



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CUITÉ
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

ÍTALO CARVALHO DE SOUZA

**ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO
DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

CUITÉ- PB

2017

ÍTALO CARVALHO DE SOUZA

**ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO
DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como forma de obtenção do Grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes

**CUITÉ – PB
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

S729a Souza, Ítalo Carvalho de.

Adesão farmaterapêutica de pacientes portadores de doença renal crônica na região do Curimataú paraibano. / Ítalo Carvalho de Souza. - Cuité: CES, 2017.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Doença renal crônica. 2. Adesão farmacoterapêutica. 3. Assistência farmacêutica. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.61-008.6

ÍTALO CARVALHO DE SOUZA

**ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO
DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

APROVADA EM: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes/UFCG
Orientadora

Fernando de Sousa Oliveira
Examinador

Bruna Pereira da Silva
Examinadora

**CUITÉ – PB
2017**

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Temira e Antônio (*in memoriam*), que me criaram, educaram e me ensinaram a ser o que sou. Vou levar seus ensinamentos para o resto da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, que me deram todo o apoio necessário para que eu me mantivesse tranquilo e não desistisse dos meus sonhos.

À minha tia, Donizete, que batalhou e torceu por mim durante todo esse tempo.

Aos meus amigos, que indiretamente me deram motivos para continuar, pois sem amizade a vida não tem sentido.

À Mikaeli, que foi minha melhor amiga durante todo esse tempo e me apoiou em momentos difíceis da minha vida acadêmica e pessoal.

Também à minha orientadora, Maria Emília, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos, que foram essenciais para que eu conseguisse realizar esse trabalho.

Enfim, agradeço a todos que acreditaram em mim e me apoiaram durante todas as etapas da minha vida, e agradeço também aos que descreditaram e criticaram, pois me deram uma motivação a mais para tentar sempre ser hoje uma pessoa melhor que ontem.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas não sou o que era antes.

Martin Luther King

RESUMO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela perda irreversível da função renal. Representa um grave problema de saúde em nível global, com elevado custo econômico, tanto para o paciente, quanto para os sistemas de saúde. Devido à complexidade terapêutica associada à DRC e à alta quantidade de comorbidades relacionadas, essa doença apresenta elevados índices de não adesão ao tratamento. Nesse contexto, o farmacêutico tem um importante papel na promoção da conciliação medicamentosa e a adesão farmacoterapêutica. O objetivo do trabalho foi avaliar a adesão à farmacoterapia dos pacientes portadores de DRC usuários de medicamentos de dispensação excepcional atendidos pela 4ª Gerência Regional de Saúde no município de Cuité-PB. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa com caráter descritivo e transversal. O instrumento de avaliação da adesão farmacoterapêutica foi a escala de adesão de Morisky, na escala mais recente de oito itens (MMAS-8). Após a aplicação dos questionários, os dados coletados foram tabulados, posteriormente validados e transferidos para o Programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0 para a análise estatística dos dados. De acordo com o presente estudo, a maioria dos pacientes foram do sexo masculino (57,14%), idade de 30 a 60 anos, ensino fundamental incompleto (42,86%) e renda mensal até 1 salário mínimo (92,86%). As comorbidades mais prevalentes foram a hipertensão arterial (89,28%) e diabetes *mellitus* (46,43%). Através da aplicação da escala de adesão terapêutica de Morisky observou-se um alto nível de não adesão ao tratamento medicamentoso (64,28%). As variáveis que tiveram influência estatisticamente significativas na adesão foram a idade e a escolaridade dos pacientes. Já o principal motivo para o alto índice de não adesão foi o ato de esquecer de utilizar no horário prescrito. Verificou-se então a necessidade da implantação de uma assistência farmacêutica eficaz a estes pacientes juntamente com a implementação de estratégias para aumentar a adesão ao tratamento.

PALAVRAS- CHAVE: Doença Renal Crônica; adesão farmacoterapêutica; assistência farmacêutica

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is characterized by irreversible loss of renal function. It represents a serious health problem at the global level, with a high economic cost, both for the patient and for the health systems. Due to the therapeutic complexity associated with CKD and the high amount of related comorbidities, this disease presents high rates of nonadherence to treatment. In this context, the pharmacist plays an important role in promoting drug reconciliation and pharmacotherapeutic adherence. The objective of the study was to evaluate the adherence to pharmacotherapy of patients with CKD users of exceptional dispensation medicines attended by the 4th Regional Health Management in the city of Cuité-PB. It is a quantitative research with a descriptive and transversal character. The instrument of evaluation of pharmacotherapeutic adherence was the scale of adhesion of Morisky, in the most recent scale of eight items (MMAS-8). After the application of the questionnaires, the collected data were tabulated, later validated and transferred to the Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows version 13.0 for the statistical analysis of the data. According to the present study, the majority of the patients were male (57.14%), aged from 30 to 60 years, incomplete elementary school (42.86%) and monthly income up to 1 minimum wage (92.86%). The most prevalent comorbidities were arterial hypertension (89.28%) and diabetes mellitus (46.43%). Through the application of Morisky's therapeutic adherence scale, a high level of non-adherence to medication treatment was observed (64.28%). The variables that had a statistically significant influence on adherence were the age and educational level of the patients. Already the main reason for the high rate of non-adherence was the act of forgetting to use at the prescribed time. There was then a need to establish effective pharmaceutical assistance to these patients along with the implementation of strategies to increase adherence to treatment.

KEY-WORDS: Chronic kidney disease; pharmacotherapeutic adherence; pharmaceutical assistance.

LISTA DE ABREVIACÕES

4ª GRS - Quarta Gerência Regional de Saúde

CEDEMEX - Centro de Medicamentos Excepcionais

DM - Diabetes Mellitus

DP - Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crônica

EATM - Escala de Adesão Terapêutica de Morisky

HA – Hipertensão Arterial

HD – Hemodiálise

IRC - Insuficiência Renal Crônica

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS - Sistema Único de Saúde

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estadiamento e classificação da doença renal crônica.....	23
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática da elevação da taxa de filtração por néfron (FPN).....	19
Figura 2 - Estrutura do néfron.	20
Figura 3 - Porcentagem de pacientes em uso de medicações selecionadas, Brasil, 2011-14.	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos pacientes portadores de DRC. Cuité, PB, Brasil/jun. de 2017.....	33
Tabela 2 - Características clínicas dos portadores de DRC. Cuité, PB, Brasil/ Jun 2017.	35
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes portadores de DRC quanto à adesão ao tratamento	36
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com relação às respostas do TM. Cuité, PB, Brasil/ jun 2017.....	37
Tabela 5 - Análise comparativa da classificação da adesão pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky com as características dos pacientes. Cuité, PB, Brasil/ Jun 2017.	38

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA	17
3.2 FISIOPATOLOGIA	18
3.2.1 O néfron como unidade funcional do rim	19
3.2.2 Relação entre a DRC e o balanço de substâncias corpóreas	20
3.2.3 Doença renal crônica e alterações na glicemia	21
3.2.4 Doença renal crônica e dislipidemia	21
3.2.5 Doença Renal Crônica e problemas cardiovasculares.	21
3.3 DIAGNÓSTICO	22
3.4 GRUPOS DE RISCO.....	23
3.5 TRATAMENTO.....	24
3.5.1 Tratamento conservador	24
3.5.2 Terapias de substituição extrarrenal.....	25
3.6 PROBLEMAS RELACIONADOS À NÃO ADEÇÃO NA DRC	26
3.7 PAPEL DO FARMACÊUTICO NA CONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA	28
4. METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 LOCAL DE PESQUISA E POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	29
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
6.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
4.5.1 Dados Sociodemográficos e Clínicos	30
4.5.2 Avaliação da Adesão Farmacoterapêutica	31
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	32
4.7 RISCOS.....	Error! Bookmark not defined.
4.8 BENEFÍCIOS.....	Error! Bookmark not defined.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES	33
5.2 ADESÃO À FARMACOTERAPIA.....	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	43
ANEXOS E APÊNDICES.....	50

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) representa um grave problema de saúde a nível global com elevado custo econômico, tanto para o paciente, quanto para os sistemas de saúde. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 10% da população mundial sofre com alguma fase desta doença. No Brasil, a incidência e a prevalência dessa doença apresentam um elevado aumento nos últimos anos (SESSO et al., 2015).

Essa doença se caracteriza pela perda progressiva e irreversível da função renal, causando uma série de desequilíbrios bioquímicos, clínicos e metabólicos, responsáveis direta e indiretamente por elevados níveis de hospitalizações, morbidade e mortalidade (OLIVEIRA, 2016).

Os principais fatores de risco associados à DRC no Brasil são a hipertensão arterial (HA) e o diabetes *mellitus* (DM), sendo considerados importantes fatores no papel da prevenção e evolução da DRC, assim como a obesidade, histórico da doença na família e tabagismo (BRASIL, 2013).

Muitos portadores de DRC são assintomáticos, o que dificulta o diagnóstico da doença e a prevenção da progressão da mesma. As complicações associadas à doença são: anemia, doenças cardiovasculares como HA e insuficiência cardíaca (IC), deficiência de ferro, distúrbios ósseos e minerais e aumento do fósforo no sangue (WEBSTER et al., 2016).

O tratamento da DRC é complexo e depende da gravidade da doença. Quando em níveis mais baixos de gravidade, é utilizado o tratamento conservador, que consiste em retardar o declínio da função renal, reduzir os sintomas e prevenir as complicações relacionadas à DRC. Quando a doença atinge níveis mais avançados são utilizadas as terapias de substituição extrarrenal (diálise peritoneal e hemodiálise) ou transplante renal. As terapias dialíticas em particular são ainda as principais medidas de tratamento da DRC no Brasil, embora represente um alto custo para o sistema de saúde e perda de qualidade de vida para o paciente (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012; BRASIL, 2013).

Devido à complexidade terapêutica associada à DRC (diálise, medicamentos, dieta, ingestão de líquidos) e à alta quantidade de comorbidades relacionadas, essa doença apresenta elevados índices de não adesão ao tratamento. Nesse contexto, o

farmacêutico tem um importante papel na promoção da conciliação medicamentosa e a adesão farmacoterapêutica.

Nesse sentido, o presente estudo buscou avaliar e quantificar a adesão terapêutica de pacientes portadores de DRC, assim como identificar os fatores que provocam a não adesão e disponibilizar informações aos pacientes atendidos pela 4ª Gerência Regional de Saúde (4ªGRS) no município de Cuité-PB.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a adesão à farmacoterapia dos pacientes portadores de DRC usuários de medicamentos de dispensação excepcional atendidos pela 4ª Gerência Regional de Saúde em Cuité-PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas dos usuários de medicamentos excepcionais em tratamento da DRC;
- Verificar os possíveis fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A DRC caracteriza-se pela perda progressiva e geralmente irreversível da função renal (glomerular, tubular e endócrina). Quando a DRC atinge sua fase mais avançada, é denominada Insuficiência Renal Crônica (IRC), os rins não mais conseguem manter a homeostase do organismo e a sua sobrevivência passa a depender de modalidades de tratamentos de substituição extrarrenal da IRC: a diálise e/ou transplante renal (TRENTINI et al., 2014).

A DRC representa um grave problema de saúde pública global, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante. Estima-se que 10% da população mundial possuem DRC, afetando pessoas de todas as idades e raças. Esta doença apresenta uma desfavorável evolução para os pacientes acometidos, pois afeta diversas funções do organismo. Além disso, possui um alto custo, tanto econômico, quanto social, afetando a saúde da população em todos os seus aspectos (BRASIL, 2015).

Nos Estados Unidos a prevalência geral é de aproximadamente 14%, sendo que mais de 661.000 pessoas possuem IRC. Destes, 468 mil estão em diálise e cerca de 193 mil vivem com transplante funcional do rim (USRDS, 2015). Em uma meta-análise realizada por Hill et al. (2016), verificou-se uma prevalência média global de aproximadamente 13,4 % na população.

No Brasil, de acordo com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número total estimado de pacientes em diálise em 2014 foi de 112.004 mil, destes, 58% são do sexo masculino, sendo que a faixa etária mais prevalente foi entre 19 – 64 anos. Apenas em 2014 o número estimado de pacientes que iniciaram o tratamento dialítico no Brasil foi de 36.548, correspondendo a uma taxa de incidência de 180 pacientes por milhão da população (ppm). Já o índice de mortalidade bruta apresentou-se estável nos últimos 4 anos correspondendo a 19% ao ano (SESSO et al., 2015).

Este grande aumento da prevalência da DRC tem chamado atenção dos profissionais da saúde para a importância da prevenção e detecção precoce da doença, uma vez que grande parte dos casos de DRC são assintomáticos (PEREIRA et al., 2016).

3.2 FISIOPATOLOGIA

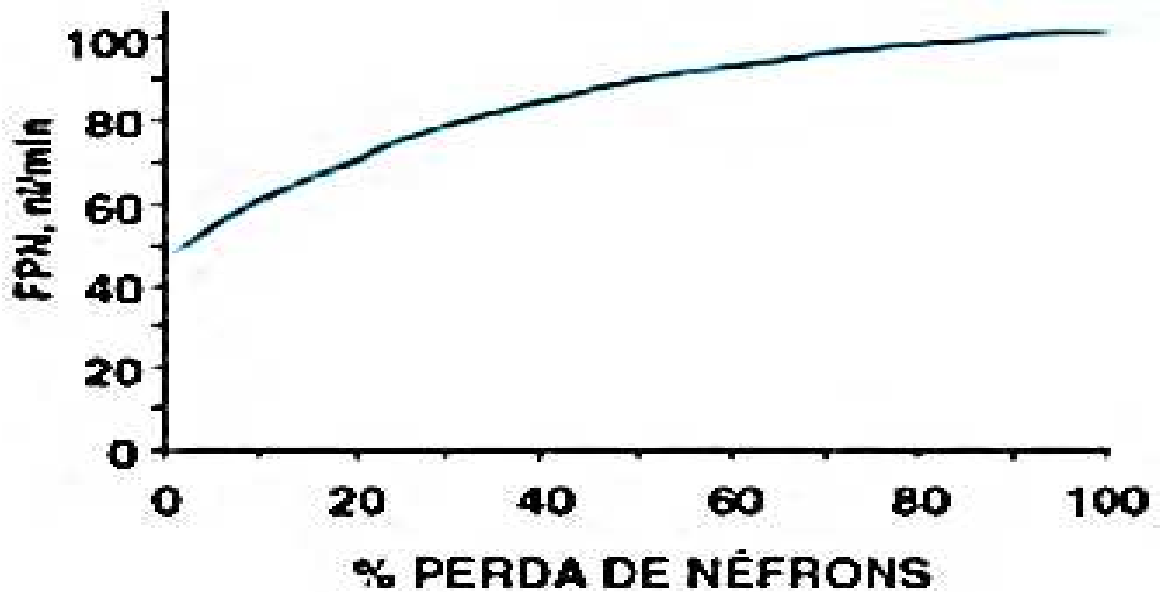
Os rins possuem um papel de extrema importância para a sobrevivência do organismo. Além da função de eliminar os produtos indesejáveis do metabolismo, os rins são fundamentais no controle do volume e composição dos líquidos corporais. Tanto para a água, quanto praticamente todos os eletrólitos, o equilíbrio entre o ganho (devido à ingestão ou produção pelo metabolismo) e perda (através da excreção ou consumo metabólico) é preservado pelos rins. Esta função mantém o ambiente corpóreo estável o suficiente para que as células realizem suas diversas funções (GUYTON; HALL, 2011).

Além disso, os rins possuem a função de regulação do equilíbrio ácido-base, controle da pressão arterial, gliconeogênese, como também a função de uma glândula endócrina, produzindo a eritropoietina e a forma ativa da vitamina D (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Apesar das múltiplas funções dos rins e da importância delas para a sobrevivência do organismo, os indivíduos portadores da DRC podem seguir assintomáticos durante anos. Uma das explicações para a evolução tão lenta desta doença está sobre uma propriedade essencial do parênquima renal: a capacidade funcional do rim é extensamente maior do que o necessário. Isto viabiliza que seres humanos consigam manter-se vivos com 10% ou menos de sua função renal normal quando sua massa renal é severamente reduzida por processos patológicos ou até mesmo por retirada cirúrgica. A conservação de níveis funcionais adequados também se deve a outra propriedade do parênquima renal: os néfrons restantes são capazes de se adaptar à nova situação biológica, ampliando em várias vezes seu ritmo de trabalho (Figura 1) (RIELLA, 2010).

As complicações compreendem déficit de ferro e diminuição da sobrevivência das hemácias, anemia por diminuição da produção de eritropoietina pelos rins, e doenças ósseas e minerais causadas por desordens no metabolismo de cálcio e fosfato. Portadores de DRC têm 5 a 10 vezes mais probabilidade de morrer de forma prematura do que progredir para o estágio final da doença. Esse aumento do risco de morte cresce vertiginosamente à medida que a função renal declina (WEBSTER et al., 2016).

Figura 1- Representação esquemática da elevação da taxa de filtração por néfron (FPN).

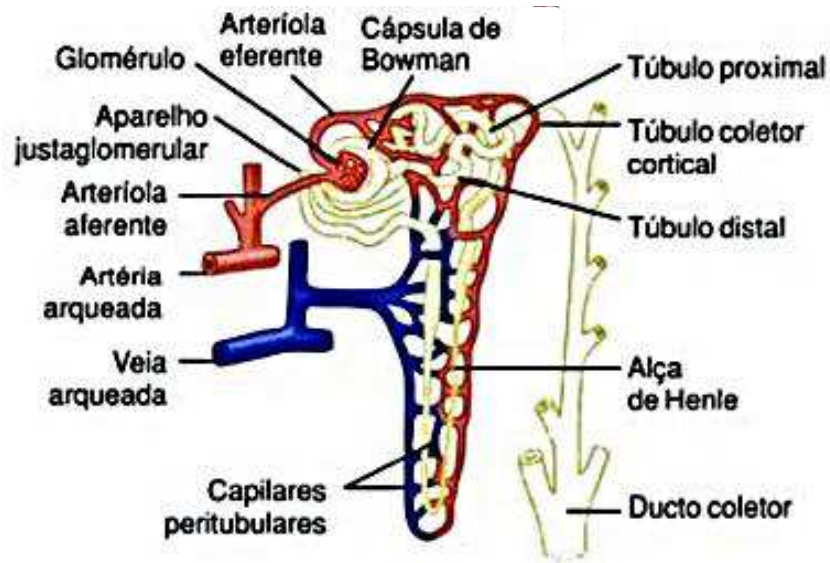


Fonte: RIELLA, 2003.

3.2.1 O néfron como unidade funcional do rim

Cada rim possui cerca de um milhão de néfrons, cada um deles capaz de formar urina. O rim não tem a capacidade de regenerar novos néfrons, portanto com enfermidades, lesão renal ou envelhecimento, a quantidade de néfrons diminui gradualmente. Após os 40 anos, a diminuição do número de néfrons funcionais é de geralmente cerca de 10% a cada 10 anos. Cada néfron contém um grupo de capilares glomerulares chamado glomérulo, no qual abundantes quantidades de líquidos são filtrados no sangue, e um longo túbulo, no qual o líquido é convertido em urina no trajeto para a pelve renal (Figura 2) (GUYTON; HALL, 2011).

Figura 2- Estrutura do néfron.



Fonte: GUYTON; HALL, 2011.

3.2.2 Relação entre a DRC e o balanço de substâncias corpóreas

Os eletrólitos sódio e potássio têm sua excreção quase que exclusivamente pelos rins. Em uma situação com indivíduos sãos ou em pacientes com doença renal progressiva, os rins ainda mantêm sua função estável, com isso a ingestão e a excreção desses íons devem equivaler-se, caso contrário haveria acúmulo ou depleção dos mesmos. Neste caso, o organismo é mantido em balanço em relação a estes íons. Portanto, mesmo à custa da sobrecarga dos néfrons remanescentes, a excreção renal deve permanecer igual a ingestão (TITAN, 2013).

Para manutenção do balanço de sódio na IRC há uma necessidade crescente de expandir o volume extracelular, para forçar uma rejeição do sódio cada vez maior. Este mecanismo pode levar ao desenvolvimento da hipertensão arterial e às vezes formação de edema. A hiperpotassemia também é um problema na IRC, já que a excreção desse íon é prejudicada nesta doença (RIELLA, 2010).

A mesma disfunção da taxa de filtração glomerular (TFG) também afeta a capacidade de diluir ou concentrar a urina, que diminui progressivamente com a IRC. Em consequência, há uma dificuldade de manter o balanço de água corpórea, facilitando a ocorrência de uma desidratação hipertônica ou de intoxicação hídrica (RIELLA, 2010).

Na IRC avançada também há uma tendência à hipocalcemia devido à deficiência de vitamina D, levando a um hipoparatiroidismo secundário, que causa descalcificação e destruição óssea. Em pacientes com IRC avançada a hiperfosfatemia agrava ainda mais o hiperparatiroidismo, além de propiciar a calcificação de tecidos não ósseos (TITAN, 2013).

3.2.3 DRC e alterações na glicemia

O rim tem uma enorme capacidade bioquímica e pode simultaneamente produzir e utilizar glicose. A glicose que é filtrada pelos glomérulos é reabsorvida na forma ativa pelos túbulos renais. Os rins também excretam a glicose que excede o limiar de reabsorção tubular, evitando que os níveis séricos de glicose alcancem valores tóxicos. Além disso, os rins são capazes de produzir e introduzir glicose na circulação, especialmente durante períodos de jejum (CERSOSIMO, 2004).

A condição pré-diabética de intolerância à glicose é uma característica de pacientes portadores de IRC, principalmente por conta dos altos níveis plasmáticos de hormônios que contrabalançam a ação da insulina (glucagon, cortisol, hormônio de crescimento e as catecolaminas) consequentes da excreção renal reduzida. Em contrapartida episódios de hipoglicemia são bastante comuns em portadores de IR (CERSOSIMO, 2004).

3.2.4 Doença renal crônica e dislipidemia

A DRC também pode causar dislipidemia e inflamações de baixo grau. Em pacientes com insuficiência renal e albuminúria elevada, os níveis lipídicos se tornam aterogênicos, devido à oxidação excessiva da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e a função defeituosa da lipoproteína de alta densidade (HDL) (KRANE; WANNER, 2011).

3.2.5 DRC e problemas cardiovasculares.

Uma grande diversidade de doenças cardiovasculares tem sido relacionada à função renal diminuída. O risco de insuficiência cardíaca é praticamente dobrado em pacientes com TFG < 60ml / min por 1,73 m². O risco de mortalidade também é mais que o dobro em pacientes com microalbuminúria no limite superior (30-299 mg/ g) se comparados com pacientes com albuminúria normal (GANSEVOORT et al., 2013).

Sugere-se que a qualidade alterada do sangue em pacientes com doença renal afeta a vasculatura periférica, particularmente os capilares, de uma forma que requeria força aumentada para impulsionar o sangue ao redor do corpo. Muitos estudos em várias populações têm relatado que baixa taxa de filtração glomerular estimada e albuminúria aumentada estão associadas com doença cardiovascular (KOTTGEN, 2007).

3.3 DIAGNÓSTICO

De acordo com as mais recentes diretrizes internacionais, a DRC é definida como anormalidades na estrutura ou função dos rins presentes por no mínimo três meses, com implicações para a saúde (KIRSZTAJN et al., 2014). Existem várias maneiras de avaliar as funções renais, mas do ponto de vista clínico, a TFG é a que tem maior relação com os desfechos clínicos. Todas as funções renais geralmente diminuem proporcionalmente com a função excretora. Para o diagnóstico da DRC são utilizados os seguintes parâmetros: TFG alterada e TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2016).

Portanto, é considerado um portador de DRC o paciente que possui, independente da causa, no mínimo três meses consecutivos de $TFG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Para uma melhor definição no tratamento e prognóstico, a DRC foi classificada em cinco estágios (Quadro 1) (KIRSZTAJN, 2014).

A TFG idealmente deveria ser determinada pela depuração de inulina ou de materiais radioisótopos, porém estes métodos além de caros são de difícil utilização no dia a dia. Na prática clínica, a TFG pode ser determinada pela dosagem da creatinina plasmática e/ou pela depuração renal desta. A depuração de creatinina pode ser realizada em urina coletada em um período de 24 horas, porém a coleta inadequada é um limitador do método (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Quadro 1: Estadiamento e classificação da doença renal crônica.

Estágio	Filtração glomerular (mL/min por 1,73 m²)	Grau de insuficiência renal
Estágio 1	≥ 90	Danos renais com função renal normal
Estágio 2	60-89	Danos renais com ligeira perda de função renal
Estágio 3	30-59	Perda ligeira a severa da função renal
Estágio 4	15-29	Perda severa da função renal
Estágio 5	<15	Insuficiência renal necessitando de diálise ou transplante para sobrevivência.

Fonte: National institute of diabetes and digestives and kidneys diseases, 2016.

3.4 GRUPOS DE RISCO

Há uma grande variedade de causas para a DRC, as mais prevalentes são a HA e o DM. Apesar da HA ser um forte fator de risco para o desenvolvimento de DRC, a ligação causa-efeito também se encontra na direção oposta. No Brasil, a nefropatia hipertensiva é a mais prevalente (35%), seguida pelo diabetes (29%) (SESSO et al., 2015). Portanto, essas doenças possuem um importante papel na prevenção e evolução da DRC, que é uma doença complexa e requer múltiplas abordagens de tratamento (SILVEIRO, 2014).

Outros grupos de risco importantes são os idosos. A proporção de idosos cresce cada vez mais em todo o mundo, o que apesar de ser um ponto positivo, influencia no número de doentes renais, já que a TFG estimada diminui paralelamente com a idade (TONELLI; RIELLA, 2014). Os portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²) também possuem uma grande relação causal com a DRC, representando 37% dos pacientes dialíticos no Brasil (CSABA, 2017).

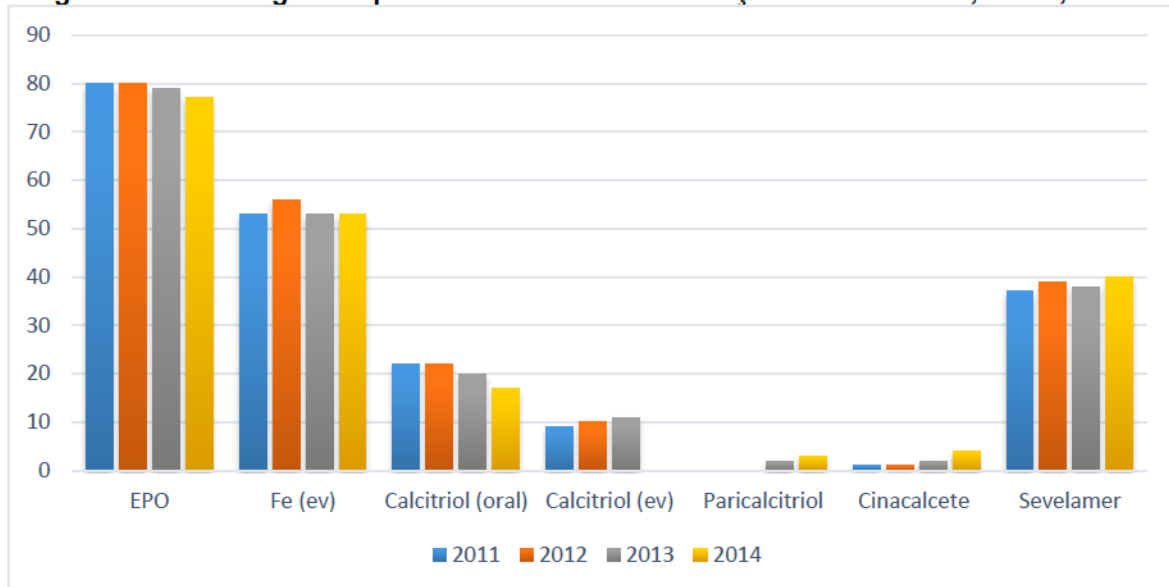
São também grupos de risco para desenvolvimento da DRC pessoas com histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), histórico de DRC na família, tabagismo e uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2013).

3.5 TRATAMENTO

3.5.1 Tratamento conservador

O manejo clínico da DRC vai depender da gravidade da doença. O tratamento conservador vai consistir em todas as medidas clínicas para retardar o declínio da função renal, reduzir os sintomas e prevenir as complicações relacionadas à DRC. As principais medidas usadas nesse tratamento são o controle da pressão arterial, controle da glicemia, tratamento da anemia, tratamento de distúrbios ósseos e minerais, utilização de medicamentos que diminuam a perda de proteínas nos rins, tratamento da acidose no sangue, dieta adequada, tratamento do aumento de potássio no sangue e o preparo do paciente para terapia de diálise ou transplante. Mesmo com essas medidas, a DRC ainda é uma doença progressiva e irreversível (KIRSZTAJN et al, 2014)

Os medicamentos mais utilizados em pacientes em processo dialítico são a eritropoietina (77%), ferro endovenoso (53%), calcitriol (27%), pericalcitriol (3%), 4% cinacalcete (4%) e sevelamer (40%) (Figura 3) (SESSO et al., 2015). Esses medicamentos, fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, presentes na relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME) e são distribuídos gratuitamente pelo governo (BRASIL, 2014).

Figura 3 - Porcentagem de pacientes em uso de medicações selecionadas, Brasil, 2011-14.

Fonte: SESSO et al., 2015.

3.5.2 Terapias de substituição extrarrenal

Quando a doença atinge níveis mais avançados são utilizadas as terapias de substituição extrarrenal (diálise peritoneal e hemodiálise) ou transplante renal. As terapias substitutivas são, no Brasil, o tratamento mais utilizado, apesar de gerarem consequências negativas para o paciente, como perda da qualidade de vida (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012).

No tratamento por meio da diálise peritoneal (DP), a filtração do sangue é realizada utilizando-se o peritônio, que é uma membrana semipermeável localizada no interior do abdômen revestindo os órgãos internos (DAUGIRDAS et al., 2003). Na DP é feita uma técnica de infusão de líquido dialítico na cavidade abdominal do paciente, onde permanece por várias horas. Posteriormente, a solução é então drenada e uma nova solução volta a preencher o abdômen, recomeçando o processo de depuração. Geralmente são realizadas de 3 a 6 trocas de líquido durante o dia. É importante o cuidado no momento das trocas das bolsas de soluções para evitar infecções (MACHADO; PINHATI, 2014).

Este tipo de diálise é geralmente a primeira escolha para o tratamento da DRC, principalmente em crianças e adolescentes, uma vez que possibilita um maior controle bioquímico da uremia, da anemia e da HA, possibilitando a preservação da função renal residual, a nutrição e uma menor restrição quanto a ingestão de líquidos,

levando a uma menor necessidade de transfusões sanguíneas e a inexistência da síndrome do desequilíbrio da diálise, que ocorre na hemodiálise (DEUS et al., 2015).

Já a hemodiálise (HD) é o tratamento dialítico mais empregado, consistindo em um processo de filtração dos líquidos extracorpóreos sanguíneos por uma máquina (dialisador), que substitui as funções renais (CAVALCANTE et al., 2011). Para que o tratamento tenha início é preciso que seja inserido, de forma cirúrgica, uma fístula arteriovenosa ou cateter específico na veia do paciente para que se tenha acesso à circulação. Ao decorrer da HD, parte do sangue é retirado, sendo conduzido pela linha arterial do dialisador, onde é filtrado, e retorna ao paciente pela linha venosa (MACHADO; PINHATI, 2014).

Durante a terapia de HD podem surgir efeitos colaterais, os mais comuns são câimbras musculares e hipotensão. Esses efeitos podem ser evitados com o uso de medicamentos e seguindo uma dieta prescrita pelo nutricionista (MACHADO; PINHATI, 2014).

Em geral, a HD é realizada em sessões que duram de 3 a 4 horas, três vezes por semana. Esta frequência pode variar de acordo com o quadro clínico do paciente (SBN, 2012).

Estas terapias representam alto custo para o sistema de saúde brasileiro, sendo que os valores anuais gastos por paciente em diálise crônica e HD em 2013 foram de R\$ 44.026,40 e R\$ 34.849,36; respectivamente (SILVA et al., 2016).

3.6 PROBLEMAS RELACIONADOS À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

O conceito de adesão varia entre diversos autores, mas via de regra a adesão é conceituada como a “utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (LEITE; VASCONSELOS, 2003). A Organização Mundial de Saúde caracteriza a adesão terapêutica como um conjunto de ações que podem incluir a utilização de medicamentos, obtenção de imunização, comparecimento ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida (OMS, 2003).

Alguns pesquisadores têm chamado atenção para a perspectiva multidimensional da expressão adesão, pois as orientações para o tratamento são complexas, envolvendo variáveis como hábitos, localização geográfica, organização dos serviços sociais, entre outros (BRASIL, 2016).

A adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle eficaz de várias enfermidades, principalmente as crônicas (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011). De acordo com a OMS, a não adesão ao tratamento medicamentoso em longo prazo gira em torno de 50%, sendo que esses valores são maiores em países sub-desenvolvidos (DIAS et al., 2011).

A adesão pode ser classificada em intencional, quando o paciente não cumpre o tratamento, apesar de conhecê-lo (quando se sentem pior utilizam o medicamento e, ao contrário, quando não há sintomatologia, ignoram o tratamento medicamentoso) e não intencional, quando o paciente compreende a informação dada pelo profissional de saúde, quando esquece ou sente dificuldade em gerir os medicamentos, muitas vezes resultado de má comunicação entre o doente e o profissional (DIAS et al., 2011).

Dentre os fatores que influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso estão aqueles relacionados ao tratamento em si (complexidade da farmacoterapia, duração do tratamento, custo do tratamento e reações adversas), ao paciente (baixa literacia em saúde, limitações cognitivas e funcionais, conhecimento sobre as condições de saúde, conhecimento sobre os medicamentos, dificuldades físicas e motoras, crenças, preocupações, percepção do paciente sobre seu estado de saúde e seu tratamento), à condição de saúde (doenças crônicas, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim), fatores sociais e econômicos (falta de suporte familiar e social, crenças culturais, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de acesso aos medicamentos) e fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde (falta de acompanhamento e orientação das pessoas, problemas na seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos) (BRASIL, 2016).

Alguns estudos demonstraram que o regime terapêutico (diálise, medicamentos, dieta, ingestão de líquidos) apresenta elevados índices de não adesão (SGNAOLIN; FIGUEIREDO, 2012). Especificamente na DRC, a Idade, gênero, duração da hemodiálise e comorbidades são importantes fatores para determinar a má adesão. A confusão em orientações e a complexidade terapêutica também são fatores para a não adesão na DRC (KARAMANIDOU et al., 2008).

A não-adesão ao tratamento é uma dificuldade na assistência efetiva aos indivíduos, pois o tratamento necessita de um trabalho em equipe, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento do próprio portador da enfermidade no autocuidado. Além disso, a identificação dos fatores influentes na adesão ao tratamento pode auxiliar o

farmacêutico no estímulo ao indivíduo para realização desse autocuidado e, conseqüentemente, estimular a adesão à farmacoterapia (MALDANER, 2008).

3.7 PAPEL DO FARMACÊUTICO NA CONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA

A profissão farmacêutica vem passando por um período de reforma nos últimos anos. Os riscos que o uso incorreto de medicamentos traz à população expõe cada vez mais a importância desse profissional na sociedade (MELO; CASTRO, 2017).

A OMS tem enfatizado a importância da integração do farmacêutico às equipes de saúde. Os seus serviços são um muro de proteção à sociedade contra os problemas relacionados ao uso dos medicamentos. Qualquer medicamento, por mais inofensivo que aparenta ser, pode provocar gravíssimas reações indesejáveis. O que barra, ou ameniza os riscos advindos do seu uso é a orientação farmacêutica (SANTOS, 2009).

Vários estudos mostram que a inclusão do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde resulta em desfechos mais custo-efetivos, incluindo uma maior adesão à terapia medicamentosa, porém a presença desse profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) é recente e ainda é insuficiente para responder à demanda da população (MELO; CASTRO, 2017).

Dentre as funções do farmacêutico na assistência farmacêutica clínica estão: a educação para o autocuidado em saúde, o acompanhamento da adesão (procurando medir o nível de adesão à farmacoterapia, identificando os fatores que provocam a não adesão e estabelecendo um acordo com os pacientes para o cumprimento do tratamento) e a conciliação de medicamentos como método para racionalizar o uso de medicamentos (diminuindo a possibilidade de erros) (SOLER et al., 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida seguindo as linhas de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoecer? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários: dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, por exemplo, e primários: dados coletados para o desenvolvimento do estudo (COSTA; BARRETO, 2003).

No estudo transversal (ou seccional), a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo (FONTELLES et al., 2009).

A abordagem quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. É comum ser utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito (FONTELLES et al., 2009).

4.2 LOCAL DE PESQUISA E POPULAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na 4ª Gerência Regional de Saúde (4ª GRS), situada na Rua Projetada s/n, bairro Jardim Planalto, localizada no município de Cuité-PB.

A 4ª GRS é um órgão regional de saúde vinculado à Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Este órgão tem o papel de gerenciamento e apoio em ações de saúde dos 12 municípios pertencentes à região do Curimataú paraibano, que somados, possuem uma população de 107.044 habitantes (IDEME, 2010). Um dos serviços prestados pela gerência é o de distribuição de medicamentos de alto custo por meio do centro de medicamentos excepcionais (CEDEMEX) para tratamento de diversas doenças.

O público alvo foi um grupo de 35 pacientes da região acometidos por DRC que recebem medicamentos de dispensação especial via CEDEMEX, mantidos pela 4ª GRS.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram a aceitação voluntária pelos portadores de DRC que recebem medicamentos de dispensação excepcional, seguindo todos os preceitos éticos previstos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica - Resolução nº. 417/2004 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Como critério de exclusão ter-se-á a não autorização ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem ônus ao entrevistado.

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo a Resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram observados e obedecidos os critérios regidos na lei:

1. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética sob CCAE: 68559717.3.0000.5182.
2. Providenciou-se um termo de anuência da Direção da 4ª GRS (Apêndice B);
3. Providenciou-se o termo de autorização institucional da direção do Centro de Educação e Saúde (Apêndice C);
4. Todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice A);

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Foram coletados por meio da aplicação do questionário, com utilização de instrumento próprio elaborado pelo autor da pesquisa (APÊNDICE E). No momento da inclusão na pesquisa foram coletadas as seguintes informações:

- Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/etnia, estado civil, residência, escolaridade, ocupação e renda);
- Variáveis clínicas (tempo de diagnóstico, terapia dialítica realizada, histórico familiar, comorbidades);
- Variáveis relacionadas aos medicamentos (nome e quantidade de medicamentos utilizados).

4.5.2 Avaliação da adesão farmacoterapêutica

Para a avaliação da adesão farmacoterapêutica neste trabalho, foi utilizado a Escala de adesão terapêutica de Morisky (EATM), na escala mais recente de oito itens (ANEXO A), que possui maior sensibilidade se comparada com a versão anterior de 4 itens (MORISKY et al., 2008). Foi utilizada a versão traduzida e validada por OLIVEIRA-FILHO (2012), com adaptações feitas pelo próprio autor do estudo.

A MMAS-8 é um método indireto de avaliar a adesão validado para o uso em vários países, com vários grupos de pacientes, incluindo a DRC, podendo servir como ferramenta de triagem em ambientes ambulatoriais (PLAKAS et al., 2016). Contém oito questões com respostas fechadas de caráter dicotomal (sim/não), formuladas para evitar o viés de respostas positivas dos pacientes a perguntas feitas por profissionais de saúde, por meio da inversão das respostas relacionadas ao comportamento aderente do entrevistado (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Assim, cada pergunta mensura um comportamento de adesão específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma positivamente, sendo que a última questão é respondida segundo a escala de cinco opções.

O estudo foi realizado por meio da aplicação de questionários semiestruturados contendo questões objetivas e discursivas para avaliação da adesão farmacoterapêutica dos usuários atendidos pelo CEDEMEX.

No estudo foram considerados os medicamentos empregados no tratamento de doenças crônicas, utilizados continuamente.

Na abordagem inicial aos pacientes foi explicado a importância da veracidade das respostas para o estudo, com o propósito de evitar respostas falso-negativas.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram agrupados e tabulados no Excel. Para a validação da digitação foi utilizado o Programa Epi Info, versão 7.2. Após a digitação, o banco de dados foi transferido para o Programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0 para a análise estatística dos dados. Para as variáveis em evidência, foi feita uma análise descritiva que forneceu frequências. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de independência para verificar se as características dos pacientes influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso e os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES

Dos 35 pacientes elegíveis, 28 pacientes ingressaram no estudo através da assinatura do TCLE. As características sociodemográficas dos pacientes são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1- Características sócio-demográficas dos pacientes portadores de DRC. Cuité, PB, Brasil/jun de 2017.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	12	42,86
Masculino	16	57,14
Idade		
18 – 30	2	7,14
30 – 60	16	57,14
60 – 80	10	35,71
Estado Civil		
Casado (a)	12	42,86
Separado (a)	2	7,14
Solteiro (a)	8	28,57
Uni. Estável	6	21,43
Escolaridade		
Não alfabetizado	6	21,43
Ensino fundamental incompleto	12	42,86
Ensino fundamental completo	2	7,14
Ensino médio incompleto	4	14,29
Ensino médio completo	4	14,29
Residência		
Rural	7	25,00
Urbana	21	71,43
Ocupação		
Aposentado	22	78,57
Com vínculo empregatício	6	21,43
Renda mensal (salário mínimo)¹		
Até 1 salário	26	92,86
> 1	2	7,14
Cor/ Etnia		
Branca	14	50,00
Negra	4	14,29
Parda	10	35,71

Fonte: Próprio Autor.

¹Salário mínimo vigente R\$ 937,00.

A partir dos dados obtidos, observou-se a predominância de pacientes de sexo masculino (57,14%), assim como em estudos semelhantes de Bampi et al. (2015) e

Ribeiro e Batista (2015), com valores encontrados de 67,5% e 69,2%, respectivamente. De acordo com SBN 58% dos pacientes em terapia dialítica são homens (SESSO et al., 2015). A busca diminuída da população masculina pelos serviços de saúde tem sido a provável causa de maior incidência de DRC em homens. Essa displicência com a saúde faz com que as doenças na população masculina sejam diagnosticadas tardiamente, ocasionando um pior prognóstico e diminuindo a expectativa de vida de homens (MEIRELLES; HOHL, 2009).

Também houve uma maioria de pacientes com idade entre 30 e 60 anos (57,14%), casado (42,86%), com renda mensal de até 1 salário mínimo (92,86%), zona urbana (71,43%), sem ocupação ou aposentado (78,57%), e de cor/etnia branca (50%).

Sobre a renda, a prevalência de pacientes de baixa renda foi bem maior que nos estudos de Bampi et al. (2015) e Ribeiro e Batista (2015), o que pode ser explicado pelas características da região do Curimataú paraibano, que é a região do estado com maior porcentagem de domicílios em extrema pobreza (17,96% dos domicílios) e com menor renda média domiciliar do estado, segundo o censo realizado pelo IDEME no ano de 2010 (IDEME, 2010).

Dentre os entrevistados, houve uma maioria de pacientes com ensino fundamental incompleto (42,86%), seguido de pacientes não alfabetizados (21,43%), apresentando uma predominância de baixa escolaridade entre os pacientes. Valores semelhantes foram encontrados por Medeiros e Sá (2011), que encontrou 52% de ensino fundamental incompleto e 25% de não alfabetizados, divergindo dos outros estudos já citados, que obtiveram maiores valores de escolaridade. Vale ressaltar que a região do Curimataú paraibano apresenta taxas altas de analfabetismo, com a média percentual (29,45%) maior que a do estado da Paraíba (21,9%) (IDEME, 2010).

A tabela 2 mostra as características clínicas dos pacientes entrevistados. Com relação às comorbidades relacionadas, houve uma maior prevalência de HA (89,28%) seguido de DM (46,43%). No estudo de Medeiros e Sá (2011), também foram encontrados valores parecidos, com 83% e 39%. Essas duas comorbidades são os principais grupos de risco para a DRC, consistindo em importantes fatores para a prevenção da doença (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Também houve um maior número de pacientes diagnosticados há mais de 3 anos (53,57%), com apenas 7,14% diagnosticados há menos de 1 ano. Já sobre a

terapia dialítica, 78,57% realizavam HD, e 21,43% realizavam tratamento conservador, sendo que nenhum dos pacientes realizavam terapia de DP.

Quanto ao número de medicamentos utilizados, mais da metade de pacientes utilizavam entre 6 a 8 medicamentos. A numerosa medicação pode favorecer o não cumprimento do tratamento, ou o esquecimento de alguns medicamentos, repercutindo em uma baixa aderência (MALDANER et al., 2008). Os respectivos pacientes apresentaram dificuldades em dizer o nome dos medicamentos que utilizavam e a posologia, mostrando desconhecimento sobre a terapia medicamentosa.

Tabela 2- Características clínicas dos portadores de DRC. Cuité, PB, Brasil/ Jun 2017.

Variáveis	n	%
Tempo de diagnóstico da DRC (anos)		
> 1	2	7,14
1 – 3	11	39,28
> 3	15	53,57
Comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	25	89,28
Diabetes	13	46,43
Dislipidemia	5	17,86
Osteoporose	11	39,28
Insuficiência cardíaca congestiva	6	21,43
Outros	5	17,85
Terapia Dialítica		
Hemodiálise	22	78,57
Não faz	6	21,43
Histórico familiar		
Sim	20	71,43
Não	8	28,57
Número de medicamentos		
Até 4	3	10,71
5 a 8	18	64,28
9 a 12	3	10,71
> 12	5	17,86

Fonte: Próprio Autor.

5.2 ADESÃO À FARMACOTERAPIA

Na Tabela 3 é apresentada a distribuição dos pacientes de acordo com o nível de adesão encontrado pela EATM. O nível de não-adesão encontrado entre os

pacientes foi de 64,28%. Valor maior que os encontrados em estudos de Sgnaolin e Figueiredo (2012) e Bampi et al (2015), com valores de não adesão de 55% e 10%, respectivamente.

Tabela 3- Distribuição dos pacientes portadores de DRC quanto à adesão ao tratamento.

Nível de Adesão	n	%
Aderente	4	14,29%
Parcialmente aderente	6	21,43%
Não aderente	18	64,28%

Fonte: Próprio Autor.

Como mostrado na tabela 4, o ato de esquecer de utilizar o medicamento no horário determinado na prescrição foi a principal causa da não adesão entre os pacientes estudados, pois 64,28% dos entrevistados referem, em algum momento, descuidar quanto ao horário de utilizar o seu medicamento. Em segundo lugar está o ato de esquecer de levar os medicamentos consigo quando viaja ou sai de casa, com 60,71% dos entrevistados terem respondido “sim”. Portanto, houve uma prevalência de não adesão do tipo não intencional, que muitas vezes é resultado de uma má comunicação entre o profissional e o paciente. Intervenções educacionais, do tipo sistema de lembrete de medicação diária, na forma de mensagens de texto, chamadas telefônicas automatizadas e dispositivos como lembrete audiovisuais, podem resolver problemas de esquecimento de utilização do medicamento, evitando a não adesão de pessoas acometidas com doenças crônicas (TRAN et al., 2014).

Como o acesso à tecnologia móvel tornou-se cada vez mais disseminada, esta parece ser um instrumento ideal para proporcionar um modo eficaz para a adesão do tratamento medicamentoso (PAGE et al., 2012).

Além disso, o nível de escolaridade da população geral é baixo. E isso representa um problema quanto à leitura de mensagens e utilização de aparelhos eletrônicos. Uma das estratégias para essas pessoas seria o treinamento para o uso do celular, uma vez que o número de celulares por pessoa aumenta gradativamente (BRASIL, 2016).

Metade dos pacientes responderam que já pararam de utilizar seus medicamentos ou diminuíram a dose sem avisar ao prescritor porque se sentia pior

quando os utilizava, evidenciando também a não adesão intencional dos medicamentos.

Tabela 4- Distribuição dos pacientes com relação às respostas do TM. Cuité, PB, Brasil/ jun 2017.

Questões	N	%
Você as vezes esquece de tomar os seus medicamentos?		
SIM	18	64,28
NÃO	10	35,71
Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus medicamentos?		
SIM	9	32,14
NÃO	19	67,86
Você já parou de tomar seus medicamentos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?		
SIM	14	50
NÃO	14	50
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?		
SIM	17	60,71
NÃO	11	39,71
Você tomou todos os seus medicamentos ontem?		
SIM	28	100
NÃO	0	0,00
Quando sente que seus sintomas estão controlados, você às vezes para de tomar seus medicamentos?		
SIM	8	28,57
NÃO	20	71,43
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento medicamentoso?		
SIM	21	75
NÃO	7	25
Com que frequência você tem dificuldade para se lembrar de tomar todos os medicamentos?		
NUNCA	7	25
QUASE NUNCA	8	28,57
ÀS VEZES	8	28,57
SEMPRE	5	17,86

Fonte: Próprio Autor

Através de uma análise estatística (tabela 5) verificou-se que não ocorreu ligação significativa ao comparar a adesão com as variáveis: sexo ($p=0,949$), estado civil ($p=0,202$), residência ($p=0,408$), cor ($p=0,852$), ocupação ($p= 0,350$) quantidade de medicamentos utilizados ($p=0,536$) e terapia dialítica ($p=0,591$). Em contrapartida,

as variáveis idade ($p=0,0001$) e escolaridade (0,020) apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão.

Tabela 5 - Análise comparativa da classificação da adesão pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky com as características dos pacientes. Cuité, PB, Brasil/ Jun 2017. (continua)

Característica	Grupo de adesão		Grupo de adesão parcial		Grupo de não adesão		Total de pacientes n= 28	valor de p ¹
	n	%	N	%	N	%		
Sexo								
Masculino	2	7,14	3	10,71	11	39,28	16	0,949
Feminino	2	7,14	2	7,14	8	28,57	12	
Idade (anos)								
< 60	-	-	6	21,43	12	42,85	18	0,0001
≥ 60	4	14,29	-	-	6	21,43	10	
Estado civil								
Casado	4	14,29	-	-	8	28,57	12	0,202
Separado	-	0,00	2	7,14	-	-	2	
Solteiro	-	0,00	-	-	8	28,57	8	
União estável	-	0,00	4	14,29	2	7,14	6	
Escolaridade								
Não alfabetizado	-	-	-	-	6	21,43	6	0,020
Fund. Incompleto	-	-	-	-	11	39,28	11	
Fund. Completo	-	-	2	7,14	-	-	2	
Médio incompleto	4	14,29	-	-	-	-	4	
Médio completo	-	-	4	14,29	1	3,57	5	
Residência								
Rural	2	7,14	2	7,14	3	10,71	7	0,408
Urbana	2	7,14	3	10,71	16	57,14	21	
Ocupação								
Trabalha	-	-	-	-	6	21,43	6	0,350
Aposentado ou desempregado	4	14,29	6	21,43	12	42,86	22	
Cor								
Branca	2	7,14	4	14,29	8	28,57	14	0,852
Parda	2	7,14	-	-	7	25	9	
Negra	0	0,00	2	7,14	3	10,71	5	
Quantidade de medicamentos utilizados								
Até 4	-	-	-	-	2	7,14	2	0,536
5 a 9	4	14,29	4	14,29	16	57,14	24	
9 a 15	-	0,00	2	7,14	2	7,14	2	

Tabela 6 - Análise comparativa da classificação da adesão pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky com as características dos pacientes. Cuité, PB, Brasil/ Jun 2017. (continuação)

Característica	Grupo de adesão		Grupo de adesão parcial		Grupo de não adesão		Total de pacientes n= 28	valor de p ¹
	n	%	N	%	N	%		
Terapia dialítica								
Hemodiálise	4	14,29	6	21,43	12	42,86		0,591
Não faz	-	-	-	-	6	21,43		

Fonte: próprio autor,

¹ Nível de significância calculado pelo teste Qui-quadrado de independência. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

Dentre os pacientes aderentes, nenhum tinha idade < 60 anos, demonstrando uma maior aderência entre os idosos ($p= 0001$). Sgnaolin e Figueiredo (2012), aponta que em diversos estudos a idade avançada está consistentemente associada ao aumento de adesão, devido provavelmente à preocupação com o fator morte. Já Lima-costa e Veras (2003) afirma que a percepção de saúde e a procura pelos serviços de saúde aumentam com o envelhecimento populacional.

A escolaridade também é um fator importante na adesão terapêutica. Neste estudo 100% dos pacientes aderentes e parcialmente aderentes tinham uma escolaridade mínima de ensino fundamental completo. Estudos sugerem que pacientes com pouca capacidade em obter, processar e compreender informações e serviços de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas, aderem menos ao tratamento (BRASIL, 2016). Nesse contexto, o farmacêutico torna-se uma peça essencial na educação ao paciente quanto à terapia medicamentosa e, conseqüentemente, na promoção da adesão terapêutica (VIEIRA, 2017).

Apesar de não ter havido no estudo significância estatística entre a terapia dialítica e a adesão ($p=0,591$), vale frisar que todos os pacientes em terapia conservadora (tabela 5) mostraram-se não aderentes. Um fator provável para estes dados é a preocupação com a morte, citado por Sgnaolin e Figueiredo (2012), e a ausência de sintomas. Estudos demonstram que a adesão e a persistência com o tratamento são menores se o paciente não detectar um benefício imediato a partir do tratamento farmacológico. Pacientes que utilizam medicamentos para prevenir ou tratar doenças cardíacas, tais como hipertensão e dislipidemia, mostraram comportamento de baixa adesão. Por isso é necessário orientar os pacientes quanto aos riscos da não adesão (BRASIL, 2016).

Estes problemas de adesão são verificados em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde. A crença que os pacientes são os únicos responsáveis pela adesão representa um engano, dado existirem diversos fatores que afetam o seu comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento (DIAS et al., 2011).

Portanto, estes fatores devem ser compreendidos pelos profissionais de saúde, em especial pelo farmacêutico, agindo na educação do paciente e promovendo o uso racional de medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013).

Desse modo, algumas medidas específicas podem ser tomadas pelo profissional farmacêutico, como: aumento da comunicação e aconselhamento, simplificação do esquema terapêutico (interagindo com o prescritor), promoção do aumento do envolvimento dos pacientes com o tratamento, e a indicação de esquemas para facilitar a memorização (DIAS et al., 2011).

De acordo com Al Jumah e Qureshi (2012), a intervenção farmacêutica através da utilização da associação de monitoramento de medicamentos, educação sobre medicamentos, prescrição medicamentosa e mudança de doses, chamadas telefônicas para acompanhamento dos pacientes e educação do paciente, comprovou ser uma estratégia de intervenção efetiva, utilizada por farmacêuticos, para aumentar a adesão ao tratamento.

A 4ª GRS de Cuité não conta com um profissional farmacêutico para a orientação aos pacientes. Isto é um possível fator influente no alto índice de não adesão dos portadores de DRC atendidos, já que a falta de acompanhamento e orientação aos pacientes possui evidente ligação à adesão à farmacoterapia (DIAS, et al., 2011).

Levando em consideração a amostragem do estudo não se pode afirmar que estes dados correspondem à realidade de toda a região do Curimatáu paraibano. Porém, estes dados mostram uma provável realidade dos pacientes portadores de DRC atendidos pela 4ªGRS, servindo assim como base para novos estudos e ações voltadas para a melhoria da adesão farmacoterapêutica desses pacientes, assim como de outros grupos de pacientes atendidos.

Apesar da EATM ser um método indireto que possui limitações, ele serve como um bom instrumento de triagem para a monitoração da adesão de pacientes à nível ambulatorial.

Diante do exposto, torna-se necessária a presença de um profissional farmacêutico para realizar medidas educativas e preventivas, visando o aumento da adesão farmacoterapêutica dos pacientes atendidos pelo CEDEMEX da 4^a GRS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo verificou-se um nível de adesão à terapia medicamentosa menor que na literatura analisada.

A não adesão ao tratamento tem uma característica multifatorial, assim, torna-se difícil de analisar suas causas.

A baixa escolaridade e a idade dos pacientes foram fatores com significativa influência na adesão aos pacientes, visto que pacientes mais novos e com baixa escolaridade apresentaram menor adesão ao tratamento.

O esquecimento de utilizar os medicamentos no horário foi a principal causa de não adesão, verificando assim uma predominância de não adesão do tipo involuntária.

A falta de um profissional para orientar os pacientes também é um fator crítico, que pode ter influência direta nesses resultados.

Visto isto, torna-se necessário a introdução de uma assistência farmacêutica eficaz a estes pacientes e a implementação de estratégias, como medidas de intervenção educacionais e comportamentais, visando o aumento da adesão à terapia medicamentosa e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AL JUMAH, K. A.; QURESHI, N. A. Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. **Patient Preference and Adherence**, Auckland, n. 6, p. 87-100. 2012.

BAMPI, S. C et al. Avaliação da adesão medicamentosa em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar**, São Paulo, v. 6, n. 4, p.12-17, 23 dez. 2015.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, p 248-53. 2010.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – drc no sistema único de saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf> Acesso em 10 de Abril de 2017.

_____. Doença renal crônica atinge 10 % da população mundial, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>>. Acesso em 25 de Março 2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde (Org.). **Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília, 2016. 53 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 08 de julho 2017.

_____. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 9ª ed. 2014.

CAVALCANTE, F. A. et al. O uso lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. **Revista Eletrônica da Facimed**, v. 3, p. 371-384. 2011.

CERSOSIMO, E. A Importância do Rim na Manutenção da Homeostase da Glicose: Aspectos Teóricos e Práticos do Controle da Glicemia em Pacientes Diabéticos Portadores de Insuficiência Renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Volume XXVI - nº 1. 2004.

CORRER, J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed. 2013.

COSTA, M. F. L; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 12, n. 4, p. 189-201. 2003.

CSABA, P. K; FURTH, S. L; ZOCCALI, C. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, 39(1): p 1-10. 2017.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.. **Manual de Diálise**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica LTDA. 2003.

DEUS, B. P. M et al. Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p.52-56, mar. 2015.

DIAS, A.M et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão da literatura. **Millenium**, Viseu, v. 40, n. 16, p.201-219, jan. 2011.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**. v 23, n 3. 2009.

GANSEVOORT, R. T. et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. **The Lancet** , Volume 382 , Issue 9889 , 339 – 352. 2013.

GARCIA G. G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 34, p 1-7. 2012.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011.

HILL, N. R. et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis, EUA, v11 , **Plos One**. 2016.

IDEME (Paraíba). Governo da Paraíba (Org.). **Informações por Regiões de Planejamento (GEO)**. 2010. Disponível em: <<http://ideme.pb.gov.br/servicos/informacoes-por-regioes-de-planejamento-geo>>. Acesso em: 08 de julho. 2017.

KARAMANIDOU, C. et al. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. **BMC Nephrol**, 9, p 1-10. 2008.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002014000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 6 de Junho. 2017.

KOTTGEN, A. et al. Reduced kidney function as a risk factor for incident heart failure: the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study. **Journal of the American Society of Nephrology**, 18, p. 1307–1315, 2007.

KRANE, V.; WANNER, C. Statins, inflammation and kidney disease. **Nature Reviews. Nephrology**, 6, p 1573-1579. 2011.

LEITE, S. R; VASCONSELOS, C. P. M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3): p 775-782. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.700-701, jun. 2003.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. A. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011.

MACHADO, G. R.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, dez. 2014.

MALDANER, C.R et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p.647-653, dez. 2008.

MEDEIROS, M. C. W.; SÁ, M. P. C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p.65-72, mar. 2011.

MEIRELLES, R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 53, n. 8, p.899-900, nov. 2009.

MELO, D. O; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 235-244, jan. 2017.

MORISKY, D. E. et al. "Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting." **Journal of clinical hypertension**, 10.5, p 348–354. 2008. NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES.

Kidney Disease Statistics for the United States. 2016. Disponível Em: < <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/Pages/kidney-disease-statistics-united-states.aspx>>. Acesso em 08 de Março. 2017.

NETO, P. R. O et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia**. 93(4): p 403-410. 2012.

OLIVEIRA, A. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, p 411-420. 2016.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649-658. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for actions. Geneva: World Health Organization.

PAGE, T. F. et al. A cost analysis of an internet based medication adherence intervention for people living with HIV. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, New York, v. 60, n. 1, p. 1-4, 2012.

PEREIRA, E. R. S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Brasilian Journal of Nephrology**, São Paulo, p. 22-30. 2016.

PLAKAS, S et al. Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Chronically Ill Ambulatory Patients in Rural Greece. **Open Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 06, n. 03, p.158-169, 2016.

RIBEIRO, P.R.S.; BATISTA, T.S. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo de pacientes em hemodiálise. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.201-212, jan. 2015.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 26 (3 Suppl 1):1-3. 2004.

SANTOS, J. S. O papel social do farmacêutico. **Conselho Federal de farmácia**, mar.2009. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=182>>. Acesso em 11 de março de 2017.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo. v. 38, n. 1, p. 54-61. 2015.

SGNAOLIN, V.; PRADO, A. E.; FIGUEIREDO, L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 34(2), p 109-116. 2012.

SILVA, S. B. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6. 2016.

SIVIERO, P. et al. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Cadernos Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-85, março. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (Brasil). **Doenças comuns. Tratamento**. São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://sbn.org.br/>>. Acesso em 20 mar. 2017.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Farmácia**. 91(1), p 37-45. 2010.

TITAN, S. **Princípios Básicos de Nefrologia**. São Paulo: Artmed, 2013.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Doença renal crônica e o envelhecimento da população. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo,36(1): p 1-5. 2014.

TRAN, N. et al. Patient reminder systems and asthma medication adherence: a systematic review. **Journal of Asthma**, London, v. 51, n. 5, p. 536-543, 2014.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.13, p. 74-82. 2004.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. 2015. Researcher's Guide to the USRDS Database.. Disponível em: <https://www.usrds.org/2015/rg/USRDS_Researchers_Guide_and_Appendices_A_C_15.pdf?zoom_highlight=chronic#search=%22chronic%22>. Acessado em: 15 de abril. 2017.

VIEIRA, F S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.213-220, mar. 2007.

WEBSTER, A. C. et al. Chronic Kidney disease. **The Lancet**, Vol. 389, n ° 10075 , 22 de novembro de 2016.

APÊNDICES

E

ANEXOS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

O aluno do Curso de Farmácia, Ítalo Carvalho de Souza, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus* Cuité - PB, e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes portadores de doença renal crônica na região do Curimataú paraibano.

O projeto tem por justificativa: A DRC apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo. Isso representa um fardo para os pacientes acometidos, seus familiares e para o serviço público de saúde. A alta prevalência de outras doenças relacionadas à Doença Renal Crônica resulta em regimes de medicação complexos (polifarmácia) levando ao uso de alta quantidade de medicamentos muitas vezes ao dia, representando riscos farmacológicos e predispondo à não adesão. Diante disto, este estudo torna-se relevante para avaliar a adesão à farmacoterapia dos pacientes portadores de DRC, além de tentar corrigir possíveis erros por meio de informações levadas aos pacientes durante as entrevistas.

A pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar a adesão farmacoterapêutica dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica usuários de medicamentos de dispensação excepcional.

Já o benefício da pesquisa: Os benefícios propostos pelo referente estudo a ser realizado estão relacionados à identificação dos problemas relacionados a má adesão à farmacoterapia, podendo assim sugerir ações a serem tomadas para diminuir este problema, uma vez que a quarta gerência está com uma proposta de introdução de um profissional farmacêutico para o atendimento dos pacientes.

Metodologia da pesquisa: Os instrumentos de pesquisa utilizados serão o questionário socioeconômico e o teste de adesão terapêutica de Morisky-Green que é composto por sete questões com respostas fechadas de caráter dicotomal (sim/não) e uma última questão com 5 opções de resposta. Os questionários serão numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa Microsoft Access versão 2010. Para a validação da digitação será utilizado o Programa Epi Info, versão 7.2. Após a digitação, o banco de dados será transferido para o Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 13.0 para a análise estatística dos dados.

Para tanto, V.S.^a precisará apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de dois questionários.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde pública e em revista

científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome, será mantido em sigilo.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora (aluna do Curso de Farmácia). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

As pesquisadoras (aluno e a professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contado com o pesquisador e sua responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora coordenadora da pesquisa Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes.

Endereço e contato da pesquisadora: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Curso de Farmácia – Sítio Olho d’água da Bica, s/n, Cuité. Telefone (82) 99940-9899.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n. São Jose, CEP: 58401-490. Campina Grande – PB. Tel: (83) 2101-5545. E-mail: CEP@huac.ufcg.edu.br

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes
Celular [REDACTED]

Ítalo Carvalho de Souza
Celular [REDACTED]


APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Sabrina Márcia Rezende de Almeida Santos Cunha**, Gerente da Quarta Gerência Regional de Saúde de Cuité/PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: – **ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO DO CURIMATAÚ PARAIBANO**, do aluno de Farmácia **Ítalo Carvalho de Souza** que será realizada com os pacientes atendidos pela referida instituição no período de **Junho de 2017 a julho 2017**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 08 de maio de 2017.


Sabrina Márcia R. A. Santos Cunha
Gerente 4^ª GRS
Mat 183 599-8

Sabrina Márcia Rezende de Almeida Santos Cunha
Gerente da 4^a Gerência Regional de Saúde

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **José Justino Filho**, diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: – **ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO DO CURIMATAÚ PARAIBANO**, do aluno de Farmácia **Ítalo Carvalho de Souza** que será realizada no período de **Junho de 2017 a julho de 2017**, com abordagem quantitativa, tendo como Pesquisador responsável a Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 08 de maio de 2017.

A handwritten signature in blue ink, which reads "José Justino Filho".

Prof. Dr. José Justino Filho

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 09 de maio de 2017.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta III e atualmente coordenadora da UAS da UFCG *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape 1841279**. Que sou a professora responsável pela Pesquisa **ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO DO CURIMATAÚ PARAIBANO**.

E que irei anexar os resultados das pesquisas na Plataforma Brasil.



Prof^a. Dr^a Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Questionário

1. Idade _____ anos
() Sim () Não
2. Sexo: () Masculino () Feminino
() Hemodiálise () Diálise Peritoneal
3. Cor ou raça:
() Branca
() Negra
() Parda
() Amarela
() Indígena
4. Escolaridade:
() Não alfabetizado
() Ensino fundamental incompleto
() Fundamental completo
() Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Ensino superior
() Pós graduação
5. Estado Civil:
() Solteiro () Casado () Viúvo
() Separado () União estável
6. Ocupação: _____
7. Renda estimada mensal _____
8. Residência: Zona rural () Zona urbana ()
9. Há quanto tempo você descobriu que possui DRC? _____ ()
Não sabe
10. Faz alguma terapia dialítica? Qual?
11. Alguém da família também possui DRC?
() Sim () Não
12. Quais outras doenças possui?
() Diabetes Mellitus
() Hipertensão Arterial
() Dislipidemia
() Osteoporose
() Insuficiência Cardíaca
Outras: _____
13. Quais medicamentos você utiliza atualmente?
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

2

APÊNDICE F

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 09 de maio de 2017.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta III e atualmente coordenadora do curso de UAS da UFCG *Campus* de cuité, **Matrícula Siape 1841279**. Que irei encaminhar os resultados das pesquisas para publicação, com os devidos créditos aos autores. E que só levarei para congressos e publicarei em revista científica após o parecer **Positivo** do Comitê.



Prof^a. Dr^a Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279-1

ANEXO A – ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY.


Escala de Morisky (Adesão terapêutica)


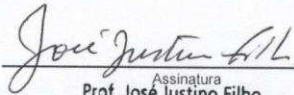
- 1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios?
Sim=0 ponto () Não= 1 ponto()
- 2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?
Sim=0 ponto() Não= 1 ponto()
- 3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque sentia pior quando os tomava?
Sim=0 ponto () Não= 1 ponto()
- 4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
Sim=0 ponto () Não= 1 ponto()
- 5) Você tomou todos os seus medicamentos ontem?
Sim=1 ponto () Não= 0 ponto()
- 6) Quando sente que eus sintomas estão controlados, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
Sim=0 ponto () Não= 1 ponto()
- 7) Você já sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?
Sim=0 ponto () Não= 1 ponto()
- 8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os remédios?

Nunca=1 ponto/ Quase nunca=1 ponto/ Às vezes=0 ponto/
Frequentemente=0 ponto/ Sempre=0 ponto

Aderente	8 pontos
Parcialmente aderente	6 ou 7 pontos
Não aderente	< 6 pontos

APÊNCIDE G – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ADESÃO FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO DO CURIMATAÚ PARAIBANO.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 50			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: 894.761.234-00	7. Endereço (Rua, n.º): RUA: MARIA DAS NEVES LIRA DE CARVALHO D. MERCÊS PESSOA NÚMERO: 29 CUI TE PARAIBA 58175000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 82999409899	10. Outro Telefone:	11. Email: memenezes_2@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>15, 05, 17</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	13. CNPJ: 05.055.128/0006-80	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>José Justino Filho</u>	CPF: <u>[REDACTED]</u>		
Cargo/Função: <u>DIRETOR</u>			
Data: <u>16, 05, 2017</u>	 Assinatura Prof. José Justino Filho Diretor do CES Mat. SIAPE: 219331-1		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE H - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO TRABALHO

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' interface for a researcher. The browser address bar shows the URL: <https://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>. The page header includes the 'Saúde' logo and navigation tabs for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user is identified as 'MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.0' with a session expiration of 30 minutes.

The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and contains the following information:

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
- Título da Pesquisa:** ADEÇÃO FARMACOTERAPÉUTICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO DO CURIMATAÚ PARAIBANO.
- Pesquisador Responsável:** MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
- Área Temática:**
- Versão:** 1
- CAAE:** 65559717.3.0000.0182
- Submetido em:** 16/05/2017
- Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
- Situação da Versão do Projeto:** Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

A circular stamp with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the details section. Below the details, a 'Comprovante de Recepção' is shown with the ID 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_918206'.

The 'DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA' section features a tree view on the left and a table on the right:

- Tree View:**
 - Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão 1
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Submissão 1
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigador

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------