forma, foram considerados pacientes com declínio rápido no ritmo de filtração glomerular (RFG), estimado a partir da creatinina sérica ajustada pela equação de Cockcroft-Gault¹⁷, aqueles que apresentavam diminuição maior do que 4mL/min/1,73m²/ano. Pacientes que apresentavam pressão arterial sistólica média maior que 135mmHg, ou pressão arterial diastólica média maior que 85mmHg, quando a proteinúria média fosse menor que 1g por 24h; ou pressão arterial sistólica média maior que 125mmHg, ou pressão arterial diastólica média maior que 75mmHg, quando a proteinúria média fosse maior que 1g por 24h foram considerados não controlados.

Processamento e análise dos dados

Para o dimensionamento da amostra, foi empregado o conjunto de programas *Epi Info 6*, versão 6.04d, 2001 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA*), admitindo-se o nível de significância de 95% e o poder do estudo de 80%. A partir de um estudo piloto, foram estimadas as prevalências utilizadas no cálculo, que resultou em uma amostra de 128 pacientes. O *Epi Info 6* também foi utilizado na análise dos dados do estudo para a realização da estatística descritiva, utilizando-se medidas de tendência central e dispersão (média \pm desvio padrão), além das distribuições de frequências, e na análise bivariada, utilizando-se os testes de ANOVA e Qui-quadrado corrigido por Yates. Em todos os testes estatísticos, as diferenças foram consideradas estatisticamente significantes para "p" menor que 0,05 (bicaudal).

Aspecto ético

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Foi solicitado o consentimento escrito a cada participante do estudo. Lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa para o paciente e, em seguida, era solicitada a sua assinatura. Garantiu-se o sigilo sobre as respostas e foi respeitada a recusa do paciente em responder a qualquer pergunta do questionário.

RESULTADOS

Havia 205 pacientes elegíveis com consultas médicas agendadas durante o período do estudo. Deste total, 23 pacientes (11,2%) não compareceram à consulta; outros 23 (11,2%) não receberam prescrição médica contendo medicamentos anti-hipertensivos ou imunossupressores dos quais estivessem em uso contínuo; 17 pacientes (8,3%) recusaram-se a participar do estudo e 12 pacientes (5,9%) não eram eles próprios os responsáveis pela administração dos medicamentos (requeriam a ajuda de um cuidador). Os 130 pacientes restantes foram recrutados para o estudo.

As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na tabela 1. Houve predominância de pacientes do sexo feminino (73,1%). A idade média dos entrevistados foi de 48,8 \pm 15,8 anos. A maior parte dos pacientes era analfabeta ou tinha como escolaridade máxima o ensino fundamental (68,5%). Entre os 119 pacientes que informaram a renda familiar, a média foi de 2,6 \pm 3,7 salários mínimos por mês.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes, segundo as características sociodemográficas (n = 130). Fortaleza, Ceará, Brasil, novembro de 2004 a maio de 2005.

Características	n	%
Sexo		
Feminino	95	73,1
Masculino	35	26,9
Idade (em anos)		
< 50	67	51,5
\geq 50	63	48,5
Escolaridade		
Pacientes analfabetos ou que tivessem como escolaridade máxima o ensino fundamental	89	68,5
Pacientes que tivessem como escolaridade mínima o ensino médio incompleto	41	31,5
Renda familiar total (em salários mínimos ¹)		
< 2	58	48,7
\geq 2	61	51,3

¹ O salário mínimo vigente à época do estudo era de R\$ 260,00.

A nefrite lúpica foi a doença de base mais prevalente entre os entrevistados (29,3%), uma vez que o estudo foi realizado em um hospital universitário de nível terciário. Os diagnósticos de hipertensão arterial primária foram validados por um nefrologista segundo critérios descritos na literatura¹⁸. O tempo médio de diagnóstico de DRC foi de $8,1 \pm 6,2$ anos. A maioria dos pacientes (54,8%) estava com DRC nos estágios 3, 4 ou 5. Seis pacientes tinham RFG entre 10 e 15 mL/min/1,73m², entretanto não estavam sendo submetidos a nenhuma TSR ainda, pois estavam assintomáticos. Estes pacientes aguardavam a confecção da fístula arteriovenosa e, em seguida, iniciariam a terapia de substituição renal. O declínio médio do RFG foi de $10,5 \pm 27,2$ mL/min/1,73m²/ano, embora 63,0% dos pacientes tenham tido declínio normal (≤ 4 mL/min/1,73m²/ano). Apenas 24% dos pacientes apresentavam a pressão arterial adequadamente controlada (tabela 2).

A tabela 3 mostra as características do tratamento farmacológico observadas na amostra. O número total de medicamentos prescritos para uso no mês anterior à entrevista foi, em média, de $3,7 \pm 1,6$ medicamentos por paciente, considerando os medicamentos identificados na entrevista e na busca nos prontuários. De um total de 23 medicamentos identificados nas entrevistas, o mais freqüente foi o captopril, prescrito a 51 pacientes (39,2%). O tempo médio de utilização destes medicamentos foi de $4,4 \pm 3,9$ anos.

A distribuição dos pacientes e dos tratamentos segundo as categorias de adesão observadas está descrita na tabela 4. Entre os 130 pacientes entrevistados,

Tabela 2. Distribuição dos pacientes, segundo as características da doença renal crônica (n = 130). Fortaleza, Ceará, Brasil, novembro de 2004 a maio de 2005.

Características	n	%
Doença de base		
Nefrite lúpica	36	29,3
Diabetes melito	25	20,3
Doenças glomerulares primárias	19	15,4
Hipertensão arterial primária	19	15,4
Outras	24	19,5
Tempo de diagnóstico (em anos)		
< 5	49	37,7
≥ 5	81	62,3
Estágio		
0 a 2	56	45,2
3 a 5	68	54,8
Declínio do ritmo de filtração glomerular		
Normal	68	63,0
Rápido	40	37,0
Pressão arterial		
Controlada	31	24,0
Não controlada	98	76,0

identificaram-se 24 (18,5%), que foram classificados como não-aderentes a algum dos medicamentos prescritos. Entre os 280 tratamentos observados, a percentagem média de administração das doses prescritas foi de $90,2 \pm 19,9\%$ e foram identificados 33 tratamentos (11,8%) com não-adesão.

Uma análise estratificada por grupo farmacológico revela que, entre os 113 pacientes entrevistados que utilizavam, pelo menos, um anti-hipertensivo, 20 (17,7%) relataram não-adesão a algum medicamento deste grupo. Entre os 219 tratamentos com anti-hipertensivos observados, a percentagem média de administração foi de $92,0 \pm 19,0\%$ das doses e foram identificados 27 tratamentos (12,3%) com não-adesão. Entre os 44 pacientes que

Tabela 3. Distribuição dos pacientes, segundo as características do tratamento farmacológico (n = 130). Fortaleza, Ceará, Brasil, novembro de 2004 a maio de 2005.

Características	n	%
Número de medicamentos prescritos		
< 4	60	46,1
≥ 4	70	53,9
Medicamentos mais freqüentes (código <i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>)		
Captopril (C09AA01)	51	39,2
Hidroclorotiazida (C03AA03)	42	32,3
Prednisona (H02AB07)	36	27,7
Furosemida (C03CA01)	34	26,2
Nifedipino (C08CA05)	25	19,2
Propranolol (C07AA05)	24	18,5
Azatioprina (L04AX01)	13	10,0
Tempo médio de utilização dos medicamentos (em anos)		
< 5	83	63,8
≥ 5	47	36,2

Tabela 4. Distribuição dos pacientes e dos tratamentos, segundo as categorias de adesão (n = 130). Fortaleza, Ceará, Brasil, novembro de 2004 a maio de 2005.

Grupo farmacológico	Por paciente		Por tratamento	
	n	%	n	%
Anti-hipertensivos				
Adesão plena	54	47,8	129	58,9
Omissão de dose	39	34,5	63	28,8
Não adesão	20	17,7	27	12,3
Imunossupressores				
Adesão plena	26	59,1	39	64,0
Omissão de dose	13	29,5	16	26,2
Não adesão	5	11,4	6	9,8
Total				
Adesão plena	58	44,6	168	60,0
Omissão de dose	48	36,9	79	28,2
Não adesão	24	18,5	33	11,8

utilizavam, pelo menos, um imunossupressor, cinco (11,4%) relataram não-adesão ao tratamento com algum medicamento incluído neste grupo. Dos 61 tratamentos com imunossupressores observados, a percentagem média de administração das doses prescritas foi de $92,9 \pm 17,4\%$ e foram identificados seis tratamentos (9,8%) com não-adesão.

Entre os 33 tratamentos com relato de não-adesão, os principais motivos alegados pelos pacientes foram a incapacidade de adquirir o medicamento (54,5%), esquecimento (18,2%) e ocorrência de reação desagradável (12,1%). Na análise estratificada, foi observado que, dos 27 tratamentos com anti-hipertensivos que apresentaram relato de não-adesão, 16 (59,3%) foram causados por falta de acesso aos medicamentos, quatro (14,8%) por esquecimento e três (11,1%) por ocorrência de alguma reação desagradável. Entre os seis tratamentos com imunossupressores que apresentaram relato de não-adesão, os principais motivos declarados pelos pacientes foram a falta de acesso (33,3%), esquecimento (33,3%) e ocorrência de reação desagradável (16,7%).

Através de uma análise bivariada, observou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre as percentagens médias de administração das doses prescritas de anti-hipertensivos e imunossupressores ($p = 0,739$), assim como entre as frequências de tratamentos com omissão de doses ($p = 0,663$) e de tratamentos com não adesão ($p = 0,757$) quando comparados estes dois grupos farmacológicos.

DISCUSSÃO

A questão da adesão ao tratamento tem sido pouco estudada no contexto da DRC em seus estágios iniciais¹⁹. Foram encontrados na literatura apenas dois artigos abordando este problema entre doentes renais crônicos que não estivessem sendo submetidos a qualquer TSR^{6,20}. Desta forma, o presente trabalho pode ser considerado um dos pioneiros na área.

Prevalência da não-adesão

No estudo da não-adesão ao tratamento, é importante estabelecer a magnitude do problema e identificar os fatores a ele associados, para que estratégias de intervenção bem-sucedidas, voltadas para a melhoria da adesão, possam ser desenvolvidas^{21,22}.

No presente estudo, 18,5% dos pacientes foram considerados não-aderentes ao tratamento farmacológico. Estudos encontrados na literatura sobre adesão ao tratamento farmacológico de várias enfermidades

empregam diferentes definições de adesão e diferentes métodos para mensurá-la, o que torna difícil a comparação de resultados²³. Apesar de a adesão poder ser estudada como uma variável contínua, sem que os pacientes sejam classificados como aderentes ou não-aderentes, em muitas situações da prática clínica e das pesquisas, a dicotomização é essencial. Uma das formas utilizadas para proceder esta classificação consiste na aplicação de um ponto de corte sobre o nível de adesão necessário para a obtenção de resposta terapêutica adequada²⁴. A dicotomização, quando aplicada, deve levar em conta que, para algumas condições, o consumo de uma quantidade menor de medicamentos que o recomendado pode ser suficiente para a obtenção dos resultados terapêuticos. Por exemplo, para o tratamento da hipertensão, o consumo de 80% dos anti-hipertensivos prescritos pode ser suficiente para o controle da doença^{25,26}.

Os métodos de mensuração da adesão ao tratamento farmacológico podem ser classificados em métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos consistem na detecção dos fármacos, de seus metabólitos ou de marcadores atóxicos e inertes em fluidos biológicos. Podem ser considerados como métodos indiretos a avaliação dos resultados terapêuticos, os auto-relatos em entrevistas com os pacientes, as estimativas feitas pelos médicos, a contagem de comprimidos, entre outros²⁴. Infelizmente, a falta de acurácia dos métodos de mensuração da adesão ainda é uma importante dificuldade a ser superada²⁷. Apesar da variedade de métodos relatados na literatura científica, todos apresentam limitações importantes, de forma que nenhum deles apresenta sensibilidade e especificidade suficientes para ser considerado como o “padrão-ouro”²².

No presente estudo, a não-adesão ao tratamento farmacológico da DRC foi definida como uma variável categórica e dicotômica segundo critérios previamente estabelecidos e foi mensurada através do auto-relato em uma entrevista com questionário, um método indireto escolhido por ser mais barato e de simples execução, sendo, portanto, aplicável à prática clínica cotidiana²². Empregando este mesmo método, alguns estudos encontraram prevalências que variaram entre 4% e 37,8%, embora houvesse diferenças quanto ao período a que se referiam os relatos dos pacientes^{7,10,28}.

Motivos para o comportamento não aderente

Uma importante vantagem do método das entrevistas é que elas permitem a avaliação dos motivos alegados pelos pacientes para a não-adesão ao tratamento. Os motivos apresentados pelos pacientes não aderentes,

no nosso estudo estão coerentes com os resultados de estudos nos quais foram feitas perguntas semelhantes^{7,29,31}. O elevado número de pacientes que alegaram não ter conseguido adquirir os medicamentos demonstra que a falta de acesso aos mesmos permanece como um importante problema de saúde pública.

Em 1998, foi aprovada no Brasil a Política Nacional de Medicamentos, que tem como um de seus propósitos garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da reorientação da assistência farmacêutica³². Infelizmente, na esfera executiva, ocorrem problemas administrativos que podem levar aos desabastecimentos ou às perdas de medicamentos, o que prejudica a implementação desta política³³. Os medicamentos imunossuppressores são fornecidos aos pacientes do ambulatório de nefrologia através do programa de medicamentos de alto custo da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), que mantém convênio com o HUWC/UFC para que os mesmos sejam dispensados na farmácia do próprio hospital. Entretanto, ainda há períodos em que ocorre a falta destes medicamentos.

Por outro lado, os medicamentos anti-hipertensivos são distribuídos na rede pública municipal de atenção básica, pois, de acordo com a política de descentralização das ações de saúde, a dispensação destes medicamentos passou a ser responsabilidade dos municípios³⁴. Entretanto, muitos pacientes informaram que as prescrições de anti-hipertensivos feitas pelos médicos do hospital não estavam sendo aceitas nas farmácias do município de Fortaleza, e assim eles não recebiam os medicamentos. Nestes locais, os pacientes estavam sendo orientados a buscar atendimento por médicos do serviço municipal de saúde, para receberem nova prescrição e, então, poderem ter acesso aos anti-hipertensivos. Possivelmente, foi esta a causa da diferença observada entre a prevalência da não-adesão no grupo de pacientes que utilizavam, pelo menos, um anti-hipertensivo, que foi de 17,7% e a prevalência no grupo que utilizava, pelo menos, um imunossupressor, que foi de 11,4%.

Principais limitações

A mensuração da adesão ao tratamento através das entrevistas apresenta como limitação a superestimativa do número de pacientes considerados aderentes²². Pacientes que não admitem que deixaram de tomar seus medicamentos o fazem, geralmente, por problemas de memória ou para evitar um conflito com o profissional²⁷. No presente estudo, a pergunta sobre a adesão ao tratamento feita aos pacientes referia-se ao comportamento adotado nos 30 dias anteriores à entrevista.

Desta forma, pode ter ocorrido viés de memória, e os pacientes poderiam não se lembrar de alterações eventuais no seguimento do esquema prescrito durante este período. Outra limitação a ser considerada é a de que os questionários foram aplicados na sala de espera do ambulatório de nefrologia, um local pouco reservado e pouco confortável, o que pode ter levado muitos pacientes a não relatarem comportamentos não aderentes. Anotações incompletas e ilegíveis nos prontuários médicos prejudicaram a coleta dos dados e também limitaram o estudo.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que uma parcela significativa de pacientes atendidos pelo ambulatório de nefrologia do HUWC/UFC é não aderente ao tratamento farmacológico da doença renal crônica. A falta de acesso aos medicamentos permanece como uma causa de não-adesão, sugerindo a necessidade de melhorias no processo da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. A implementação de estudos prospectivos é importante para avaliar outras causas da não-adesão e a efetividade das intervenções direcionadas para melhorar a adesão entre os pacientes com DRC.

REFERÊNCIAS

1. Romão Jr JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol.* 2004;26(3 Suppl 1):1-3.
2. Kirsztajn GM. Campanha de prevenção de doença renal: por que a campanha?: Dados de 2007: crescimento da Doença Renal Crônica (DRC) no Brasil e no Mundo [internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2007 [acesso em 29 jan 2008]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/previna.htm>
3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
4. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations. *Diabetes Care.* 2006;29 Suppl 1:S4-85.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003;289:2560-72.
6. Lee JY, Kusek JW, Greene PG, Bernhard S, Norris K, Smith D, et al. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Am J Hypertens.* 1996;9:719-25.

7. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26:1408-12.
8. Kuo YF, Raji MA, Markides KS, Ray LA, Espino DV, Goodwin JS. Inconsistent use of diabetes medications, diabetes complications, and mortality in older Mexican Americans over a 7-year period. *Diabetes Care*. 2003;26:3054-60.
9. Strelec MA, Pierin AM, Mion Jr D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81:349-54.
10. Kilbourne AM, Good CB, Sereika SM, Justice AC, Fine MJ. Algorithm for assessing patients' adherence to oral hypoglycemic medication. *Am J Health Syst Pharm*. 2005;62:198-204.
11. Bunzel B, Laederach-Hofmann K. Solid organ transplantation: are there predictors for posttransplant noncompliance? A literature overview. *Transplantation*. 2000;70:711-6.
12. Cramer JA. Effect of partial compliance on cardiovascular medication effectiveness. *Heart*. 2002;88:203-6.
13. Teixeira JJV, Lefèvre F, Castro LLC, Spínola AWP. Drug compliance and the elderly: who is publishing, where, and when? *Cad Saude Publica*. 2000;16:139-44.
14. Rybacki JJ. Improving cardiovascular health in postmenopausal women by addressing medication adherence issues. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2002;42:63-71.
15. Alves MAR. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação de proteinúria e sedimento urinário. *J Bras Nefrol*. 2004;26 (3 Suppl 1):6-8.
16. Bregman R. Prevenção da progressão da doença renal crônica (DRC). *J Bras Nefrol*. 2004;26(3 Suppl 1):11-4.
17. Pecoits-Filho R. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação da função renal. *J Bras Nefrol*. 2004;26 (3 Suppl 1):4-5.
18. Frassinetti Fernandes P, Ellis PA, Roderick PJ, Cairns HS, Hicks JA, Cameron JS. Causes of end-stage renal failure in black patients starting renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis*. 2000;36:301-9.
19. Piccoli GB, Soragna G, Mezza E, Putaggio S, Motta D, Gai M, et al. Lost to follow-up: the bottleneck of early referral to renal units? *Med Sci Monit*. 2003;9:CR493-9.
20. Lee JY, Greene PG, Douglas M, Grim C, Kirk KA, Kusek JW, et al. Appointment attendance, pill counts, and achievement of goal blood pressure in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension Pilot Study. *Control Clin Trials*. 1996;16(4 suppl):34S-9.
21. Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E, Pollak R. Medication compliance after kidney transplantation. *Am J Health Syst Pharm*. 2003;60:266-9.
22. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
23. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University; 1979. p. 11-22.
24. Gordis L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University 1979. p. 23-45.
25. Steiner JF, Earnest MA. The language of medication-taking. *Ann Intern Med*. 2000;132:926-30.
26. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4): CD000011.
27. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA* 2002;288:2880-3.
28. Teixeira ACA. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1998.
29. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79:380-4.
30. Mion D Jr, Ortega KC. Should we spend less or control a greater percentage of hypertensive patients? *Sao Paulo Med J*. 2002;120:99.
31. Hernández-Ronquillo L, Téllez-Zenteno JF, Garduño-Espinosa J, González-Acevez E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex*. 2003;45:191-7.
32. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília; 1998.
33. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2005;39:223-30.
34. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, editors. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS; 2003.