



Universidade Estadual de Londrina

POLIANA VIEIRA DA SILVA MENOLLI

NÃO ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS E INSATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: EVIDÊNCIAS DA PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNAUM)

LONDRINA - PARANÁ

2023

POLIANA VIEIRA DA SILVA MENOLLI

**NÃO ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS E INSATISFAÇÃO
COM OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR
USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: EVIDÊNCIAS DA PESQUISA NACIONAL SOBRE
ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS (PNAUM)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Edmarlon Giroto.

Londrina

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Menolli, Poliana Vieira da Silva.

Não adesão ao uso de medicamentos e insatisfação com os serviços de assistência farmacêutica por usuários de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis : evidências da pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos (PNAUM) / Poliana Vieira da Silva Menolli. - Londrina, 2023.

138 f. : il.

Orientador: Edmarlon Giroto.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Adesão à medicação - Tese. 2. Satisfação do Paciente - Tese. 3. Assistência Farmacêutica - Tese. 4. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Giroto, Edmarlon. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

POLIANA VIEIRA DA SILVA MENOLLI

**NÃO ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS E INSATISFAÇÃO COM OS
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR USUÁRIOS DE
MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:
EVIDÊNCIAS DA PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E
PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNAUM).**

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof. Dr. Edmarlon Giroto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Camilo Molino Guidoni
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
Universidad de Castilla-La Mancha - ES

Profa. Dra. Adriana Mitsue Ivama Brummell
Visiting fellow London School of Economics and
Political Science
Agência Nacional de Vigilância Sanitária –
ANVISA

Profa. Dra. Andreia Cristina Conegero Sanches
Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE.

Londrina, fevereiro de 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese *in memoriam* à minha mãe, que em nossa cidade natal é conhecida como Professora Adair.

A ela, que sempre viu seus alunos de verdade, além do aparente e acreditava no futuro melhor trazido pelo Amor-Educação.

Te amo Mãe, obrigada por esse futuro tão bom.

Dedico também ao meu Pai, seu Décio, que na ausência dela tem mantido a família em união leve e amorosa e o apoio a todos os meus passos.

Te amo Pai, obrigada por estar aqui comigo nesse futuro tão bom.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus-vida, que sempre me reserva mais do que eu espero, me surpreende com sua força, sincronicidades e seus ensinamentos e, ao caminho espiritual por me dar equilíbrio e paz nas buscas por ser quem sou.

Ao meu orientador Professor Dr. Edmarlon Giroto, por todo conhecimento, interesse e paciência com minhas dificuldades e por aceitar com respeito as minhas ideias e qualidades. Esse trabalho e nossa convivência me ensinaram muito. Agradeço também ao *Amigo Ed*, por ter estado sempre presente, fazendo a jornada mais divertida e por ter aceitado essa empreitada.

Ao Rafael, Felipe e Heloísa, meus grandes amores, por darem lugar e sentido à minha vida. Qualquer coisa desse mundo é melhor junto deles.

À Fabiana, Orlando, João, Miguel e Tia Elma por serem minha família.

Aos que vieram antes de mim, meus familiares, professores e pessoas que me ajudaram com suas presenças, esforços, trabalho, amizade e amor, essa vitória é também de cada um deles. Sem essa substância que me foi dada, eu não teria me construído.

À toda Equipe PNAUM, cujo trabalho e disponibilização dos dados me permitiu trabalhar com adesão nessa tese.

Ao Programa de pós-graduação em saúde coletiva da UEL e seus professores, por me receberem mais uma vez e por serem exemplos no trabalho e no amor pela educação em saúde coletiva. E aos meus colegas de turma pela parceria e alegria da convivência.

A Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE e ao estado do Paraná, por me concederem tempo e licença para um aprendizado significativo com dedicação exclusiva. E aos professores que me substituíram, pela dedicação e compromisso.

Por fim, aos meus alunos e pacientes, por serem os motivos que alimentam minha esperança no futuro e a minha vida profissional.

A todos, minha reverência, meu amor e gratidão.

“Oculto na roupa metafórica palpita a essência real”

Helena Kolody (1912-2004) - poetisa paranaense.

Inscrição em obra de arte (parede-1996) na entrada da Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UNIOESTE/Campus Cascavel, PR.

MENOLLI, Poliana Vieira da Silva. **Não adesão ao uso de medicamentos e insatisfação com os serviços de assistência farmacêutica por usuários de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis: evidências da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)**. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná. 2023.

RESUMO

A maneira como o paciente percebe ou julga a sua interação com os produtos e ou serviços de saúde provoca pressão na decisão sobre seguir o tratamento prescrito. Nesse contexto, torna-se importante estudar o quanto a percepção dos pacientes sobre produtos e serviços de saúde tem influenciado a não adesão ao uso de medicamentos no Brasil. **Objetivo:** Analisar a relação entre insatisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica do SUS e a não adesão ao uso de medicamentos por pacientes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Métodos:** Tese em modelo escandinavo composta por dois estudos transversais com dados da “Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)”. No artigo 1 foram utilizadas informações do banco de dados de medicamentos de uso contínuo do *componente populacional da PNAUM* para identificar a associação entre a percepção dos pacientes sobre medicamentos para DCNT e a não adesão por regiões do Brasil. A variável dependente foi a não adesão ao tratamento e a percepção do paciente sobre a medicação foi a variável independente. O artigo 2 utilizou dados do componente de *avaliação de serviços da PNAUM* para analisar a associação entre insatisfação dos usuários com os serviços de Assistência Farmacêutica (AF) e a não adesão ao uso de medicamentos por pacientes de DCNT. A variável dependente foi construída por meio de três medidas (não mutuamente exclusivas): não adesão por falta do medicamento, não adesão nos últimos 7 dias e não adesão declarada. A variável independente foi a insatisfação com as AF obtida por meio da teoria de resposta ao item. A regressão logística foi realizada para calcular os odds ratios (ORs) brutos e ajustados para os dois artigos por meio dos comandos para amostras complexas. **Resultados:** No artigo 1 a não adesão foi observada em 6,6% dos 16.491 medicamentos estudados. Na análise ajustada, percepção de eficácia de medicamentos considerada regular ou ruim (OR 3,025; IC 95% 1,672-5,473), percepção que causou desconforto (OR 2,731; IC 95% 1,464-5,092) e medicamentos usados por menos de seis meses (OR 1,557; IC 95% 1,089-2,227) tiveram maiores chances de não adesão no Brasil (todas as regiões). No artigo 2 foram avaliadas entrevistas de 2.248 usuários da APS em tratamento para DCNT e que usaram as farmácias do SUS. A não adesão por falta do medicamento foi de 31,6%, a não adesão nos últimos 7 dias de 11,5% e a não adesão declarada de 13,0% dos entrevistados. Na análise ajustada a insatisfação com a dimensão da AF *Disponibilidade* esteve associada à não adesão por falta (OR 1,872; IC 95% 1,477-2,373) e não adesão nos últimos 7 dias (OR 1,637; IC 95% 1,172-2,286) e a dimensão *Adequação* à não adesão declarada (OR 3,270; IC 95% 2,308-4,634). **Conclusão:** A insatisfação com os serviços de AF e a percepção de ineficácia, insegurança e tempo de uso dos medicamentos são fatores-chave associados à não adesão aos tratamentos farmacológicos de DCNT.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente; Assistência Farmacêutica; Adesão à medicação; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde; Percepção do paciente.

MENOLLI, Poliana Vieira da Silva. **Non-adherence to medicines and dissatisfaction with pharmaceutical services by users of medicines for chronic non-communicable diseases: evidence from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM)**. 2023. Thesis (Doctorate degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná. 2023.

ABSTRACT

The patient's perception and judgment of their interaction with health products and/or services puts pressure on the decision to follow the prescribed treatment. In this context, it is important to study how patients' perception of health products and services has influenced non-adherence to medicines use in Brazil. **Objective:** To analyze the relationship between user dissatisfaction with PHC pharmaceutical services and non-adherence to medicines by patients with NCDs. **Methods:** Thesis in scandinavian model, containing two cross-sectional studies with data from PNAUM (National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil). In article 1 data from PNAUM long term medicines database were used to identify an association between patients' perceptions of NCDs medicines and non-adherence to treatment by regions of Brazil. The dependent variable was non-adherence to medicines and patients' perceptions of treatment was an independent variable. Article 2 used data from the PNAUM service evaluation component to analyze the association between patient dissatisfaction and non-adherence to medicines use by NCD patients. Interviews with 2,248 PHC users undergoing treatment for NCDs and who used SUS pharmacies were evaluated. The dependent variable was performed using three non-mutually exclusive measures: non-adherence due to lack of medicines, non-adherence in the last 7 days and declared non-adherence. The independent variable was dissatisfaction with the pharmaceutical services obtained through the theory of item response. Logistic regression was performed in the two studies to calculate the crude and adjusted odds ratios (ORs). **Key findings:** In article 1, non-adherence was observed in 6.6% of the 16,491 drugs studied. The adjusted analysis showed that perception of medicines efficacy was considered fair or poor (OR 3.025; 95% CI 1.672-5.473), perception that caused discomfort (OR 2.731; 95% CI 1.464-5.092) and medicines used for less than six months (OR 1.557; 95% CI 1.089-2.227) had higher chances of non-adherence in Brazil (all regions). In article 2, non-adherence due to lack of medicines was 31.6%, non-adherence in the last seven days was 11.5%, and declared non-adherence to 13.0% of respondents. In the adjusted analysis, dissatisfaction with the Availability dimension remained associated with non-adherence due to lack (OR 1.872; 95% CI 1.477-2.373) and non-adherence in the last seven days (OR 1.637; 95% CI 1.172-2.286) and the dimension accommodation associated to declared non-adherence (OR 3.270; 95% CI 2.308-4.634). **Conclusion:** Dissatisfaction with pharmaceutical services and the perception of medicines ineffectiveness, insecurity and time of drug use are key factors associated with non-adherence to pharmacological NCD treatments.

Keywords: Patient Satisfaction; Pharmaceutical services; Adherence to medication; Chronic disease; Primary Health Care; Patient Perception.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Teórico da Satisfação desenvolvido por Esher (2011)..... 36

Figura 2 – Estrutura da satisfação do usuários por Esher (2011)..... 37

LISTA DE TABELAS

Table 1. <i>Characteristics of medicines and perceptions of treatment for hypertension, diabetes, and dyslipidaemia used by brazilian adults and their perception toward the treatment, PNAUM, 2014. (n=16,491).....</i>	74
Table 2. <i>Medicines for treating hypertension, diabetes, and dyslipidaemia used by brazilian adults according to therapeutic and pharmacological groups, PNAUM, 2014. (n=16,491).....</i>	75
Table 3. <i>Distribution of the main medicines for the treatment of hypertension, diabetes, and dyslipidaemia used by brazilian adults according to the nonproprietary name (generic name), PNAUM, 2014. (n=16,491).....</i>	76
Table 4. <i>Crude analysis of association between characteristics of medicines and perceptions of treatment to treat hypertension, diabetes and dyslipidaemia and treatment by brazilian adults adherence stratified by region, PNAUM, 2014.....</i>	77
Table 5. <i>Adjusted analysis of association between characteristics of medicines and perceptions of treatment to treat hypertension, diabetes and dyslipidaemia and treatment by brazilian adults adherence stratified by region, PNAUM, 2014.....</i>	78
Tabela 6. <i>Caracterização dos pacientes em tratamento para hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemias atendidos pelos serviços de dispensação de medicamentos do componente avaliação de serviços da PNAUM, 2014. (n=2.448 pessoas).....</i>	102
Tabela 7. <i>Prevalência da não adesão ao uso de medicamentos segundo variáveis de satisfação dos usuários atendidos pelos serviços de af da aps, PNAUM, 2014. (n=2.448).....</i>	102
Tabela 8 - <i>Regressão logística bruta e ajustada* das dimensões da satisfação com serviços farmacêuticos da aps e a não adesão ao uso de medicamentos para has, diabetes e dislipidemia, brasil 2014.....</i>	105

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Métodos diretos e indiretos para medir Adesão aos medicamentos com potenciais vantagens e desvantagens..... 22
- Quadro 2** – Fatores relacionados à não adesão ao uso de medicamentos pelas 5 dimensões da OMS.....25
- Quadro 3:** Constructo das variáveis relacionadas à satisfação do usuário com a dispensação.54
- Quadro 4:** Artigo 2 Constructo das variáveis relacionadas à satisfação do usuário com a dispensação..... 87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF – Assistência Farmacêutica

AD – Adequação

APS – Atenção Primária à Saúde

ATC – Classificação Anatômico terapêutico Químico

BMQ – Breve questionário sobre medicamentos

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCB – Denominação Comum Brasileira

DCI - Denominação Comum Internacional

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DISP – Disponibilidade

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IC – Intervalo de confiança

PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

MS – Ministério da Saúde

NAD – Não Adesão Declarada

NAF – Não Adesão por falta do medicamento

NA7 – Não Adesão nos últimos 7 dias

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PSQ-III - Questionário Longo de Satisfação do Paciente

OR – Razão de Chances

STROBE – Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia

OMS – Organização Mundial da Saúde

OP/CO – Oportunidade

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

TRI – Teoria de Resposta ao Item

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	19
2.1 A adesão ao uso de medicamentos prescritos.....	19
2.2 A não adesão no Brasil e no mundo.....	28
2.3 Satisfação do usuário com os serviços de saúde.....	30
2.4 A construção da variável latente Insatisfação.....	39
2.4.1 Modelo para variáveis dicotômicas.....	39
3. JUSTIFICATIVA.....	41
4. OBJETIVOS.....	43
4.1 Objetivo Geral.....	43
4.2 Objetivos Específicos.....	43
5. MÉTODOS.....	44
5.1 Tipo de estudo e população.....	44
5.1.1 Artigo 1.....	46
5.1.2 Artigo 2.....	47
5.2 Processamento dos Dados.....	48
5.3 Variáveis de Estudo.....	48
5.3.1 Artigo 1 - “Patient’s perception of medication and nonadherence to chronic disease treatments. A population-based study in Brazil”.....	48
5.3.2 Artigo 2 – “Insatisfação dos usuários do SUS com os serviços de assistência farmacêutica e a não adesão ao uso de medicamentos para doenças crônicas”.....	49
5.4 Análise dos dados.....	52
5.5 Aspectos Éticos.....	53
6. RESULTADOS.....	57
6.1 Artigo 1 – Patient’s perception of medication and nonadherence to chronic disease treatments. A population-based study in Brazil*.....	57
6.1.1 Abstract.....	57
6.1.2 Introduction.....	57
6.1.3 Methods.....	59
6.1.4 Results.....	61
6.1.5 Discussion.....	63
6.1.6 Final considerations.....	66
6.1.7 Referências Bibliográficas.....	67

6.2 Artigo 2 – A Insatisfação com os serviços de assistência farmacêutica e a não adesão ao uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas*	79
6.2.1 <i>Resumo</i>	80
6.2.2 <i>Abstract</i>	81
6.2.3 <i>Introdução</i>	81
6.2.4 <i>Métodos</i>	83
6.2.5 <i>Resultados</i>	90
6.2.6 <i>Discussão</i>	91
6.2.7 <i>Referências bibliográficas</i>	95
7. CONCLUSÕES.....	106
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
9. REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS.....	128
Anexo 1 – Resultados da TRI.....	129
Anexo 2 – Parecer Conep PNAUM.....	132

1. INTRODUÇÃO

Mesmo diante dos novos desafios sanitários de 2020, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) continuam sendo as principais causas de morbidade e mortalidade mundial, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (MURRAY et al., 2020). No Brasil, 71% do total de mortes são por DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2021). As principais estratégias de saúde no enfrentamento das DCNT têm sido as mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos (WHO, 2003b). Ambas levam a melhora clínica e diminuição de mortalidade, mas dependem da adesão dos pacientes (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003b).

Conviver com uma doença crônica não é tarefa simples e tem grande impacto na vida diária, seja pela evolução lenta e a longa duração, a carga de sintomas e manejo da condição ou pelas preocupações de progressão e desenvolvimento de complicações (MEGARI, 2013). A maioria das doenças crônicas tem o potencial de piorar a saúde geral dos pacientes, limitando sua capacidade de viver bem, o seu estado funcional, a produtividade e a qualidade de vida e são contribuintes importantes para os custos dos cuidados de saúde (TROGDON et al., 2015).

O enfrentamento das DCNT tem se mostrado um desafio para pacientes e sistemas de saúde de todo o mundo (MURRAY et al., 2020). O Brasil, visando à garantia do direito e acesso universal à saúde para seus cidadãos, tem no Sistema Único de Saúde (SUS) sua principal estratégia para prevenção, diagnóstico e tratamento das DCNT, por meio de políticas e programas de saúde e a oferta de diferentes níveis de cuidados assistenciais (BRASIL, 2013). Dentre essas ações está a Assistência Farmacêutica (AF), responsável pelo acesso qualificado, igualitário e universal aos medicamentos e a promoção do seu uso racional (BRASIL, 2014).

Pela importância dos medicamentos no cenário de enfrentamento das DCNT, a AF tem um papel relevante com a oferta de produtos e serviços farmacêuticos que visam atender ao crescimento das DCNT nas últimas décadas e às dificuldades encontradas pelos pacientes com os tratamentos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2021). No entanto, a oferta de produtos farmacêuticos não garante a efetividade da terapia

farmacológica, uma vez que muitos fatores têm importante papel neste processo, entre eles, a adesão ao uso de medicamentos.

A adesão ao uso de medicamentos é um desafio para os pacientes de DCNT (WHO, 2003b), pois precisam manter o cumprimento dos tratamentos por muitos anos, convivendo com efeitos indesejados e mudanças na rotina, o que torna a não adesão um evento bastante comum e problema de saúde pública bem estabelecido (DIMATTEO, 2004; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Como consequência, a não adesão pode levar a eventos adversos, falha terapêutica, desperdício de recursos e o não controle das doenças crônicas, com aumento da mortalidade (CUTLER et al., 2018; KIM et al., 2018; WHO, 2003b).

As causas da não adesão ao uso de medicamentos são tão complexas que a Organização Mundial de Saúde (OMS) as classifica por “dimensões”, grupos de causas que afetam o paciente em uso de medicamentos de maneira concomitante e funcionam como barreiras para a adesão ao tratamento. As dimensões/causas, segundo a OMS, incluem aspectos sociais/econômicos, relacionadas à terapia, ao paciente, à doença e ao sistema de saúde (GLOMBIEWSKI et al., 2012; WHO, 2003a).

O comportamento em relação ao uso de medicamentos é influenciado por muitos fatores, incluindo alfabetização em saúde, status socioeconômico, necessidade percebida de medicação, preocupações futuras com a saúde e se o medicamento proporciona alívio dos sintomas (LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015). Entre os pacientes com DCNT, fatores psicossociais, como crenças sobre doença e tratamento, a satisfação com os profissionais e os serviços de saúde, autoeficácia e controle percebido, autorregulação e estados emocionais, desempenham um papel importante (BATBAATAR et al., 2017; FURLANETTO et al., 2020; GONZALEZ; TANENBAUM; COMMISSARIAT, 2016; HUYARD et al., 2017).

Pacientes satisfeitos com os serviços de saúde são mais aderentes aos tratamentos prescritos, fornecem informações importantes ao provedor, voltam ao serviço quando necessário e tendem a ter melhor qualidade de vida (BARON-EPEL, 2001; BERNHART et al., 1999; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; HUDAK; WRIGHT, 2000). Em contrapartida, a falta de percepção dos benefícios e as crenças sobre os medicamentos e más experiências com os profissionais e serviços de saúde aumentam a

probabilidade de interrupção prematura do tratamento e estão associadas à não adesão ao uso de medicamentos (GONZALEZ; TANENBAUM; COMMISSARIAT, 2016; HOLMES; HUGHES; MORRISON, 2014; IIHARA et al., 2014; LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015; PHATAK; THOMAS, 2006; RAJPURA; NAYAK, 2014; SILVA BARRETO et al., 2015).

Na busca por entender o que influencia a tomada de decisão dos pacientes sobre os medicamentos, a não adesão aos tratamentos e revelar a aceitabilidade e a legitimidade social do atendimento prestado, tornam-se importantes estudos que avaliem quais são e quais os efeitos das expectativas e experiências dos pacientes ao percorrerem os caminhos dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1990).

Neste cenário, o presente estudo pretendeu demonstrar a associação entre a percepção dos pacientes com DCNT (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia) sobre seus medicamentos e suas experiências com os serviços de assistência farmacêutica (AF) do Sistema Único de Saúde (SUS) e a não adesão ao uso de medicamentos no Brasil.

Para tal, teve como pergunta de pesquisa: “As experiências dos pacientes com os serviços de assistência farmacêutica contribuem para a não adesão ao tratamento com medicamentos nos portadores de doenças crônicas no Brasil?”

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 A adesão ao uso de medicamentos prescritos

Os medicamentos são a principal estratégia usada pelos serviços de saúde para o tratamento de doenças e não há dúvidas sobre sua importância no cenário moderno de saúde (SAV et al., 2015). Para as DCNT os tratamentos com medicamentos duram décadas e muitas vezes envolvem o uso de várias drogas associadas.

A eficácia do tratamento médico depende não só da qualidade e adequação dos medicamentos escolhidos, mas também do cumprimento do regime terapêutico. As alterações feitas pelo paciente a esse regime, sem a concordância de um profissional de saúde, são consideradas um descumprimento e podem levar ao não controle da doença (WHO, 2003a).

Seguir o regime terapêutico como prescrito é chamado de “adesão ao tratamento”, que, segundo a OMS, é a extensão na qual o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde, conceito que vai além dos medicamentos e engloba seguir uma dieta, cessar o tabagismo, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e outras mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2016; WHO, 2003a).

Apesar de parecer lógica a necessidade de se seguir recomendações que visam devolver, melhorar ou manter a saúde das pessoas, na prática, a não adesão aos tratamentos demonstrou ser um processo complexo, ainda sem solução mesmo diante de um vasto campo de evidências produzidas cientificamente, e que sofre influência simultânea de vários fatores (DE GEEST et al., 2019; WHO, 2003a).

O descumprimento de recomendações de saúde são uma preocupação antiga, estava presente em 400 a.C., quando Hipócrates registrou que alguns pacientes não tomavam seus medicamentos conforme prescrito e se queixavam de não melhorarem. Na medicina moderna, Robert Koch, em 1882, comentou que os pacientes com tuberculose não aderentes eram “descuidados e/ou irresponsáveis” (VRIJENS et al., 2012).

As bases da pesquisa moderna sobre adesão são da segunda metade da década de 1970. Naquela época apenas o termo “*patient compliance*” (conformidade, cumprimento do paciente) era usado e os estudos eram focados no efeito da não adesão no resultado do tratamento em ensaios clínicos, e a perspectiva do paciente ainda não era reconhecida. Estudos posteriores passaram a abordar a forma como as prescrições eram geradas, a influência dos pacientes no processo e a ingestão de medicamentos no cotidiano (VRIJENS et al., 2012).

À medida que a produção científica na área foi crescendo, o termo *Compliance* passou a ser substituído por *Adherence* (Adesão). *Compliance* foi associado à ideia do cumprimento/obediência das orientações dadas pelos prescritores sem nenhuma participação ativa dos pacientes e ganhou uma conotação negativa. O termo *Adherence to medication* (adesão ao tratamento/medicação) passou a ser usado para expressar a cooperação e acordo entre prescritor e paciente na escolha dos tratamentos com medicamentos, fazendo dos pacientes atores ativos e se tornando a designação mais usada (VRIJENS et al., 2012). No Brasil, o binômio usado é adesão/não adesão aos medicamentos (BRASIL., 2016a).

Não existe um padrão consensual sobre o que constitui adesão adequada. Alguns estudos consideram aceitáveis taxas superiores a 80% das doses de determinado período, enquanto outros consideram taxas superiores a 95% obrigatórias, principalmente entre pacientes com condições graves (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Embora os dados sobre adesão sejam apresentados frequentemente como variáveis dicotômicas (adesão versus não adesão), a adesão pode variar de 0 a mais que 100 por cento, quando os pacientes tomam mais do que a quantidade prescrita de medicação, também pode variar de um medicamento para outro e no tempo, com o mesmo paciente sendo aderente em determinados períodos e não aderente em outros (HUYARD et al., 2017; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A mensuração da adesão pode ser feita por métodos diretos e indiretos. As medidas diretas são consideradas as mais confiáveis por se basearem na verificação objetiva da ingestão (tratamento diretamente observado) ou na dosagem

plasmática do medicamento ou marcador, mas são mais caras e difíceis de se fazer em grande escala (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHALLEY BUONO et al., 2017).

As medidas indiretas são construídas por meio da interação entre usuário de medicamentos e instrumentos de aferição da adesão (entrevistas, questionário autopreenchido e escalas) ou pela contagem física/eletrônica de medicamentos disponíveis para uso (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Essas medidas ficam suscetíveis a vieses de memória, da vontade do paciente/usuário e ao fato que não se pode garantir que os medicamentos contados tenham sido ingeridos, entretanto, são mais baratas, fáceis de aplicar e podem usar grandes bancos de dados existentes (quadro 1) (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014; WHALLEY BUONO et al., 2017).

Estudos de adesão que comparam métodos diretos e indiretos demonstram que os indiretos costumam superestimar os valores de adesão, e que quando comparados com métodos diretos (dosagem em sangue ou urina), os níveis de adesão medidos são mais altos. McRae et al. (2015) usaram os dois métodos (direto e indireto) para medir a adesão de pacientes no mesmo período e encontraram altas taxas de adesão com métodos indiretos (contagem de comprimidos 84,4 – 94,0% de adesão e diário de medicação 90,0 – 94,4%) e taxas menores por métodos diretos (dosagem de Marcador [riboflavina] - 62,5 – 87,2%).

Pela grande importância do tema para a área clínica e para os sistemas de saúde, o volume de pesquisas sobre adesão cresceu nas últimas décadas. Sweileh et al. (2019) realizaram uma análise bibliométrica de publicações globais sobre adesão à medicação (1900-2017) na base Scopus e encontraram 16.133 artigos, e destes 10.005 foram publicados entre os anos 2008 e 2017, demonstrando o crescente interesse pelo tema.

Porém, tal crescimento não resultou no progresso necessário para combater a não adesão de forma eficaz e não só isso, ainda pouco se sabe sobre como traduzir uma adesão efetiva, promovendo intervenções na prática clínica com sucesso (WHALLEY BUONO et al., 2017). Tal situação é atribuída a variabilidade de conceitos e metodologias usadas para os estudos de adesão, o que levou a construção coletiva de uma taxonomia no ano de 2012 na Europa (DE GEEST et al., 2019; VRIJENS et al., 2012).

Quadro 1 - Métodos diretos e indiretos para medir a adesão aos medicamentos com potenciais vantagens e desvantagens.

Medidas	Descrição	Método	Vantagens	Desvantagens
- Questionários de pacientes, autorrelatos de pacientes	- Interação entre o paciente e instrumentos de aferição como entrevistas, questionário autopreenchido e escalas.	- Indireto	- Simples; barato; o método mais útil no cenário clínico.	- Suscetível a erro com aumento do tempo entre as visitas; os resultados são facilmente distorcidos pelo paciente.
- Diário de medicamentos	- Paciente registra diariamente as tomadas com horários e doses ingeridas.	- Indireto	- Ajuda para corrigir a má recordação.	- Alterado facilmente pelo paciente.
- Registros das farmácias (rates of prescription refills)	- Usa os registros das farmácias para avaliar a frequência com que os pacientes retiram seus Medicamentos (inferir adesão).	- Indireto	- Fornece dados úteis de adesão durante um período prolongado.	- Propenso a baixa precisão por ser dependente de um sistema eletrônico fechado. - Não é possível confirmar a ingestão do medicamento.
- Contagem de comprimidos	- Contagem do número de comprimidos restante após um determinado período de tempo.	- Indireto	- Fornece informações sobre adesão para medicamentos específicos.	- Requer a cooperação do paciente. - Pode ser demorado para se fazer em serviços de saúde movimentados.
-Dispositivos de monitoramento eletrônico	- Inclui uma vasta gama de dispositivos que pode fornecer informações sobre se o paciente está acessando o dispositivo.	- Indireto	- Disponibiliza dados em tempo real para os médicos. - Também pode servir como um lembrete para pacientes a tomarem seus medicamentos.	- A maioria só pode indicar um medicamento por vez. - Pode ser volumoso. - Pode ser difícil de operar e propenso a falha mecânica. - Não é possível confirmar que o paciente ingeriu o medicamento.
-Tratamento diretamente observado	- Ingesta do medicamento observada por um profissional de saúde.	- Direto	- Confirma a ingestão do medicamento.	- Trabalhoso e caro. - Difícil de ser feito por tempo prolongado.
- Comprimidos Digitais "digital pills"	- São comprimidos com sensor ingerível que pode transmitir dados sobre a ingestão do medicamento. - Os dados podem ser transmitidos diretamente ao clínico.	- Direto	- Fornece informações detalhadas no sobre ingestão dos medicamentos que podem ser transmitidas ao clínico.	- Atualmente tem uso limitado. - Pode ser bastante caro.
- Teste químico de adesão (CAT)	- Pode detectar o medicamento, seu Metabólito ou marcadores na urina ou amostras de sangue do paciente.	- Direto	- Confirma a ingestão do medicamento - Foi recomendado para uso em pacientes com suspeita de hipertensão resistente.	- O equipamento pode ser caro. - Pode ser afetado pela adesão pré-consulta, o que limita o uso como uma ferramenta de triagem. - Pode ser afetado pela farmacocinética.

Fonte: Traduzido e adaptado de Osterberg e Blaschke (2005) e Osman, Alghamdi e Gupta (2022).

Na nova taxonomia, a adesão engloba o conjunto de comportamentos experimentados pelo usuário e enfatiza a necessidade de se buscar respostas na “história de dosificação” a trajetória detalhada e contínua do uso do medicamento a cada dose (VRIJENS et al., 2012). Propõe o entendimento da adesão como um processo composto por três componentes, denominados **iniciação**, **implementação** e **descontinuação**, baseados no tempo e comportamento dos pacientes. Permeando essas fases, situa-se um atributo conhecido como **persistência** (LIMA-DELLAMORA et al., 2017; RAEBEL et al., 2013).

Segundo Vrijens et al. (2012), a **iniciação** é o momento que vai da prescrição até a primeira dose tomada (adesão primária). Durante essa fase a não obtenção do medicamento para o início do tratamento é chamada de não adesão primária.

A não adesão primária é a falha na obtenção do medicamento prescrito em um período de tempo definido após a prescrição. Pode ocorrer por escolha do paciente, quando ele não vai em busca do medicamento prescrito, e neste caso está associada a idade mais jovem, número de medicamentos concomitantes, especialidade do médico e presença ou maior valor de copagamento (CHEEN et al., 2019). Pode ocorrer ainda por falta de recursos do paciente para a compra dos medicamentos ou pela falta de medicamentos em sistemas públicos de acesso gratuito. Fatores envolvidos na falta de acesso em sistemas público, como o SUS, podem ser: desigualdades regionais, dificuldades de acessibilidade geográfica e problemas de abastecimento (OLIVEIRA et al., 2016).

A fase da **implementação** tem início quando o paciente toma a primeira dose dos medicamentos e é definida como a medida em que a dosagem real de um paciente é a mesma do regime de dosagem prescrito, da primeira até a última dose a ser tomada (adesão secundária), e corresponde à manutenção do regime terapêutico em extensão, frequência e horário de administração das doses (LIMA-DELLAMORA et al., 2017).

A não adesão secundária ocorre quando o paciente obteve os medicamentos e iniciou com a primeira dose, porém durante a implementação

descumpre ou altera o regime terapêutico prescrito, como o uso de menos/mais doses ou menos dias do regime posológico. Pode ser expressa em porcentagem para representar o grau de alteração em relação ao tratamento prescrito (CHEEN et al., 2019).

A **descontinuação** marca o fim da terapia, quando a próxima dose a ser tomada é omitida e nenhuma outra dose é tomada posteriormente, e refere-se a pacientes interrompendo a medicação por iniciativa própria e não tomando nenhuma dose depois disso.

Persistência é o período entre o início e a última dose, que precede imediatamente a descontinuação. Assim, a não persistência é o período entre a data da descontinuação e o fim previsto para o tratamento prescrito (LIMA-DELLAMORA et al., 2017; RAEBEL et al., 2013).

A maioria dos estudos de adesão referem-se à não adesão secundária (CHEEN et al., 2019; SWEILEH et al., 2019) e as barreiras relacionadas, divididas nas 5 dimensões propostas pela OMS, apresentadas no quadro 2.

Um fator-chave para a não adesão é o acesso aos medicamentos. Sem medicamento não há como o paciente iniciar o tratamento e não há adesão. O acesso corresponde à disponibilidade contínua e suficiente de produtos e serviços farmacêuticos geograficamente acessíveis (availability) e a capacidade financeira dos indivíduos para obtê-los (affordability), ou seja, serem economicamente acessíveis (WHO, 1978; WHO, 2003a).

A falta de acesso inviabiliza os tratamentos e sua solução precisa da atenção e atuação dos sistemas de saúde para criação de políticas públicas que garantam direito aos medicamentos, gerenciamento técnico de qualidade, investimento financeiro, controle de preços, entre outros (WHO, 2003a; IVAMA-BRUMMELL, 2022) e, como já mencionado, influencia o complexo processo de não adesão.

Os pacientes podem não aderir durante as diferentes etapas do tratamento. Eles podem decidir não retirar os medicamentos na farmácia e não iniciar o tratamento, podem usar mais ou menos do que o prescrito, usar a medicação na hora errada ou interromper o tratamento prematuramente. Os motivos dos pacientes para se

desviarem do plano de tratamento (acordado) são diversos e podem ser classificados em intencionais, com escolha e tomada de decisão racionalizada, ou não intencionais (HUGTENBURG et al., 2013).

A não adesão intencional é uma decisão ativa em renunciar à terapia prescrita, uma escolha em não fazer o tratamento conforme as instruções. É motivada principalmente pelas crenças dos pacientes sobre seus tratamentos, doenças e prognósticos, bem como por suas experiências objetivas com medicamentos (GADKARI; MCHORNEY, 2012; HUYARD et al., 2017).

Quadro 2 – Fatores relacionados à não adesão ao uso de medicamentos pelas 5 dimensões da OMS

Social e econômica	Relacionada à doença	Relacionada ao medicamento	Relacionada ao usuário	Relacionada ao serviço de saúde
- Baixa escolaridade	- Ausência de sintomas	- Efeitos indesejados	- Crenças	- Confiança no serviço
- Desemprego	- Dificuldade em perceber os resultados clínicos	- Dificuldade em perceber o efeito real	- Percepções	- Confiança na equipe de saúde
- Pobreza	- Comorbidades	- Reações adversas	- Atitudes	- Comunicação adequada
- Falta de proteção social	- Necessidade de controle periódico	- Duração dos tratamentos	- Experiências anteriores	- Outros
- Cultura	- Doenças de curso longo	- Regimes terapêuticos complexos	- Descuido, esquecimento	
- Crenças	- Outros	- Dificuldades com novos tratamentos	- Falta de motivação	
- Outros		- Custo dos tratamentos	- Escolha em ter controle	
		- Outros	- Dificuldades cognitivas	
			- Ansiedade, depressão	
			- Outros	

Fonte: Elaborada pela autora com base no documento Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva, 2003 (WHO, 2003a).

No processo de decisão pode ocorrer uma rejeição ao diagnóstico do médico ou ao tratamento recomendado após considerar fatores que o indivíduo classifica como relevantes, que podem ser: não se sentir doente, preocupações sobre os efeitos indesejáveis e deletérios dos medicamentos, a percepção de ineficácia dos tratamentos, a perda do controle sobre a vida e o desejo do controle sobre o próprio corpo e sobre o tratamento (GADKARI; MCHORNEY, 2012; IIHARA et al., 2014).

Os pacientes fazem uma análise de custo/benefício de cada tratamento, avaliando os problemas em comparação aos benefícios percebidos. E fazem micro

experimentos, reduzindo doses e/ou deixando de tomar por algum tempo para ver como se sentem ou como a doença se comporta. A não adesão intencional é geralmente um fenômeno temporário e reversível e não uma descontinuação completa. Os pacientes ajustam os tratamentos ao longo do tempo de acordo com suas necessidades diárias e desejo sobre ter controle ou cansaço sobre o trabalho que representa o tratamento (HUYARD et al., 2017; MURDOCH et al., 2015).

A não adesão não intencional é um comportamento não planejado, e ocorre quando os pacientes não aderem à prescrição por esquecimento ou incapacidade de seguir as instruções, devido à má compreensão, complexidade do regime ou dificuldades físicas, como problemas de visão ou destreza (GADKARI; MCHORNEY, 2012). Porém, estudos recentes discutem que a falta de evidências de que é aleatória e acidental (BAE et al., 2016; CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; GADKARI; MCHORNEY, 2012), sua forte relação com características demográficas e com as crenças e experiências dos pacientes sobre medicamentos e doenças, demonstra seu potencial prognóstico na futura não adesão intencional (BAE et al., 2016; GADKARI; MCHORNEY, 2012; HUYARD et al., 2017).

Pacientes que têm mais preocupações com medicamentos ou percebem que eles têm baixa importância são mais propensos a serem menos conscientes (ou seja, esquecidos) sobre tomá-los e pular doses intencionalmente. Nesses pacientes, intervenções direcionadas a diminuir não adesão não intencional à medicação, concentrando-se em lembretes sem abordar crenças de medicação podem não ser eficazes (EDMONDSON et al., 2013; KRONISH; YE, 2013).

O esquecimento de tomar a medicação (não adesão não intencional) pode marcar o início acidental da experimentação do paciente sobre seu tratamento. Se não sentir nenhuma diferença óbvia depois de perder uma ou mais doses do medicamento, tal fato pode convencer alguns pacientes a desistir desses medicamentos com mais frequência ou até mesmo permanentemente (não adesão intencional) (GEORGE, 2010).

Não é incomum que os pacientes exibam padrões mistos de não adesão com graus variados de intencional e não intencional flutuando no tempo. A justificativa para tal comportamento é que crenças sobre os medicamentos influenciam as decisões

levando ao esquecimento, como a percepção que alguns medicamentos são menos importantes ou mais perigosos e que em outros momentos os pacientes precisam agir de forma intencionalmente não aderente para exercer controle sobre o tratamento e seus efeitos em seu corpo e para controlar a duração do tratamento em sua vida, seu tempo e suas atividades. Posteriormente, modificam o comportamento de adesão de acordo com o impacto dessas ações em sua condição ou em sua vida pessoal (HUYARD et al., 2017; MURDOCH et al., 2015).

Esse fenômeno complexo, multidimensional e que pode ter resultados muito diferentes dependendo do momento em que é avaliado está associado a altos custos de saúde, menor qualidade de vida e resultados de saúde insuficientes (COSTA et al., 2015). A melhora nos padrões de adesão aos medicamentos são um caminho concreto para alcançar resultados positivos em saúde (KIM et al., 2021; SIEBEN et al., 2021).

Diante desse quadro, um grande número de intervenções que visam promover a adesão dos pacientes foi criado à medida que cresciam as pesquisas. Essas intervenções podem ser classificadas, segundo os tipos de fatores/barreiras que tentam enfrentar, em: intervenções comportamentais, intervenções educativas, intervenções sociais e intervenções combinadas (COSTA et al., 2015).

As intervenções educativas usam abordagens didáticas ou interativas para educar e motivar os pacientes e aumentar a compreensão de sua condição e seu tratamento. As intervenções comportamentais vão além das abordagens cognitivas das intervenções educativas para influenciar os comportamentos dos pacientes moldando, lembrando ou recompensando os comportamentos desejados, as intervenções sociais recrutam membros da família ou outros para apoiar a adesão à medicação. Finalmente, as intervenções combinadas incluem elementos de mais de uma estratégia (educativa, comportamental ou social) (KRONISH; YE, 2013).

O aconselhamento comportamental por profissional treinado, seguimento telefônico e visitas domiciliares, programas de gestão de medicamentos, programas de educação sobre as doenças, educação frente a frente com farmacêuticos, treinamento de habilidades para autogestão de doenças crônicas, programas de decisão

compartilhada com os pacientes, desprescrição de medicamentos, acompanhamento por equipe multiprofissional, autogestão baseada em tecnologia (telemedicina, telecuidado domiciliar, telemonitoramento) e intervenções baseadas na web por meio de celulares e mensagens são alguns exemplos de estratégias desenvolvidas (PEACOCK; KROUSEL-WOOD, 2017).

Porém, mesmo com vastas possibilidades de intervenção, os esforços para explicar e diminuir a não adesão não têm tido o efeito esperado. As mudanças observadas são pequenas, com sua eficiência ligada ao tempo e à associação de técnicas. Outro fator é que a maioria das intervenções que foram associados à melhora da adesão não levaram a melhorias nos resultados de saúde, como qualidade de vida, satisfação do paciente, biomarcadores, morbidade, mortalidade, qualidade do atendimento e custos (COSTA et al., 2015; HUGTENBURG et al., 2013).

Uma das razões para o progresso lento parece ser a falta de modelos teóricos abrangentes para explicar a não adesão e levar a uma intervenção potencialmente bem-sucedida, simples e eficaz numa abordagem personalizada com base no tipo e causa da não adesão e nas necessidades específicas do paciente (COSTA et al., 2015).

O grande número de publicações, com variadas metodologias e diferentes interpretações de resultados de não adesão dificultam a observação de padrões para o fenômeno (DE GEEST et al., 2019), pois produzem níveis de não adesão muito variados, inclusive para a mesma população e essa complexidade torna ainda mais desafiador construir respostas que melhorem a adesão aos tratamentos.

2.2 A não adesão no Brasil e no mundo

Em média, somente 50% dos pacientes de DCNT usam os medicamentos conforme recomendado (HAYNES; MCDONALD; GARG, 2002; KRONISH; YE, 2013; WHO, 2003a).

Estudos internacionais que avaliaram a não adesão ao uso de medicamentos para doenças crônicas em geral demonstraram índices variando de

30,2% a 52,0% (FERNANDEZ-LAZARO et al., 2019; HEDEGAARD et al., 2015; JÜNGST et al., 2019). Porém, esse intervalo tende a aumentar quando da avaliação de DCNT específicas, por exemplo HAS, diabetes e dislipidemia. Revisões sistemáticas que avaliaram as evidências sobre não adesão para essas doenças encontraram níveis variando de 3,3 a 86% para anti-hipertensivos (DURAND et al., 2017) de 6,9 a 61,5% para antidiabéticos (KRASS; SCHIEBACK; DHIPPAYOM, 2015) e de 20,8 a 82,2% para o uso de estatinas (HOPE et al., 2019).

O fator contribuinte mais forte para a variação nas taxas de não adesão nos estudos acima foi o método de medida da adesão utilizado. Estudos que se basearam em medidas de autorrelato de adesão e/ou dados de farmácia relataram níveis mais baixos de não adesão do que os que usaram métodos diretos, como cromatografia líquida – espectrometria de massa em bioensaios ou terapia diretamente observada (DURAND et al., 2017).

Pacientes com diabetes costumam ser mais aderentes por conta dos sintomas e dos sinais de progressão da doença mais facilmente observáveis. Os pacientes hipertensos e aqueles que usam hipolipemiantes, devido à falta de sintomas ou sinais de evolução da doença, são mais propensos a não tomarem seus medicamentos como prescrito (DURAND et al., 2017; HOPE et al., 2019; KRASS; SCHIEBACK; DHIPPAYOM, 2015).

No Brasil, o número de estudos sobre não adesão ao uso de medicamentos é pequeno quando comparado ao volume de produção internacional (SÁ et al., 2019; SWEILEH et al., 2019), principalmente pesquisas com representatividade nacional. Estudos recentes apresentam taxas de não adesão variando de 17 a 79%(FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014; GIROTTO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2020; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014) em pacientes com doenças crônicas, com destaque para os estudos com base na “Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no *Brasil*” (PNAUM) de 2014, que possui representatividade nacional, os quais demonstraram taxas de não adesão variando de 20,2 a 30,8% para pacientes com DCNT (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2020; MEINERS et al., 2017; TAVARES et al., 2016b).

Com dados PANUM, Tavares et al. (2016b). avaliaram adesão em adultos com doenças crônicas por meio do *Brief Medication Questionnaire – BMQ* (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012) e encontraram 30,8% de não adesão. Meiners et al. (2017) em estudo de adesão com pacientes diabéticos maiores de 20 anos também com *BMQ*, encontraram uma taxa de não adesão de 27%, divididos em 9,8% de provável baixa adesão e 17,2% de baixa adesão. Já Drummond, Simões e Andrade (2020) observaram uma não adesão de 20,2% em adultos maiores de 18 anos com doenças crônicas usando somente o autorrelato dos pacientes.

De acordo com a OMS, mesmo com a influência de outros fatores a extensão da baixa adesão nos países em desenvolvimento é maior dada a falta e o acesso desigual a cuidados de saúde e medicamentos (WHO, 2003a). Diante desses fatos, fica evidente que a não adesão ao uso de medicamentos por pacientes de DCNT é fato comum e faz parte da rotina dos pacientes e profissionais de saúde no Brasil e no Mundo.

Para os pacientes, a relação que eles têm com os serviços de saúde e com os profissionais desses serviços é fator importante na construção dos julgamentos e crenças que serão usados nas tomadas de decisão sobre os tratamentos e na motivação em manter os cuidados em saúde recomendados (HUYARD et al., 2017).

Assim, importa muito na busca por diminuir os índices de não adesão aos tratamentos, quais são as expectativas dos pacientes, como se sentem em relação aos serviços de saúde que recebem e qual o grau de satisfação que sentem ao percorrer os caminhos dentro dos sistemas de saúde.

2.3 Satisfação do usuário com os serviços de saúde

A percepção é a forma como se vê o mundo, como o indivíduo constrói em si a representação e o conhecimento que possui das coisas, pessoas e situações. Ter a percepção de algo ou alguém é captá-lo por meio dos sentidos e fixar essa imagem. As relações entre o indivíduo e o mundo que o rodeia são regidas pelo mecanismo perceptivo e o conhecimento é adquirido por meio da percepção (DIAS et al., 2010).

A satisfação é uma crença e uma expressão de atitude em relação a um determinado processo de serviço (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Em relação aos

serviços de saúde é a avaliação subjetiva do paciente de sua reação cognitiva e emocional resultado da interação entre expectativas, experiência prévia com serviços similares e percepção do cuidado real (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018; ÖZSOY; ÖZGÜR; DURMAZ AKYOL, 2007). Essa avaliação pode ser positiva/satisfação ou negativa/insatisfação.

O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais, estar relacionado com aspectos da infraestrutura material dos serviços e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O modo como os usuários entendem seus direitos e estruturam suas expectativas frente aos serviços de saúde também vai definir o grau de satisfação de uma determinada população (GOUVEIA et al., 2009).

A satisfação com serviços de saúde, mesmo com seu caráter subjetivo (DONABEDIAN, 2005), vem sendo amplamente estudada desde década de 1960 com vistas a avaliar serviços e provedores, fornecer um relato da percepção dos usuários sobre os serviços recebidos e de como essa experiência influencia no seu autocuidado (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Nascida da cultura empresarial da 'qualidade total', difundida no Japão desde os anos 1950 (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018) e das teorias do marketing e da psicologia social nos EUA, dentro do paradigma do consumismo e da cultura da qualidade (LINDER-PELZ, 1982), a satisfação do cliente é considerada uma meta a ser alcançada, devendo, portanto, ser pesquisada e usada no aperfeiçoamento dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Para Donabedian (2005), a avaliação de satisfação do usuário é baseada na avaliação dos resultados, produto final das políticas em saúde e com a modificação do estado de saúde dos indivíduos e da população. Para ele, a avaliação da qualidade dos serviços tem como componentes a eficácia, efetividade, otimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Na avaliação do grau de satisfação do usuário, a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com os valores e expectativas individuais e sociais (DONABEDIAN, 1990).

O tema ganhou relevância porque estudos demonstram que usuários satisfeitos são mais aderentes aos tratamentos prescritos, fornecem informações

importantes ao provedor, voltam ao serviço quando necessário e tendem a ter melhor qualidade de vida (BARON-EPEL, 2001; BERNHART et al., 1999; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; HUDAK; WRIGHT, 2000).

No Brasil, o tema da satisfação do usuário só se desenvolveu a partir da década de 1990 com a construção do SUS e do seu controle social, que permite a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). No SUS, ao usuário é permitido avaliar, intervir e propor mudanças por meio do controle social (ESHER et al., 2012). Vale destacar, que no Brasil o termo “usuário” (*user*) está presente na literatura científica e nos documentos oficiais, mas é pouco utilizado em âmbito internacional (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

No caminho de avaliar serviços e a satisfação dos usuários, no ano de 2008 foi publicada a Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, que estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. Mais tarde foi criado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), no qual a avaliação configura-se como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde (BRASIL, 2015).

A avaliação da satisfação do usuário compõe umas das dimensões de avaliação do PNASS e é considerada melhor ferramenta para alcançar informações sobre necessidades, desejos e demandas dos usuários (BRASIL, 2015). Seu foco é a relação entre o sistema de valores, crenças e experiências dos usuários e o sistema de serviços de saúde (ESHER et al., 2011), pois as expectativas destes determinarão a aceitabilidade e a legitimidade do atendimento prestado (DONABEDIAN, 1990).

Existe uma grande variedade de conceitos e modelos para avaliação de satisfação dos usuários de serviços de saúde e ainda pouco consenso. Há também uma discussão sobre a capacidade desses modelos, e até mesmo dos conceitos, de fazerem julgamentos em relação à qualidade dos serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Os caminhos teóricos para a compreensão da satisfação de usuários de serviços de saúde são predominantemente abordagens da escola de psicologia social. Essas

teorias são centradas nos usuários, principalmente em aspectos psicológicos como crenças, expectativas e percepções (DIAS et al., 2010).

Segundo Esperidião e Trad (2005), a satisfação do usuário pode ser compreendida por quatro caminhos teóricos baseados em: atitude, em que a satisfação é vista como a avaliação do indivíduo sobre determinados aspectos do serviço recebido; discrepância, em que o nível de satisfação é estimado como a diferença entre a expectativa e a percepção da experiência; realização, ou a diferença entre o que se deseja e o que se obtém; e equidade, em que os indivíduos baseiam sua avaliação dos serviços em termos de entrada e saída pessoal, e por meio de comparações com o que é obtido por outros, o que introduz elementos de comparação social.

As avaliações de satisfação podem ser feitas por métodos quantitativos ou qualitativos. Os métodos quantitativos são os mais utilizados, com destaque para os *surveys* ou inquéritos populacionais, que incluem a aplicação de questionários com questões fechadas e respostas associadas a uma escala de valores para mensurar a satisfação. Permitem alcançar uma amostra de usuários mais representativa da população, de fácil manejo, baratos, rápidos, que permitem anonimato e autoaplicação. Como crítica, os métodos quantitativos são considerados reducionistas por não trabalharem aspectos subjetivos do fenômeno satisfação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Os métodos qualitativos incluem abordagens compreensivas ou dialéticas e permitem que os usuários falem sobre sua experiência com os serviços a partir de um leque amplo de posições, o que permite explicitar como um serviço se apresenta, ao mesmo tempo em que são focalizadas interações dos atores e contempladas considerações sobre crenças, modos de vida e concepções do processo saúde – doença. São mais difíceis e caros para se aplicar, normalmente usados para grupos pequenos e podem inibir a expressão do usuário por conta das entrevistas face a face (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

As pesquisas de satisfação refletem como o paciente vê, vivencia e julga o serviço e não como ele realmente é executado em todos os aspectos, servindo para trazer a visão e as experiências dos pacientes, mas sendo insuficiente para avaliar

qualidade em todos os aspectos (ASPINAL et al., 2003; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; SOFAER; FIRMINER, 2005).

Se há evidências que discutem a insuficiência da satisfação em avaliar a qualidade dos serviços prestados, não há dúvidas que os dados de satisfação podem informar se o padrão de relacionamento estabelecido entre profissionais de saúde e usuários atende às expectativas destes últimos, permeadas sim por subjetividades, mas também por necessidades concretas de atenção à saúde (ESHER et al., 2011).

As relações entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais são mediadas pela posição que ambos ocupam no espaço social, pelas suas trajetórias e por diversas circunstâncias relacionadas com o processo de construção social do problema de saúde, bem como as condições históricas que tornaram possíveis aquelas relações específicas (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018).

As características do paciente, como expectativas, idade, sexo e escolaridade têm influência na satisfação com os serviços de saúde e devem ser descritas e controladas nas análises de satisfação, a fim de apoiar a validade das conclusões (BATBAATAR et al., 2017; ESHER et al., 2011). No Brasil, ser usuário exclusivo do SUS, com baixa escolaridade, jovem e ter percepção ruim da própria saúde são características associadas a maior insatisfação com os serviços (GOUVEIA et al., 2009).

A consulta e os procedimentos médicos, internações e os cuidados de enfermagem são os serviços mais observados nas avaliações de satisfação dos usuários (BATBAATAR et al., 2017), e há necessidade de mais pesquisa para outros profissionais e serviços do itinerário dos pacientes (PÉREZ-SALGADO et al., 2015).

A assistência farmacêutica é considerada uma ação estratégica dentro do cuidado em saúde no SUS, e com gestão adequada de seus componentes que incluem seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e acompanhamento do uso de medicamentos, colabora para obtenção de resultados concretos na melhoria da qualidade de vida da população (ESHER et al., 2011).

Com o SUS houve uma reorientação da Assistência Farmacêutica brasileira, descentralizando suas ações para os municípios, com a garantia de recursos

exclusivos para a compra de medicamentos, de incentivos para melhora da estrutura das farmácias municipais, para contratação de farmacêuticos, para formação de recursos humanos em gerenciamento e acompanhamento clínico de pacientes. Estas ações visavam mudar o foco dos serviços de AF do medicamento para os pacientes, e incluiu a AF como atividade de suporte gerencial e de atividade clínica na perspectiva das redes de atenção à saúde (RAS) (BERMUDEZ, 2018; BRASIL, 2014).

E esse movimento não é só do Brasil, pois a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda e trabalha para a mudança do enfoque de políticas que se baseiam somente nos medicamentos para uma nova perspectiva. Nesta, os indivíduos, inseridos em seus contextos familiares e comunitários, devem ser a prioridade e os farmacêuticos parte de uma Atenção Primária à Saúde (APS) renovada, oferecendo serviços gerenciais e clínicos na busca da garantia da atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população (PAHO,2013).

Percorrido esse caminho com a AF foi possível dar acesso gratuito aos medicamentos para boa parte da população brasileira, com uma gestão compartilhada e mais qualificada, aumentou-se o número de farmacêuticos no SUS e passou-se a oferecer serviços farmacêuticos clínicos de acompanhamento de pacientes, principalmente de DCNT, em alguns serviços SUS (RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017).

A assistência farmacêutica pode atingir os objetivos de proporcionar acesso a medicamentos de qualidade e o seu uso racional, ao mesmo tempo em que promove a satisfação do usuário (ESHER et al., 2011).

Para avaliação da satisfação dos usuários vivendo com HIV/AIDS com os serviços de dispensação de antirretrovirais, Esher (2011) desenvolveu modelo teórico com critérios cognitivos para avaliar a satisfação do usuário com as atividades que integram a dispensação. O modelo aceita que a satisfação está relacionada não apenas a uma reação direta dos usuários aos serviços prestados, mas também ao seu histórico e expectativas em relação à solução dos problemas, incluindo aspectos subjetivos e objetivos de seu julgamento do desempenho dos serviços (Figura 1).

O modelo considera que as experiências anteriores com os serviços de saúde criam ou modificam as expectativas dos usuários em relação a novas experiências, e características dos usuários como preferências, cultura e valores, participam do desenvolvimento de suas opiniões e atitudes, incluindo seu grau de satisfação. Assim, mesmo que vivenciem a mesma experiência, diferentes indivíduos podem expressar opiniões diversas quanto à sua satisfação, controlados aspectos confundidores (idade, sexo, etnia, papel percebido do sistema de saúde e fatores socioeconômico) (ESHER et al., 2011). A organização desse modelo ajuda a visualizar a diversidade de aspectos intermediários que permeiam a relação entre usuário e serviços de saúde, possibilitando investigar como os usuários possuem diferentes ligações nas unidades de dispensação e as dimensões que influenciam a satisfação.

Na construção do modelo teórico foram formulados critérios (dimensões e subdimensões) utilizados pelos usuários para julgar sua satisfação. O foco na experiência corrente da dispensação e não no efeito da intervenção sobre a população determinou a escolha de três dimensões da categoria acesso para estruturar a satisfação: a disponibilidade, a oportunidade e a adequação. Estas dimensões definem teoricamente o domínio dos indicadores operacionais da intervenção (figura 2).

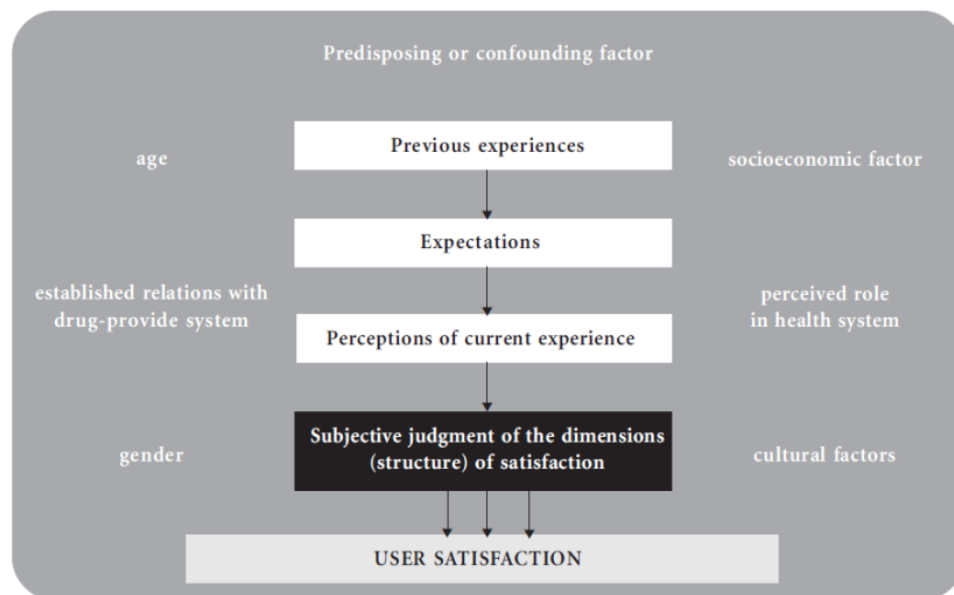


Figura 1 – Modelo Teórico da Satisfação desenvolvido por Esher (2011).

A Disponibilidade (availability) é definida pela relação entre o tipo e a quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e a quantidade de serviços oferecidos. Oportunidade (accessibility) como existência dos serviços no lugar e no momento em que tecnicamente é requerido pela situação de saúde dos usuários. A Adequação (accommodation) refere-se ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários (ESHER et al., 2012).

Cada dimensão recebeu subdimensões (Conveniência, Presença do Medicamento, Qualidade Técnica da Dispensação, Qualidade Técnica do Medicamento, Ambiência e Aspectos interpessoais), construídas a partir da literatura que discute a satisfação do usuário/paciente. Os aspectos avaliados em cada subdimensão também se encontram na figura 2.

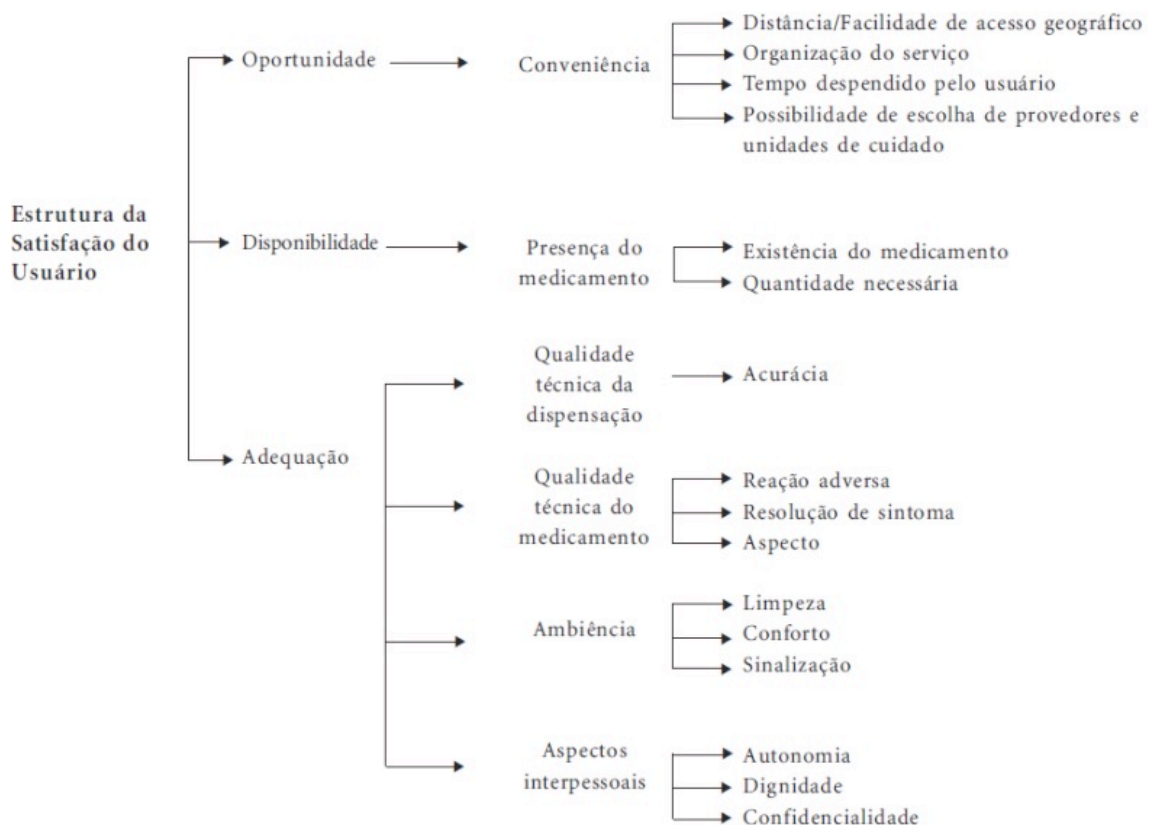


Figura 2 – Estrutura da satisfação dos usuários por Esher (2011).

O conceito de acesso usado foi o de relação entre a resistência (os obstáculos encontrados pelo usuário na busca pela atenção em saúde) e o poder de utilização (capacidade da população de superar tais obstáculos) e funciona como categoria mediadora que tem capacidade de medir a produção ou oferta de serviços e produtos e o consumo real de tais serviços (ESHER et al., 2012; PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Satisfação e acesso estão fortemente ligados, pois problemas em dimensões do acesso influenciam os usuários e o sistema na utilização dos serviços, modificando a satisfação do usuário e mudando os padrões de organização e utilização dos serviços (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Assim, pelo acesso é possível avaliar operacionalmente a dispensação de medicamentos e estabelecer os caminhos teóricos para abordar a satisfação dos usuários (ESHER et al., 2012).

Por considerar a dispensação uma etapa chave da AF, onde todas as etapas anteriores são efetivamente colocadas na rotina de cuidados em saúde dos pacientes e por ser a etapa que é o elo para o acompanhamento do uso de medicamentos, esta pesquisa utilizou o modelo de avaliação da satisfação do usuário criado por Esher (2011) para a avaliação da insatisfação de pacientes em tratamento para DCNT com os serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS.

A avaliação da insatisfação foi construída respeitando a premissa do modelo, ou seja, mais acesso maior a satisfação, porém com foco na dificuldade de acesso, que quando presente foi considerada como insatisfação. No modelo de Esher (2011), satisfação é o oposto de insatisfação, e vice-versa, pois falta de acesso é o oposto de acesso. Tal inversão é possível por não se tratar de um estudo de satisfação direto, baseado na opinião, no juízo de valor dos usuários sobre os serviços, em que o julgamento classificado como insatisfação não é o oposto do julgamento satisfação (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018).

2.4 A construção da variável latente Insatisfação

A satisfação é definida como um estado psicológico, e que não pode ser observada diretamente, como se faz para medir a altura de uma pessoa. Ela é considerada como uma variável latente e é referida por traço latente ou construto e deve ser inferida a partir da observação de variáveis secundárias que estejam relacionadas a ela (LIGIA et al., 2010).

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) compreende modelos para avaliar traços latentes. Estes modelos apresentam formas de representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um item e seu traço latente, na área de conhecimento a ser avaliada ou verificada, os quais não podem ser observados diretamente (BORTOLOTTI, 2003).

A TRI é o nome dado a uma classe de modelos que gera uma variável latente a partir de um padrão de respostas dicotômicas ou politômicas. No contexto deste estudo, a TRI será utilizada para gerar escores de insatisfação do usuário baseado nas respostas dicotômicas a um conjunto de variáveis, conforme descrição do Quadro 3 página 54.

2.4.1 Modelo para variáveis dicotômicas

O modelo TRI para variáveis dicotômicas se baseia na probabilidade de uma resposta positiva (correta) a cada item, dado o nível de habilidade z . A equação matemática que descreve o modelo para esta probabilidade, considerando o m -ésimo indivíduo no i -ésimo item é (RIZOPOULOS, 2006)

$$P(x_{im} = 1|z_m) = c_i + (1 - c_i)g\{\alpha_i (z_m - \beta_i)\} \quad (1)$$

em que x_{im} é a resposta da variável dicotômica (item), z_m é o nível de habilidade do indivíduo na escala latente, c_i é o parâmetro *guessing*, α_i o parâmetro de discriminação e β_i o parâmetro de dificuldade. A função de ligação g geralmente é a função *logit* [Ibid].

Em relação à interpretação dos parâmetros, o *guessing* descreve a probabilidade de um indivíduo responder corretamente a um item ao acaso; o de

discriminação reflete a capacidade do item distinguir entre indivíduos de diferentes níveis de habilidade; e o de dificuldade representa o nível de dificuldade do item [Ibid].

O modelo logístico de um parâmetro, conhecido como modelo Rasch, considera $c_i = 0$ e $\alpha_i = 1$, para todo i . O modelo logístico de dois parâmetros mantém a restrição $c_i = 0$, mas permite a estimação do parâmetro de discriminação. O modelo de três parâmetros de Birnbaum estima os três parâmetros do modelo [Ibid].

O modelo apresenta algumas suposições. A unidimensionalidade da escala de habilidade assume que o conjunto de itens medem apenas uma característica em comum. A independência local considera que cada item é estatisticamente independente das respostas de todos os outros itens da escala, condicionado à habilidade. Tem ainda a monotonicidade, ou seja, a probabilidade de acertar um item aumenta com o aumento do nível de habilidade, e a invariância do item, que significa que os parâmetros estimados para o item são constantes entre diferentes populações (NGUYEN et al., 2014).

Os resultados do modelo podem ser visualizados na curva característica do item (CCI), que é uma curva monótona ou continuamente crescente, tendo no eixo das abcissas o nível de habilidade e nas ordenadas a probabilidade de se responder corretamente a um item.

Outra forma de avaliar os resultados seria pela função de informação do teste, que descreve o quão preciso foi o modelo para medir a habilidade. Quanto maior for a informação, maior é a precisão da escala latente gerada. No gráfico o eixo das abcissas representa a escala de habilidade e o eixo das ordenadas, a função de informação, de modo que é possível avaliar a precisão em diferentes níveis de habilidade. Em geral, a informação é maior próximo ao nível de habilidade correspondente ao parâmetro de discriminação (NGUYEN et al., 2014).

A qualidade do ajuste pode ser verificada pela comparação de modelos aninhados por razão de verossimilhança, pelo teste da qualidade do ajuste Bootstrap por meio da estatística Qui-quadrado e pela avaliação das suposições.

3. JUSTIFICATIVA

A não adesão ao uso de medicamentos, mesmo sendo um assunto bastante estudado, ainda permanece como um problema de saúde pública sem solução efetiva. Além disso, são muitos os fatores que influenciam a não adesão e a maioria deles ocorrem simultaneamente, pressionando e influenciando o paciente usuário de medicamento no momento de decisão sobre a tomada das doses prescritas e inclusão do medicamento na rotina, principalmente nas DCNT.

Como exposto no texto, a não adesão ao uso de medicamento pode estar relacionada a falta de acesso aos medicamentos ou a uma atitude do paciente frente a suas necessidades, crenças, expectativas e desejos em relação aos cuidados de saúde, ao uso dos medicamentos e aos resultados observados. Isso significa que na não adesão, além do efeito em si de um fator, como o uso de muitos medicamentos, a maneira como o paciente percebe ou julga a interação com o produto e ou serviço de saúde, também provoca pressão na decisão sobre o uso do medicamento.

Os pacientes interagem com o sistema de saúde por meio dos insumos e dos serviços recebidos e a percepção de como esses produtos e serviços são ofertados, funcionam, sua adequação e aceitabilidade, influenciam na experiência de saúde.

É fundamental que os medicamentos estejam disponíveis nos serviços de saúde, mas isso não é suficiente para garantir acesso com resultados positivos, pois o ator central da adesão aos tratamentos é o usuário de medicamentos. Os demais fatores são recursos que favorecem a adesão, e mesmo que todos os fatores estejam presentes, ainda é o paciente o sujeito da atenção em saúde, é ele quem decide seguir ou não as recomendações.

Assim, é de suma importância trazer o usuário para o espaço central do cuidado e da pesquisa em saúde e explorar a sua percepção em relação ao que influencia a sua decisão sobre o uso dos medicamentos, o quanto a percepção sobre os medicamentos em uso e as experiências vividas dentro dos serviços de saúde influenciam o não uso de medicamentos prescritos, principalmente em pacientes de

doenças crônicas, que usam mais medicamentos, mais serviços de saúde e por mais tempo.

A satisfação do usuário com os serviços de saúde é uma maneira de medir e caracterizar a experiência do paciente, na opinião dele, dentro dos sistemas de saúde. Pode ser usada para expressar uma interação positiva ou negativa com os serviços e produtos recebidos. Uma interação importante entre o paciente e os serviços de saúde no Brasil ocorre na dispensação de medicamentos, braço dos serviços de assistência farmacêutica do SUS, que provê medicamentos, informação e acompanhamento das terapias prescritas quando possível, serviço de saúde mais próximo e mediador do uso de medicamentos.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que avaliam a influência da percepção do paciente no uso de medicamentos e a relação satisfação do usuário com os serviços de saúde e não adesão ao uso de medicamentos. Não há nenhum estudo até o momento, que avalie a relação da insatisfação com os serviços de AF e a não adesão exclusivamente.

Nesse contexto, estudar a influência da percepção sobre os medicamentos e da insatisfação do usuário com os serviços AF do SUS na Atenção Primária à Saúde (APS) na não adesão ao uso de medicamentos pode trazer evidências de o quanto a percepção dos pacientes sobre produtos e serviços da AF tem influenciado a não adesão ao uso de medicamentos no Brasil e preencher uma lacuna de conhecimento nos estudos de adesão e de AF, considerando a importância de produtos e serviços no cuidado em saúde, mas trazendo o paciente e sua visão para o centro da avaliação.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos pacientes acerca dos serviços de assistência farmacêutica do SUS e a não adesão ao uso de medicamentos para tratamento de DCNT.

4.2 Objetivos Específicos

- Analisar a percepção dos pacientes sobre seus medicamentos para DCNT e sua relação com a não adesão por região do Brasil;
- Construir um perfil do fator latente insatisfação do usuário com os serviços de assistência farmacêutica por meio da Teoria de resposta ao Item com os dados PNAUM serviços;
- Analisar a associação entre insatisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica do SUS e a não adesão ao uso de medicamentos por pacientes de DCNT.

5. MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo e população

A tese é composta por dois estudos transversais com dados abertos da “Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)”, estudo de base populacional coordenado pelo Ministério da Saúde no período de setembro de 2013 a dezembro de 2014.

A PNAUM foi organizada em dois componentes (MENGUE et al., 2016; ALVARES et al., 2017):

1) Componente Populacional, composto por inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos; e

2) Componente Serviços, que avaliou as políticas públicas de assistência farmacêutica e sua implementação na Atenção Primária à Saúde do SUS.

O inquérito domiciliar PNAUM teve como objetivo avaliar o uso de medicamentos pela população brasileira, caracterizando as morbidades para as quais são utilizados, e avaliar indicadores e uso racional de medicamentos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de morbidade. Foi realizado de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 em domicílios localizados em áreas urbanas brasileiras.

A pesquisa incluiu perguntas relacionadas a informações gerais sobre domicílios, moradores e entrevistados; doenças crônicas e medicamentos utilizados; utilização de serviços de saúde; doenças agudas e eventos tratados com medicamentos; uso de anticoncepcionais; utilização de serviços de farmácia; comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos; bulas e embalagens e estilo de vida e seguro de saúde.

Nos domicílios com os grupos etários elegíveis, o entrevistador identificava todos os moradores e realizava a entrevista com os indivíduos da faixa etária e sexo sorteada. As perguntas referentes ao domicílio foram respondidas pela

pessoa que primeiro atendeu ao entrevistador no domicílio, enquanto àqueles referentes aos demais blocos foram respondidas individualmente por cada um dos entrevistados. No caso de Incapazes e Crianças, a entrevista foi realizada com um informante do indivíduo, preferencialmente seu responsável legal.

Foram realizadas 41.433 entrevistas em 20.404 domicílios de 576 aglomerados urbanos, correspondendo a 586 setores censitários distribuídos nas cinco regiões brasileiras e oito domínios definidos por idade e sexo.

Foi a primeira pesquisa com representatividade nacional desse tipo e seus resultados fornecem informações de base para estudos futuros, com o objetivo de avaliar o impacto da ação do governo no acesso e uso de medicamentos e suas implicações. Ela fornece dados para análises adicionais a serem realizadas tanto em nível acadêmico quanto governamental.

Aspectos metodológicos do componente populacional são descritos em Mengue et al. (2016). As versões completas dos questionários, resultados primários estão disponíveis nas publicações: caderno 1 Componente populacional: introdução, método e instrumentos (BRASIL, 2016b) e Caderno 3 Componente populacional: resultados (BRASIL, 2016c).

Os bancos de dados (microdados) do componente populacional estiveram disponíveis até o ano de 2021 na página da web da pesquisa. Após esse prazo, a página da web foi desativada e os dados precisam ser solicitados ao Ministério da Saúde.

O **Componente Serviços** teve por objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde do SUS quanto à promoção do uso racional de medicamentos e identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

A PNAUM Serviços fez um levantamento de informações de amostra de serviços de APS, em municípios representativos das regiões brasileiras. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos, responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de APS do SUS, além de observação das instalações dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais

pela assistência farmacêutica. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. Detalhes da metodologia da PNAUM Serviços, bem como o processo amostral estão descritos em Álvares et al. (2017).

Coletou dados de 8.803 usuários do SUS maiores de 17 anos, que estiveram nos serviços de APS à espera de uma consulta médica, capazes de responder às questões propostas e concordaram em participar da pesquisa. A amostragem foi realizada tendo como referência o total de entrevistados por serviço e a agenda de consultas nas unidades de saúde do SUS, por dia da semana. Com isso, foram definidos quantos dias de entrevista por unidade de APS e em cada dia os nomes dos médicos foram listados por ordem alfabética e as entrevistas distribuídas entre eles, obedecendo à essa ordem.

Após essa etapa, o primeiro usuário para ser entrevistado na agenda de um dos médicos seria o último paciente a ser atendido, entre os que já estivessem presentes na unidade.

As versões completas dos questionários e resultados primários estão disponíveis nas publicações: caderno 2 Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos (BRASIL, 2016d) e Caderno 4 Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: resultados (BRASIL, 2017).

Os bancos de dados da PANUM serviços não estão disponíveis, é preciso solicitar ao Ministério da Saúde.

Todos os bancos de dados da PNAUM são públicos, mas não estão disponíveis publicamente, é possível obtê-los por solicitação ao Ministério da Saúde, de acordo com a provisão da Lei de Acesso à Informação – LAI (BRASIL, 2011).

5.1.1 Artigo 1

O artigo *“Patient’s perception of medication and nonadherence to chronic disease treatments. A population-based study in Brazil”* utilizou informações do banco de dados de medicamentos de uso contínuo do componente populacional da PNAUM.

Para a análise dos dados, foram utilizadas as informações autorreferidas pelos pacientes, cadastradas no banco de dados de medicamentos de uso contínuo da PNAUM. Esse banco possui informações registradas por medicamento, não por entrevistados, tornando o medicamento a unidade de análise.

Os medicamentos foram codificados por suas Denominações Comuns Brasileiras e na ausência as Internacionais (DCB/DCI) e pela Classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) da OMS (WHO, 2019). Foram excluídos os medicamentos utilizados por pessoas com idade igual ou inferior a 15 anos e sem informação para ATC ou classificação de não adesão. Medicamentos de longa duração para tratamento de HAS, diabetes e dislipidemia foram selecionados devido ao seu status de prioridade entre os medicamentos dispensados no SUS, levando em consideração a alta morbimortalidade das DCNT no Brasil e no mundo (BRASIL, 2002).

Nossa amostra foi composta pelos medicamentos dos seguintes grupos ATC: para diabetes: A10 (medicamentos usados em diabetes); HAS - C2 (anti-hipertensivos), C3 (diuréticos), C4 (vasodilatadores periféricos), C7 (betabloqueadores), C8 (bloqueadores dos canais de cálcio), C9 (agentes que atuam no sistema renina-angiotensina); e para dislipidemia, o grupo C10 (agentes modificadores de lipídios).

5.1.2 Artigo 2

O artigo *“Insatisfação dos usuários do SUS com os serviços de assistência farmacêutica e a não adesão ao uso de medicamentos para doenças crônicas”* utilizou informações do banco de dados de entrevistas com usuários da APS do componente Serviços da PNAUM.

Foram avaliadas as entrevistas com os usuários da APS do SUS de 18 anos ou mais que declararam usar medicamentos para tratamento da HAS, diabetes e dislipidemia e que tinham frequentado as farmácias do SUS nos 3 meses anteriores à coleta de dados. Tal escolha foi feita por serem tratamentos de curso longo, que fazem do paciente ator experientes no contato com os serviços de AF e para os quais a não adesão aos tratamentos são um problema importante para pacientes e serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; WHO, 2003a).

Como tratamento para diabetes, HAS e dislipidemia foram considerados os medicamentos pertencentes aos grupos terapêuticos da ATC: A10 (medicamentos usados na diabetes); C2 (anti-hipertensivos), C3 (diuréticos), C4 (vasodilatadores periféricos), C7 (agentes beta-bloqueadores), C8 (bloqueadores de canais de cálcio), C9 (agentes que atuam no sistema renina-angiotensina) e C10 (agentes modificadores de lipídeos) respectivamente.

5.2 Processamento dos Dados

Os bancos de dados originais PNAUM de medicamentos de uso contínuo e de usuários dos serviços APS foram exportados para o programa Microsoft Excel onde foram feitas limpezas dos resíduos de exportação, a codificação dos medicamentos por usuário (banco de medicamentos de uso contínuo), caracterização dos medicamentos segundo DCB/DCI, classificação ATC, parametrização dos critérios de inclusão e organização para cálculo das variáveis de interesse.

5.3 Variáveis de Estudo

5.3.1 Artigo 1 - “Patient’s perception of medication and nonadherence to chronic disease treatments. A population-based study in Brazil”

a) Variável Dependente - não adesão ao tratamento

No artigo 1 a variável dependente foi a não adesão ao tratamento, construída a partir das questões “Esqueceu dose deste medicamento na última semana?”, que admitia as respostas *sim*, *não* e *não tinha medicamento*, e a pergunta “Com que frequência você usa esse medicamento?”, cujas respostas eram *menos de uma vez ao dia*, *uma vez ao dia*, *duas vezes ao dia* e *mais de duas vezes ao dia*. Doses de medicamentos esquecidas na semana anterior, falta de medicamento ou tomada menos de uma vez ao dia foram considerados não adesão. Estas questões foram

aplicadas a cada um dos medicamentos utilizados pelos participantes do componente populacional da PNAUM.

b) Variáveis independentes – percepção do paciente em relação à medicação

A percepção do paciente em relação à medicação foi avaliada por meio de perguntas baseadas no *Brief Medication Questionnaire-BMQ* (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012) rastreio de crenças com: “Como esse remédio funciona para você?” (*bom ou regular/ruim*) – percepção da eficácia do medicamento; “Este medicamento incomoda ou causa problemas de saúde para você?” (*sim ou não*) – percepção de segurança do medicamento; “Pegar esse remédio foi...” (*muito difícil, um pouco difícil ou nada difícil*) – percepção sobre o acesso ao medicamento; “Há quanto tempo este medicamento é usado?” (*menos de 6 meses, 6 a 12 meses ou mais de 12 meses*) e unidades tomadas de cada vez (*uma ou duas ou mais*).

5.3.2 Artigo 2 – “Insatisfação dos usuários do SUS com os serviços de assistência farmacêutica e a não adesão ao uso de medicamentos para doenças crônicas”

Para caracterização da população foram usadas as variáveis: região do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste), sexo (feminino e masculino), etnia (branca/amarela e negra/parda/indígena), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (0 a 8 anos e acima de 8 anos de estudo), idade (17 a 39, 40 a 59 e igual ou maior que 60 anos), número de doenças por autorrelato (1 a 5 e acima de 5), polifarmácia – uso de 4 medicamentos ou mais (sim e não), necessidade de ajuda para tomar os medicamentos (sim e não), atendimento de emergência nos últimos 12 meses (sim e não) e internação hospitalar nos últimos 12 meses (sim e não).

a) Variável dependente – Não adesão ao uso de medicamentos

A não adesão foi avaliada por meio das variáveis: Não adesão por falta do medicamento (NAF), não adesão nos últimos 7 dias (NA7) e não adesão declarada (NAD).

A NAF avaliou a dificuldade de se obter o medicamento e foi construída a partir da pergunta: “Você teve algum problema para conseguir esse remédio?” que admitia respostas “sim” e “não”. A NA7 avaliou o não uso do medicamento na semana anterior e foi construída a partir da pergunta: “Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos últimos 7 dias?” que admitia respostas “sim” e “não”. A variável NAD avaliou a não adesão declarada e/ou intencional, quando o paciente declara que por vontade própria deixa de tomar o medicamento, por meio da pergunta: “Você deixa de utilizar algum remédio receitado pelo médico?” com respostas “sim” e “não”.

A variável NAD foi construída por meio de uma única pergunta por entrevistado, com as respostas “sim” consideradas não adesão.

Já as variáveis NAF, NA7 foram construídas a partir de perguntas por medicamento usado pelo entrevistado. Nessas perguntas as respostas “sim” (problema em conseguir e esquecimento) ganharam valor “1” e as “não” valor “0”. Os valores foram somados e divididos pelo total de medicamentos usados. Foi considerada não adesão para as variáveis NAF e NA7 resultado maior que 0,2 (mais que 20% dos medicamentos com problemas em serem obtidos ou esquecidos).

b) Variável independente – Insatisfação do usuário com os serviços de AF

A avaliação da insatisfação do usuário com serviços de AF na atenção primária do SUS foi feito por meio do modelo teórico desenvolvido por Esher, 2011 para avaliação da satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para HIV (ESHER et al., 2011).

Nesse modelo, as dimensões/subdimensões são os critérios usados pelo usuário para julgar a satisfação e o foco está na experiência corrente com o serviço de saúde e não no efeito dele na saúde do paciente. O modelo usa três dimensões de acesso (disponibilidade, oportunidade e adequação) para estruturar a satisfação. Essas

dimensões permitem apreender a satisfação/insatisfação em relação aos serviços prestados.

As definições de cada dimensão e as perguntas que as representaram estão no Quadro 3.

Para a análise da insatisfação com os serviços de AF foram consideradas as dimensões do acesso a medicamentos: disponibilidade (DISP), oportunidade/conveniência (OP/CO) e adequação (AD). A dimensão adequação foi dividida nas subdimensões: qualidade técnica da dispensação, qualidade técnica do medicamento, ambiência e aspectos interpessoais (AI) (ESHER et al., 2012; SOEIRO et al., 2017).

As variáveis-resposta foram agrupadas nas três dimensões: OP/CO, DISP e AD, e dicotomizadas, considerando “0” como satisfeito e “1” como insatisfeito (Quadro 3).

Para a construção das variáveis das dimensões OP/CO e AD foi utilizada uma única pergunta por entrevistado. Na dimensão DISP as variáveis foram construídas a partir de perguntas por medicamento usado, assim os valores para insatisfação (1) em cada pergunta de cada medicamento foram somados e divididos pelo número total de medicamento usados. Resultados iguais ou acima de 0,5 foram considerados insatisfeitos e classificados como “1” e valores menores que 0,5 satisfeitos e classificados como “0”.

Para que a insatisfação do usuário fosse representada por uma variável latente de cada dimensão, originalmente não observada, foi utilizada a técnica de teoria de resposta ao item (TRI) (RIZOPOULOS, 2006).

5.3.2.1 TRI para construção da insatisfação do usuário

As variáveis que avaliavam a insatisfação dos usuários foram agrupadas nas três dimensões (oportunidade, disponibilidade e adequação), dicotomizadas (0 satisfeito e 1 insatisfeito) e para que a insatisfação do usuário fosse representada por

uma variável latente de cada dimensão, originalmente não observada, foi utilizada a técnica de teoria de resposta ao item (RIZOPOULOS, 2006).

O índice de insatisfação foi criado para cada dimensão e transformado em uma escala de 0 a 1, em que a proximidade com o 0 indicava maior satisfação e com o 1, maior insatisfação.

Para dicotomizar as respostas de cada uma das variáveis, utilizou-se a mediana, sendo que valores maiores ou iguais assumiriam o código 1 (insatisfeito) e menores valor 0 (satisfeito).

Para a criação dos modelos, atendendo ao critério de parcimônia, foi primeiramente testado o modelo logístico de um parâmetro, seguido do modelo logístico de dois parâmetros e por fim, o modelo de três parâmetros.

Após cada modelo era feito o teste de qualidade do ajuste. Se o ajuste do modelo de um parâmetro estava adequado, então era considerado como modelo final. Se não estava, era feito o modelo de dois parâmetros, realizado o teste de modelos aninhados e o teste de qualidade de ajuste, para verificar se o segundo modelo era adequado e superior ao primeiro. Em caso afirmativo era considerado o modelo final, caso contrário ajustou-se o modelo de três parâmetros e avaliou-se se era superior ao anterior pelo teste dos modelos aninhados. A unidimensionalidade foi testada por análise paralela modificada.

Os modelos TRI foram construídos no programa R versão 4.1.2, utilizando o pacote *ltm* (RIZOPOULOS, 2006). O nível de significância adotado foi de 5%.

Os resultados da análise estão no anexo 1.

5.4 Análise dos dados

Os dados dos dois estudos tratados no programa Microsoft Excel foram exportados e analisados com o uso do IBM *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM-SPSS) versão 19.0, com o conjunto de comandos CSPLAN, apropriado para amostras complexas (ÁLVARES et al., 2017), que considera pesos amostrais e efeitos

do desenho. A análise descritiva foi realizada por meio de apresentação de frequências relativas e intervalos de confiança das frequências relativas.

Por meio de regressão logística foi realizada a análise da relação entre as variáveis independentes e o/os desfecho(s). Os resultados das análises bruta e ajustada foram apresentadas por meio de razão de chances (*Odds Ratio – OR*).

O ajuste do modelo (artigo 1 e 2) encontra-se nos métodos de cada artigo. O nível de significância estatística estabelecido para os estudos foi de 5% ($p < 0,05$).

5.5 Aspectos Éticos

A PNAUM foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Protocolo 18947013.6.0000.0008) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Protocolo 19997) (ANEXO 2). Todas as entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos entrevistados ou seus representantes legais (no caso de pessoas incapazes), com garantia de confidencialidade e anonimato.

Quadro 3: Constructo das variáveis relacionadas à satisfação do usuário com a dispensação.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTAS
Oportunidade (OP/CO) (accessibility) Existência dos serviços no lugar e no momento em que tecnicamente é requerido pela situação de saúde dos usuários.	Conveniência distância/facilidade de acesso geográfico, organização do serviço, tempo despendido pelo usuário e possibilidade de escolha de unidades de saúde	Distância do domicílio	Este lugar é longe da sua casa? (Assumiu valor 0 para a resposta “não” e 1 para as respostas “sim” e “mais ou menos”).
		Dificuldade para chegar ao serviço	Chegar aqui é (“Muito fácil” e “Fácil” receberam código 0, as respostas “Nem fácil/nem difícil”, “Difícil” e “Muito difícil” receberam código 1).
		Horário de funcionamento	O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (“Muito bom” e “Bom” receberam código 0, as respostas “Nem ruim/nem bom”, “Ruim” e “Muito ruim” receberam código 1).
		Tempo de espera	Normalmente, quanto tempo você espera para retirar os remédios nas farmácias públicas do SUS? (As respostas “Não espera” e “Um pouco” receberam código 0 e a resposta “Muito tempo” recebeu 1).
Disponibilidade (DISP) (availability) Definida pela relação entre o tipo e a quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e a quantidade de serviços oferecidos	Presença do medicamento disponibilidade do medicamento na farmácia na quantidade prescrita para o usuário	Conseguiu os medicamentos no SUS	Onde conseguiu este remédio pela última vez? (Assumiu código 0 para as respostas “Farmácia do SUS”, “Farmácia Popular” ou “Igreja ou sindicato” (que estaria relacionado a uma facilitação do acesso ao medicamento, promovendo satisfação) e 1 para a resposta “Farmácia comercial”). No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento para o qual ele deixou de tomar, a resposta dele seria 1).
		Problema para conseguir	Teve algum problema para conseguir remédio da última vez? (Assumiu código 0 para a resposta “não teve problema” e 1 para as respostas que indicavam que o paciente teve problema para conseguir o remédio). No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento para o qual ele deixou de tomar, a resposta dele seria 1).
		Deixou de tomar nos últimos 7 dias	Você deixou de tomar o medicamento por algum motivo nos últimos sete dias? (Assumiu valor 0 para o não e 1 para o sim). No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento para o qual ele deixou de tomar, a resposta dele seria 1).
		Medicamentos no SUS nos últimos 3 meses	Nos últimos três meses, com que frequência você conseguiu os remédios que procurava nas farmácias públicas do SUS? (As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0, as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” receberam código 1).
		Dificuldades com o medicamento De 1 a 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teve dificuldade de lembrar de tomar o remédio? 2. Teve dificuldade para lidar com remédios por que utiliza muitos comprimidos? 3. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil consegui-los? 4. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil ler o que está escrito na embalagem? 5. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil adequar a utilização deles com o seu trabalho? 6. Teve dificuldade para lidar com remédios por que há remédios diferentes com a mesma forma e coloração? A resposta “não” recebeu código 0 e a resposta “sim” código 1.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTAS
<p>Adequação (AD) (accomodation)</p> <p>Refere-se ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários</p>	<p>Qualidade técnica da dispensação</p> <p>competência de provedores e à adesão aos componentes essenciais da dispensação.</p>	<p>Recebe informação</p>	<p>Quando você retira remédios nas farmácias públicas do SUS, os funcionários que entregam os remédios repassam informações sobre a utilização dos mesmos? resposta “sim” recebeu código 0 e as respostas “às vezes” e “não” código 1.</p>
		<p>Entende a informação</p>	<p>Você entende as informações repassadas pelos funcionários que entregam remédios nas farmácias públicas do SUS? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.</p>
		<p>Farmacêutico/ Funcionário disponível</p>	<p>O farmacêutico ou outro funcionário da farmácia pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os remédios? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.</p>
		<p>Orientação como guardar em casa</p>	<p>Quando retira remédios nas farmácias públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardá-los em casa? As respostas “Sempre” e “repetidamente” receberam código 0, as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” receberam código 1.</p>
	<p>Qualidade técnica do medicamento</p> <p>características das embalagens e à apresentação dos medicamentos, à produção de reações adversas e à possível resolução de sintomas.</p>	<p>Efeito SUS x comercial</p>	<p>Para você os efeitos dos remédios recebidos nas farmácias pública do SUS em comparação com os efeitos dos remédios comprados em farmácia comercial são: As respostas “iguais” e “melhores” receberam código 0 e a resposta “piores” código 1.</p>
		<p>Efeito do medicamento</p>	<p>Como esse remédio está funcionando para sua doença? Assumi código 0 para a resposta “bem” e 1 para as respostas “regular” e “não funciona bem”. No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento que ele julgou funcionar de forma regular ou não funcionar bem, a resposta dele seria 1.</p>
		<p>Causa problema de saúde</p>	<p>Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você? Assumi código 0 para a resposta “não” e 1 para a resposta “sim”. No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento que causou problema, a resposta dele seria 1.</p>
	<p>Ambiência</p> <p>características do local onde o cuidado é fornecido e deve garantir adequação das instalações às condições mínimas para um ambiente confortável (limpeza, sinalização, ventilação suficiente, lugar protegido de intempéries, água limpa para beber)</p>	<p>Sinalização</p>	<p>Como você avalia a sinalização para encontrar a farmácia pública do SUS? As respostas “muito fácil” e “fácil” receberam código 0 e as respostas “nem fácil/nem difícil”, “difícil” e “muito difícil” código 1.</p>
		<p>Limpeza</p>	<p>Como você avalia a limpeza da farmácia pública do SUS? As respostas “muito boa” e “boa” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem boa”, “ruim” e “muito ruim” código 1.</p>
		<p>Conforto</p>	<p>Como você avalia o conforto da farmácia pública do SUS? As respostas “muito bom” e “bom” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem bom”, “ruim” e “muito ruim” código 1.</p>

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTAS
		Atendimento	Como você avalia o atendimento da farmácia pública do SUS? As respostas “muito bom” e “bom” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem bom”, “ruim” e “muito ruim” código 1.
	Relações interpessoais atitude dos dispensadores em relação aos usuários no momento do fornecimento dos medicamentos e inclui os componentes de autonomia, dignidade e confidencialidade	Respeito/ cortesia	Os funcionários da farmácia pública do SUS atendem com respeito e cortesia? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.
		Privacidade	Você considera que o atendimento na farmácia pública do SUS ocorre com privacidade? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.
		Avaliação atendimento	Como você avalia o atendimento da farmácia pública do SUS? As respostas “muito bom” e “bom” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem bom”, “ruim” e “muito ruim” código 1.

6. RESULTADOS

6.1 Artigo 1 – Patient's perception of medication and nonadherence to chronic disease treatments. A population-based study in Brazil*

*Aceito para publicação no Journal of Pharmaceutical Health Services Research

6.1.1 Abstract

Objective: To identify the association between patients' perception of medication for hypertension, diabetes, and dyslipidemia and nonadherence by regions of Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study using open data from the population-based survey PNAUM (National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil), conducted from September 2013 to February 2014. Patients' self-reported perceptions recorded on each of the medicines for hypertension, diabetes, and dyslipidemia were used for analysis. The dependent variable was nonadherence to treatment, and the patient's perceptions about medication were the independent variable. Logistic regression was performed to calculate the crude and adjusted odds ratios (ORs). **Key findings:** Nonadherence was observed in 6.6% of the 16,491 drugs, with missed dose (84.5%) being the main cause. In the adjusted analysis, perception of medication effectiveness considered regular or poor (OR 3.025; 95% CI 1.672-5.473), perception that caused discomfort (OR 2.731; 95% CI 1.464-5.092), and medicines used for less than six months (OR 1.557; 95% CI 1.089-2.227) had higher chances of nonadherence in Brazil (all regions). **Conclusion:** Patient perception of the effectiveness, safety, and time of use of medications are key factors associated with nonadherence and can contribute to building medication beliefs that may affect current and future adherence.

Keywords: medicines, medication adherence; chronic disease; hypertension; diabetes and dyslipidemia.

6.1.2 Introduction

Chronic noncommunicable diseases (NCDs) are the leading causes of global morbidity and mortality, especially in developing countries (MURRAY et al., 2020). In Brazil, 72% of the total deaths are due to NCDs, with cardiovascular diseases as the leading cause (MALTA et al., 2014). Lifestyle changes and pharmacotherapy are the main health strategies to address these long-term and high-cost conditions. Both can contribute to clinical improvement and decrease mortality with positive outcomes but

require patient adherence to the treatments (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003a).

Medication adherence, defined as the extent to which taking medications corresponds with recommendations by a healthcare provider, is essential for treatment success (WHO, 2003a). Nonadherence results in increased mortality risk, increased emergency room visits, waste of resources, lack of control of chronic diseases, and reduced quality of life (CUTLER et al., 2018; DIMATTEO, 2004; KIM et al., 2018; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003a). Nonadherence ranges from 24.8% to 52.0% for NCDs in developed countries and is even higher in developing countries (DIMATTEO, 2004; FERNANDEZ-LAZARO et al., 2019; WHO, 2003a). Approximately 10% of all cardiovascular events may be attributed to poor medication adherence (CHOWDHURY et al., 2013).

An estimated 10% improvement in diabetes medication adherence would lead to at least a 6.6% reduction in hospitalizations (BALKRISHNAN et al., 2003). The total direct national cost of nonadherence of adults diagnosed with diabetes, hypertension, or dyslipidaemia in the United States was estimated to be \$105.8 billion (\$453 per adult) (NASSEH et al., 2012).

Patient medication-taking behavior is influenced by many factors, including health literacy, socioeconomic status, perceived medication necessity, future health concerns, and whether the medicine provides symptom relief (LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015). Among NCD patients, psychosocial factors, such as beliefs about illness and treatment, self-efficacy and perceived control, self-regulation, and emotional states, play an important role (GONZALEZ; TANENBAUM; COMMISSARIAT, 2016).

Beliefs about medicines are shaped by an individual's experience using medicines, which could include an adverse effect, a long-term risk, or medications that interfere with daily life and affect how prescribed medicines are taken (PHATAK; THOMAS, 2006; SHIYANBOLA; FARRIS; CHRISCHILLES, 2013). Poor perception of the benefits and beliefs of medication significantly increases the likelihood of premature discontinuation of treatment and is associated with nonadherence (GONZALEZ; TANENBAUM; COMMISSARIAT, 2016; HOLMES; HUGHES; MORRISON, 2014; LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015; PHATAK; THOMAS, 2006; RAJPURA; NAYAK, 2014). History, culture, family, and individual preferences influence medication beliefs

which alone are responsible for 22.4% of the variation in nonadherence to chronic medicine therapy (MCQUAID; LANDIER, 2018; PHATAK; THOMAS, 2006).

There are few studies on nonadherence to medication with national data in Brazil, and even fewer that assess how patients' perception of treatments is related to nonadherence (SÁ et al., 2019). Furthermore, Brazil is a developing continental country with deep regional inequalities in income, implementation, and access to health services, geographic accessibility and supply of medicines, and historical concentration of wealth, resources, and services in the south and southeast, factors that can influence both beliefs and nonadherence to medication (ALBUQUERQUE et al., 2017; MEINERS et al., 2017; PANIZ et al., 2008, 2016).

Therefore, the objective of this study was to identify the association between patients' perception of medication for hypertension, diabetes, and dyslipidaemia and the indication of nonadherence by region of Brazil.

6.1.3 Methods

This cross-sectional study uses open data from the population-based survey PNAUM (National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil), coordinated and funded by the Brazilian Ministry of Health. Sociodemographic, health, and medicine use data were collected between September 2013 and February 2014 from 41,433 Brazilians residing in private households in urban areas in the five regions of Brazil, including the capitals. The PNAUM is the most recent and largest population survey of medicines carried out in the country with a complex sample with national representativeness, stratified by sex and age group (see box 1). The data underlying this article are available upon request to the Brazilian Ministry of Health, through the access to information law (BRASIL, 2014; MENGUE et al., 2016a; TAVARES et al., 2016a).

The present study followed the guidelines of 'The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology' (STROBE) (ELM et al., 2007). Patients' self-reported information registered in the PNAUM long-term medication

database was used for data analysis. This database has information recorded by medicine, not by interviewees, making the medicine the unit of analysis.

The medicines were coded by their international nonproprietary names (INN) and classified them by WHO Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) (WHO, 2021). Medicines used by people aged 15 and under (considered children by the study) and without information for ATC or nonadherence classification were excluded. Long-term medicines used by adults to treat hypertension, diabetes, and dyslipidaemia were selected due to their priority status among the dispensed medicines at the Brazilian Unified Health System (SUS), taking into account the high morbidity and mortality of NCDs in Brazil and worldwide (BRASIL, 2002).

The sample is composed of the following ATC groups: for diabetes: A10 (medicines used in diabetes); hypertension- C2 (antihypertensive drugs), C3 (diuretics), C4 (peripheral vasodilators), C7 (beta-blocking agents), C8 (calcium channel blockers), C9 (agents that act on the renin-angiotensin system); and for dyslipidaemia, the group C10 (lipid modifying agents).

Variables

The dependent variable was nonadherence to treatment, built from the questions “Did you forget a dose of this medicine in the last week?”, which admitted the answers *yes*, *no*, and *I had no medicine*, and the question “How often do you use this medicine?”, whose answers were *less than once a day*, *once a day*, *twice a day* and *more than twice a day*. Dose medication forgotten in the previous week, missing medicine, or taken less than once a day was considered indicative of nonadherence.

Nonadherence, defined as any dose lost in the previous seven days, is a good sensitivity and specificity method recommended by Haynes et al. to identify low adherence. (HAYNES; MCDONALD; GARG, 2002).

The patient perception of medication (independent variables) was assessed through questions based on the *Brief Medication Questionnaire-BMQ* belief Screen: “How does this remedy work for you?” (*good or regular/poor*) - perception of medicine effectiveness; “Does this medicine bother or cause health problem(s) for you?” (*yes or no*) - perception of discomfort caused by medicine; “Get this medicine was ...” (*very difficult, slightly difficult or not difficult*) - perception about access to medicine; “How

long this medicine has been used?" (*less than 6 months, 6 to 12 months, or more than 12 months*) and units taken at a time (*one or two or more*) (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

6.1.3.1 Statistical analyses

We treated the data using Microsoft Excel (version 365) and analysed them using the IBM Statistical Package for the Social Sciences® (IBM SPSS) version 19.0., with the CSPLAN commands, appropriate for complex samples that consider the samples, weights, and effects of the drawing (MENGUE et al., 2016a; OLIVEIRA et al., 2016). The characterization and analysis were stratified by the region's country, categorised into North, Northeast, Midwest, Southeast, and South. Brazil's regions have different income levels, access to health services, and nonadherence to treatments (MEINERS et al., 2017; PANIZ et al., 2008, 2016; TAVARES et al., 2016b).

We calculated the variable percentages with their respective 95% confidence intervals (95% CI). The association between nonadherence and patient perception was made through unadjusted and adjusted analyses with adherence to treatments as a reference category. For this analysis, we performed logistic regression, presenting the results using crude and adjusted odds ratios (ORs). In the adjusted analysis, all the independent variables tested were used. The level of statistical significance established in this study was 5% ($p < 0.05$).

6.1.3.2 Ethical aspects

The PNAUM was approved by the Brazilian National Research Ethics Commission (CONEP) through Opinion No. 398,131 of September 2013. The interviews were conducted after an explanation of the study's objectives and agreement by the interviewee or legal guardian, with a signature of an informed consent form.

6.1.4 Results

PNAUM collected self-report information on 30,820 long-term medicines. Excluding 662 used by nonadults (15 years or younger), 2,886 did not have information about adherence or to be classified or did not have an ATC classification. Of the

remainder, 10,781 were not used to treat hypertension, diabetes, and dyslipidaemia and were excluded, resulting in a sample of 16,491 medicines (Figure 1).

A total of 16,491 medicines were used by 8,954 people, most of whom were women (63.8%), with an average age of 62.0 years (SD=13.3; median: 63.0; interquartile range: 18.0). Over half were residents in the Southeast region (53.3%).

Most medicines were for the treatment of hypertension (73.2%), accessed without difficulty (88.3%), and used for more than 12 months (78.7%). Midwest (28.9%) and North (24.6%) regions had more medicines associated with starting treatments. In the North and Midwest, the perception of effectiveness problems was greater. The Midwest (4.1%) has more perception of discomfort in using medications. The difficulty of access is greater in the Midwest (6.7%) and Northeast (5.9%) regions (Table 1).

The Nonadherence to medications was observed in 6.6% of the medicines analysed. Missed doses (84.5%) were the main reason. The Midwest (7.9%) and Northeast (7.9%) regions had the highest rates, and the South (5.3%) had the lowest (Table 1).

For the treatment of hypertension, agents in the renin-angiotensin system (33.6%) were the most used, followed by diuretics (19.0%). The main active ingredients were losartan (16.7%) and hydrochlorothiazide (18.9%). For diabetes, the main class used was oral hypoglycemic agents (14.0%), particularly metformin (59.0%). The most commonly used treatment for dyslipidaemia among lipid modifiers (12.2%) was simvastatin (77.0%) (Tables 2 and 3).

In the unadjusted analyses, nonadherence was higher in medicines that were used for less than six months (in Southeast, Midwest, and all regions), with the perception of effectiveness considered regular or poor (in North, Northeast, Southeast, South, Midwest, and all regions), which caused discomfort (North, Northeast, Southeast, South, Midwest, and all regions) and was more difficult to access (Northeast, Southeast, South, Midwest, and all regions) (Table 4).

In the adjusted model, medicines used for less than six months (OR 1.557; 95% CI 1.089-2.227), with the perception of effectiveness considered regular or poor (OR 3.025; 95% CI 1.672-5.473) and that caused discomfort (OR 2.731; 95% CI 1.464-5.092), had higher chances of nonadherence. The Northeast region had no variable associated with nonadherence, and in the Midwest, the perception of difficulty accessing

medication (OR 2.786; 95% CI 1.552-5.000) remained associated with nonadherence (Table 5).

6.1.5 Discussion

This study found that patients' perception of effectiveness considered regular or poor, of discomfort caused by the medicine, and patients using medicines for less than 6 months were statistically associated with nonadherence in Brazil (all regions). The differences observed across regions may be explained by local health systems and patients' characteristics.

This study's most prevalent classes and medicines hypertension, diabetes, and dyslipidaemia are the same as those found in other national studies (GONTIJO et al., 2012; MENGUE et al., 2016b; MOREIRA et al., 2020). They are part of the Brazil National List of Essential Medicines (RENAME), are provided free of charge at the universal healthcare system - SUS and are among the leading choices for treating these diseases (BRASIL, 2022).

The nonadherence observed in 6.6% of the medicines analysed is not comparable to studies carried out with medicine users. In this study, the unit of analysis was the medicine, not medicine users. Although the self-reported information recorded by medicine is from patients, the nonadherence percentage does not reveal the number of nonadherent patients but the number of medicines with information classified as nonadherence.

There is a significant volume of studies related to adherence in the literature with a wide range of concepts and levels of nonadherence. Due to a lack of standardization, comparisons among them are challenging (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; VRIJENS et al., 2012). International studies report nonadherence from 30.2% to 52.0% for patients with chronic diseases (FERNANDEZ-LAZARO et al., 2019; HEDEGAARD et al., 2015; JÜNGST et al., 2019). Systematics reviews evaluating the evidence on nonadherence for specific NCDs showed levels ranging from 3.3 to 86% for antihypertensives, from 6.9 to 61.5% for antidiabetics, and 20.8 to 82.2% for statins (DURAND et al., 2017; HOPE et al., 2019; KRASS; SCHIEBACK; DHIPPAYOM, 2015).

In Brazil, nonadherence rates vary from 17 to 79% with PNAUM data ranging from 20.2 to 30.8% (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2020; FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014; GIROTTO et al., 2013; MEINERS et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2020; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; TAVARES et al., 2016b).

Medicine beliefs are associated with intentional nonadherence when the patient consciously chooses not to use medicines for many reasons, many of which are supported by these beliefs (HUYARD et al., 2017; SHIYANBOLA; FARRIS; CHRISCHILLES, 2013). The perception of low effectiveness was the factor with the strongest association with the outcome in our study. Perceived problems with medicine's effectiveness or frustrated high expectations of treatment are related to nonadherence (BARDEL; WALLANDER; SVÄRDSUDD, 2007; JÜNGST et al., 2019).

Doubts and anxiety about the necessity of medications were linked to a perceived lack of effectiveness. Experiences such as the medicine being the only sign of the illness, symptoms still being present regardless of medication taken, and ineffective medications when needed strengthen patient's concern beliefs and build barriers to adherence (LYCETT et al., 2018). The lack of effectiveness also affects future treatments. Failures in the patient's prior treatment influence perceptions about the effectiveness of subsequent treatment, with past outcomes affecting the perception of future treatment success (MURPHY et al., 2011).

The perception of discomfort was also significantly associated with nonadherence. The concern with side effects or their experience in using medications is a known cause associated with decreased adherence to medication (BARDEL; WALLANDER; SVÄRDSUDD, 2007; JÜNGST et al., 2019; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Patients' concerns about potential side effects and long-term effects of the medicine were more important factors influencing adherence than the present experience of side effects (COOPER et al., 2015; LYCETT et al., 2018). Seeking to reduce the medicines' side effects experienced is a critical path to improving patient adherence and quality of life but it is just as essential to know beliefs about the unwanted effects and improve ways to reduce them (BARDEL; WALLANDER; SVÄRDSUDD, 2007; COOPER et al., 2015; JÜNGST et al., 2019; LYCETT et al., 2018; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Previous research on the time of diagnosis and treatment for chronic diseases has found it difficult to insert NCD diagnosis and treatment into the life routine, especially without symptoms (JOKISALO et al., 2002; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). NCD patients make a considerable effort to integrate the illness into their life context and avoid being consumed by 'living an illness,' as the daily tasks, the changing symptoms, and the fluctuating emotions (WHITTEMORE; DIXON, 2008). The professional advice and follow-up seem particularly important at the beginning of the treatment, as the results suggest that nonadherence is more likely to happen in the first six months of treatment, with a significant association.

The perception of the difficulty accessing the medication lost significance in the adjusted analysis. Nevertheless, there is no adherence without medicines (FERNANDEZ-LAZARO et al., 2019; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; TAVARES et al., 2016b). In Brazil, this difficulty in access is an essential factor in nonadherence, with the south and southeast regions having more access and lower rates associated with nonadherence compared to other regions with less access and higher rates (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; TAVARES et al., 2016b). Direct assessment of access may be an indicator more strongly linked to nonadherence than patients' perception of access.

The absence of association in the adjusted analysis of all factors studied for the Northeast may indicate that the patient's perception of medicine (effectiveness, discomfort, access, and time of use) are not the leading promoters of nonadherence in the region. Different factors related to patient, therapy, and health services need to be studied.

In this study, forgetfulness was the main behaviour reported. Treatment concerns are often 'masked' behind 'forgetfulness.' Forgetfulness is a justification commonly made for poor adherence. However, upon further examination, negative medication beliefs are often the driver of forgetting (LEHANE; MCCARTHY, 2007; LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015; LYCETT et al., 2018).

The present study was limited to estimating medication nonadherence because it used information recorded by medicine. The adoption of self-reporting as a measure of nonadherence is a limitation of the study, as it is susceptible to overestimation by false positives due to memory problems. A mitigation strategy

adopted was the use of a short recall period, as recommended in the literature. Another limitation is the cross-sectional nature of database (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003a).

The strength of this study is the representativeness of its sample of the Brazilian population, based on data from the most extensive survey on medicine use in Brazil. It can provide real-world evidence on the association between patients' perceptions of medication and nonadherence to NCD.

6.1.6 Final considerations

According to our findings, the perception of effectiveness and safety and recent medicine use are crucial to ensure proper therapy.

Promising strategies to improve medication adherence include regimen simplification, reduction of out-of-pocket costs, use of allied health professionals in delivering interventions (including pharmacists or a team-based collaborative care), and self-monitoring disease (PEACOCK; KROUSEL-WOOD, 2017).

Interventions to improve adherence should target medication beliefs held by patients and follow key steps: the provision of information and knowledge regarding how to adhere, encouragement of motivation to adhere, belief in treatment, and assistance in overcoming barriers that are present (DIMATTEO; HASKARD-ZOLNIEREK; MARTIN, 2012; GEURTS et al., 2015).

Future studies could provide additional data through health psychology theories and theoretical models that lead to a better understanding of patients' beliefs related to illness, treatment, and behaviour changes to develop strategies to reduce nonadherence related to beliefs.

6.1.7 Referências

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi De; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias De; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26862016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=pt&tlng=pt.
- BALKRISHNAN, Rajesh; RAJAGOPALAN, Rukmini; CAMACHO, Fabian T.; HUSTON, Sally A.; MURRAY, Frederick T.; ANDERSON, Roger T. Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: A longitudinal cohort study. **Clinical Therapeutics**, [S. l.], v. 25, n. 11, p. 2958–2971, 2003. DOI: 10.1016/S0149-2918(03)80347-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149291803803478>.
- BARDEL, Annika; WALLANDER, Mari-Ann; SVÄRDSUDD, Kurt. Factors associated with adherence to drug therapy: a population-based study. **European Journal of Clinical Pharmacology**, [S. l.], v. 63, n. 3, p. 307–314, 2007. DOI: 10.1007/s00228-006-0246-4. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-006-0246-4>.
- BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 279–289, 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento De Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022., 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2022.pdf.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **PNAUM - Microdados medicamentos crônicos (medicamentos para o tratamento de doenças crônicas relatados pelos entrevistados)**. 2014.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_campanha.pdf.
- CHOWDHURY, Rajiv et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. **European Heart Journal**, [S. l.], v. 34, n. 38, p. 2940–2948, 2013. DOI: 10.1093/eurheartj/eh295. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/eh295>.
- COOPER, Vanessa; METCALF, Leanne; VERSNEL, Jenny; UPTON, Jane; WALKER, Samantha; HORNE, Rob. Patient-reported side effects, concerns and adherence to corticosteroid treatment for asthma, and comparison with physician estimates of side-effect prevalence: a UK-wide, cross-sectional study. **npj Primary Care Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 15026, 2015. DOI: 10.1038/npjpcrm.2015.26. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/npjpcrm201526>.

CUTLER, Rachele Louise; FERNANDEZ-LLIMOS, Fernando; FROMMER, Michael; BENRIMOJ, Charlie; GARCIA-CARDENAS, Victoria. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. **BMJ Open**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. e016982, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016982. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-016982>.

DIMATTEO, M. Robin. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. **Medical Care**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 200–209, 2004. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9. Disponível em: <https://journals.lww.com/00005650-200403000-00002>.

DIMATTEO, M. Robin; HASKARD-ZOLNIEREK, Kelly B.; MARTIN, Leslie R. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. **Health Psychology Review**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 74–91, 2012. DOI: 10.1080/17437199.2010.537592. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17437199.2010.537592>.

DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Taynãna César; ANDRADE, Fabíola Bof De. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, p. 1–14, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200080. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100470&tlng=pt.

DURAND, Hannah; HAYES, Peter; MORRISSEY, Eimear C.; NEWELL, John; CASEY, Monica; MURPHY, Andrew W.; MOLLOY, Gerard J. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension. **Journal of Hypertension**, [S. l.], v. 35, n. 12, p. 2346–2357, 2017. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001502. Disponível em: <https://journals.lww.com/00004872-201712000-00004>.

ELM, Erik Von; ALTMAN, Douglas G.; EGGER, Matthias; POCOCK, Stuart J.; GØTZSCHE, Peter C.; VANDENBROUCKE, Jan P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **The Lancet**, [S. l.], v. 370, n. 9596, p. 1453–1457, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61602-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext#.XdLUVKozJLA.mendeley](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext#.XdLUVKozJLA.mendeley). Acesso em: 18 nov. 2019.

FERNANDEZ-LAZARO, Cesar I.; ADAMS, David P.; FERNANDEZ-LAZARO, Diego; GARCIA-GONZÁLEZ, Juan M.; CABALLERO-GARCIA, Alberto; MIRON-CANELO, Jose A. Medication adherence and barriers among low-income, uninsured patients with multiple chronic conditions. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [S. l.], v. 15, n. 6, p. 744–753, 2019. DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.09.006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.09.006>.

FERREIRA, Reginara Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 815–826, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00160512. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400815&lng=pt&tlng=pt.

GEURTS, Marlies M. E.; STEWART, Roy E.; BROUWERS, Jacobus R. B. J.; DE GRAEFF, Pieter A.; DE GIER, Johan J. Patient beliefs about medicines and quality of life after a clinical medication review and follow-up by a pharmaceutical care plan: a

study in elderly polypharmacy patients with a cardiovascular disorder. **Journal of Pharmaceutical Health Services Research**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 171–176, 2015. DOI: 10.1111/jphs.12104. Disponível em: <https://academic.oup.com/jphsr/article/6/4/171-176/6016311>.

GIROTTO, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei De; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; MATSUO, Tiemi. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 1763–1772, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000600027. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&tlng=pt.

GONTIJO, Mônica de Fátima; RIBEIRO, Andréia Queiroz; KLEIN, Carlos Henrique; ROZENFELD, Suely; ACURCIO, Francisco de Assis. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 28, n. 7, p. 1337–1346, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000700012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700012&lng=pt&tlng=pt.

GONZALEZ, Jeffrey S.; TANENBAUM, Molly L.; COMMISSARIAT, Persis V. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. **American Psychologist**, [S. l.], v. 71, n. 7, p. 539–551, 2016. DOI: 10.1037/a0040388. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0040388>.

HAYNES, R. Brian; MCDONALD, Heather P.; GARG, Amit X. Helping Patients Follow Prescribed Treatment. **JAMA**, [S. l.], v. 288, n. 22, p. 2880, 2002. DOI: 10.1001/jama.288.22.2880. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.288.22.2880>.

HEDEGAARD, Ulla; KJELDSSEN, Lene Juel; POTTEGÅRD, Anton; HENRIKSEN, Jan Erik; LAMBRECHTSEN, Jess; HANGAARD, Jørgen; HALLAS, Jesper. Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. **The American Journal of Medicine**, [S. l.], v. 128, n. 12, p. 1351–1361, 2015. DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.08.011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.011>.

HOLMES, Emily A. F.; HUGHES, Dyfrig A.; MORRISON, Valerie L. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research. **Value in Health**, [S. l.], v. 17, n. 8, p. 863–876, 2014. DOI: 10.1016/j.jval.2014.08.2671. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>.

HOPE, Holly F.; BINKLEY, George M.; FENTON, Sally; KITAS, George D.; VERSTAPPEN, Suzanne M. M.; SYMMONS, Deborah P. M. Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. e0201196, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0201196. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0201196>.

HUYARD, Caroline; DERIJKS, Luc; HAAK, Harm; LIEVERSE, Louis. Intentional Nonadherence as a Means to Exert Control. **Qualitative Health Research**, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 1215–1224, 2017. DOI: 10.1177/1049732316688882. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732316688882>.

JOKISALO, E.; KUMPUSALO, E.; ENLUND, H.; HALONEN, P.; TAKALA, J. Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy. **Journal of Human Hypertension**, [S. l.], v. 16, n. 8, p. 577–583, 2002. DOI: 10.1038/sj.jhh.1001448. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/1001448>.

JÜNGST, C.; GRÄBER, S.; SIMONS, S.; WEDEMEYER, H.; LAMMERT, F. Medication adherence among patients with chronic diseases: a survey-based study in pharmacies. **QJM: An International Journal of Medicine**, [S. l.], v. 112, n. 7, p. 505–512, 2019. DOI: 10.1093/qjmed/hcz058. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/112/7/505/5370182>.

KIM, Yeon-Yong; LEE, Jin-Seok; KANG, Hee-Jin; PARK, Sang Min. Effect of medication adherence on long-term all-cause-mortality and hospitalization for cardiovascular disease in 65,067 newly diagnosed type 2 diabetes patients. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 12190, 2018. DOI: 10.1038/s41598-018-30740-y. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41598-018-30740-y>.

KRASS, I.; SCHIEBACK, P.; DHIPPAYOM, T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. **Diabetic Medicine**, [S. l.], v. 32, n. 6, p. 725–737, 2015. DOI: 10.1111/dme.12651. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.12651>.

LEHANE, Elaine; MCCARTHY, Geraldine. Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 44, n. 8, p. 1468–1477, 2007. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748906002264>.

LINSKY, Amy; SIMON, Steven R.; BOKHOUR, Barbara. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 98, n. 2, p. 220–225, 2015. DOI: 10.1016/j.pec.2014.11.010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.010>.

LYCETT, Helen; WILDMAN, Emilie; RAEBEL, Eva M.; SHERLOCK, Jon-Paul; KENNY, Tom; CHAN, Amy Hai Yan. Treatment perceptions in patients with asthma: Synthesis of factors influencing adherence. **Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 141, n. July, p. 180–189, 2018. DOI: 10.1016/j.rmed.2018.06.032. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0954611118302300>.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo De; PRADO, Rogério Ruscitto Do; ESCALANTE, Juan Cortez; SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014. DOI: 10.5123/S1679-49742014000400002. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

MCQUAID, Elizabeth L.; LANDIER, Wendy. Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 200–206, 2018. DOI: 10.1007/s11606-017-4199-3. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-017-4199-3>.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; TAVARES, Noemia Urruth Leão; GUIMARÃES, Luciano Santos Pinto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; LUIZA, Vera Lucia; MENGUE, Sotero Serrate; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 445–459, 2017.

DOI: 10.1590/1980-5497201700030008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300445&lng=pt&tlng=pt.

MENGUE, Sotero Serrate et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): household survey component methods. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–13, 2016. a. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006156. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300304&lng=en&tlng=en.

MENGUE, Sotero Serrate; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; RAMOS, Luiz Roberto; FARIAS, Mareni Rocha; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; TAVARES, Noemia Urruth Leão; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; LUIZA, Vera Lucia; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–9, 2016. b. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006154. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300305&lng=en&tlng=en.

MOREIRA, Thais de Abreu; ALVARES-TEODORO, Juliana; BARBOSA, Mariana Michel; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. Uso de medicamentos por adultos na atenção primária: inquérito em serviços de saúde de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200025. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100424&tlng=pt.

MURPHY, Sean M.; ROSENMAN, Robert; YODER, Jonathan K.; FRIESNER, Daniel L. Patients' perceptions and treatment effectiveness. **Applied Economics**, [S. l.], v. 43, n. 24, p. 3275–3288, 2011. DOI: 10.1080/00036840903508395. Disponível em:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00036840903508395>.

MURRAY, Christopher J. L. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, [S. l.], v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307522>.

NASSEH, Kamyar; FRAZEE, Sharon Glave; VISARIA, Jay; VLAHIOTIS, Anna; TIAN, Yuhong. Cost of medication nonadherence associated with diabetes, hypertension, and dyslipidemia. **American Journal of Pharmacy Benefits**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 41–47, 2012.

OLIVEIRA, Guilherme Lacerda; LULA-BARROS, Débora Santos; SILVA, Dayde Lane Mendonça; LEITE, Silvana Nair. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 23, n. 4, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200160. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000400204&tlng=pt.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lucia; TAVARES, Noemia Urruth Leão; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; FARIAS, Mareni Rocha; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; RAMOS, Luiz Roberto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–13, 2016. DOI: 10.1590/s1518-

8787.2016050006161. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&tlng=en.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence. Adherence to Medication. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 353, n. 5, p. 487–497, 2005. DOI: 10.1056/NEJMra050100. Disponível em:
<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra050100>.

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 267–280, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=pt&tlng=pt.

PANIZ, Vera Maria Vieira; CECHIN, Isabel Carolina Coelho Flores; FASSA, Anaclaudia Gastal; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva Da; FACCHINI, Luiz Augusto. Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 1–13, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00009915. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400702&lng=pt&tlng=pt.

PEACOCK, Erin; KROUSEL-WOOD, Marie. Adherence to Antihypertensive Therapy. **Medical Clinics of North America**, [S. l.], v. 101, n. 1, p. 229–245, 2017. DOI: 10.1016/j.mcna.2016.08.005. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712516373242>.

PHATAK, Hemant M.; THOMAS, Joseph. Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications. **Annals of Pharmacotherapy**, [S. l.], v. 40, n. 10, p. 1737–1742, 2006. DOI: 10.1345/aph.1H153. Disponível em:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1H153>.

RAJPURA, Jigar R.; NAYAK, Rajesh. Role of Illness Perceptions and Medication Beliefs on Medication Compliance of Elderly Hypertensive Cohorts. **Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 19–24, 2014. DOI: 10.1177/0897190013493806. Disponível em:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190013493806>.

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue Tanno De. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 126–136, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00092613. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100126&lng=pt&tlng=pt.

SÁ, Julio de Souza; GARCIA, Lucas França; BERNUCI, Marcelo Picinin; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Scientometrics on interventions used for adherence of hypertension and diabetes therapies. **Einstein (São Paulo)**, [S. l.], v. 18, p. eAO4723–eAO4723, 2019. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4723. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100219.

SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju De; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 12, p. 2389–2398, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010001200017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=pt&tlng=pt.

SHIYANBOLA, Olayinka O.; FARRIS, Karen B.; CHRISCHILLES, Elizabeth. Concern beliefs in medications: Changes over time and medication use factors related to a change in beliefs. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 446–457, 2013. DOI: 10.1016/j.sapharm.2012.07.003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.07.003>.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–10, 2016. a. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=en&tlng=en.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; LUIZA, Vera Lucia; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; RAMOS, Luiz Roberto; FARIAS, Marení Rocha; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–11, 2016. b. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&tlng=en.

VRIJENS, Bernard et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [S. l.], v. 73, n. 5, p. 691–705, 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>.

WHITTEMORE, Robin; DIXON, Jane. Chronic illness: the process of integration. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 17, n. 7b, p. 177–187, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x>.

WHO, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **ATC classification index with DDDs**. 2019. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.

WHO, World Health Organization. **World Health Organization Adherence to long term therapies:evidence for action**. Geneva. 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>.

Table 1. Characteristics of medicines and perceptions of treatment for hypertension, diabetes, and dyslipidaemia used by Brazilian adults and their perception toward the treatment, PNAUM, 2014. (n=16,491)

Characteristics of medications and perceptions of treatment	% (95% Confidence Interval)					
	North	Northeast	Southeast	South	Midwest	All regions
Duration of medicine use (n=15,424)						
Less than 6 months	24.6 (19.2-31.0)	16.8 (14.4-19.6)	15.7 (13.1-18.6)	14.1 (11.5-17.2)	28.9 (22.9-35.8)	16.9 (15.2-18.7)
6 to 12 months	3.7 (2.8-4.8)	5.8 (4.7-7.2)	4.1 (3.3-5.2)	3.7 (2.9-4.7)	4.5 (3.5-5.9)	4.4 (3.9-5.1)
More than 12 months	71.7 (65.4-77.3)	77.3 (74.4-80.0)	80.2 (77.4-82.7)	82.2 (79.3-84.7)	66.6 (60.0-72.5)	78.7 (76.9-80.4)
Units taken at a time (n=15,831)						
One	7.1 (5.8-8.7)	7.5 (6.1-9.1)	7.4 (6.3-8.8)	11.9 (10.1-13.9)	10.7 (8.8-12.9)	8.3 (7.5-9.2)
Two or more	92.9 (91.3-94.2)	92.5 (90.9-93.9)	92.6 (91.2-93.7)	88.1 (86.1-89.9)	89.3 (87.1-91.2)	91.7 (90.8-92.5)
Perception of medicine effectiveness (n=16,478)						
Good	95.7 (94.6-96.6)	96.4 (95.6-97.1)	96.6 (95.2-97.6)	97.4 (96.4-98.1)	95.0 (93.2-96.4)	96.5 (95.8-97.1)
Regular or poor	4.3 (3.4-5.4)	3.6 (2.9-4.4)	3.4 (2.4-4.8)	2.6 (1.9-3.6)	5.0 (3.6-6.8)	3.5 (2.9-4.2)
Perception of discomfort caused by the medicine (n=16,423)						
Cause discomfort	2.5 (1.8-3.4)	2.8 (2.2-3.5)	2.7 (2.0-3.8)	1.5 (1.0-2.2)	4.1 (3.0-5.7)	2.7 (2.2-3.2)
No discomfort	97.5 (96.6-98.2)	97.2 (96.5-97.8)	97.3 (96.2-98.0)	98.5 (97.8-99.0)	95.9 (94.3-97.0)	97.3 (96.8-97.8)
Perception about access to medicine (n=16,455)						
Very difficult	3.3 (2.0-5.4)	5.9 (4.4-7.9)	3.2 (2.2-4.5)	2.5 (1.8-3.5)	6.7 (5.3-8.4)	3.9 (3.2-4.7)
A bit difficult	11.7 (9.9-13.9)	10.3 (8.7-12.0)	6.8 (5.3-8.6)	6.0 (4.7-7.7)	10.7 (8.6-13.1)	7.8 (6.9-8.9)
Not difficult	85.0 (82.0-87.5)	83.8 (81.0-86.3)	90.0 (87.8-91.9)	91.4 (89.2-93.2)	82.7 (79.5-85.4)	88.3 (86.9-89.6)
Nonadherence to treatment (n=16,491)						
Yes	6.7 (4.8-9.4)	7.9 (6.5-9.7)	6.2 (4.6-8.2)	5.3 (3.9-7.1)	7.9 (6.2-10.0)	6.6 (5.6-7.7)
No	93.3 (90.6-95.2)	92.1 (90.3-93.5)	93.8 (91.8-95.4)	94.7 (92.9-96.1)	92.1 (90.0-93.8)	93.4 (92.3-94.4)

Table 2. Medicines for treating hypertension, diabetes, and dyslipidaemia used by Brazilian adults according to therapeutic and pharmacological groups, PNAUM, 2014. (n=16,491)

Therapeutic and pharmacological group – ATC	%	CI 95%
A10 – Drugs used in diabetes	14,4	13,6 – 15,3
A10A – Insulins and analogues	0,4	0,2 – 0,6
A10B – Blood glucose lowering drugs, excluded insulins	14,0	13,3 – 14,9
C02 – Antihypertensives	1,2	1,0 – 1,5
C02A – Antiadrenergic agents, centrally acting	1,1	0,9 – 1,4
C02C – Antiadrenergic agents, peripherally acting	0,0	0,0 – 0,0
C02D – Arteriolar smooth muscle, agents acting on	0,1	0,0 – 0,2
C03 – Diuretics	19,0	18,0 – 20,0
C03A – Low-ceiling diuretics, thiazides	13,9	13,0 – 14,9
C03B – Low-ceiling diuretics, excluding thiazides	1,3	1,1 – 1,6
C03C – High-ceiling diuretics	2,1	1,8 – 2,5
C03D – Potassium-sparing agents	1,2	1,0 – 1,4
C03E – Diuretics and Potassium-sparing agents in combination	0,5	0,3 – 0,7
C04 – Peripheral vasodilators	0,1	0,1 – 0,2
C04A – Peripheral vasodilators	0,1	0,1 – 0,2
C07 – Beta blocking agents	13,0	12,2 – 13,8
C07A – Beta blocking agents	12,2	11,5 – 13,0
C07B – Beta blocking agents and thiazides	0,2	0,1 – 0,3
C07C – Beta blocking agents and other diuretics	0,5	0,4 – 0,7
C07F – Beta blocking agents, thiazides and other diuretics	0,1	0,0 – 0,2
C08 – Calcium channel blockers	6,3	5,8 – 6,9
C08C – Selective calcium channel blockers with mainly vascular effects	5,8	5,3 – 6,4
C08D – Selective calcium channel blockers with direct cardiac effects	0,5	0,4 – 0,7
C09 – Agents acting in the renin-angiotensin system	33,6	32,7 – 34,5
C09A – ACE Inhibitors, plain	16,2	15,2 – 17,1
C09B – ACE Inhibitors, combination	0,7	0,6 – 0,9
C09C – Angiotensin II receptor blockers, plain	13,5	12,6 – 14,5
C09D – Angiotensin II receptor blockers, combination	3,2	2,8 – 3,7
C09X – Other agents acting in the renin-angiotensin system	0,0	0,0 – 0,1
C10 – Lipid modifying agents	12,2	11,4 – 13,1
C10A – Lipid modifying agents, plain	12,0	11,2 – 12,8
C10B – Lipid modifying agents, combination	0,3	0,2 – 0,4

Table 3. Distribution of the main medicines for the treatment of hypertension, diabetes, and dyslipidaemia used by Brazilian adults according to the nonproprietary name (generic name), PNAUM, 2014. (n=16,491)

Generic name - ATC	%	CI 95%
A10 – Drugs used in diabetes		
A10BA02 – Metformin	59.0	56.7 – 61.2
A10BB01 – Glibenclamide	23.1	20.9 – 25.5
A10BB09 – Gliclazide	5.6	4.4 – 7.2
C02 – Antihypertensives		
C02AB01 – Methyldopa	63.5	51.9 – 73.7
C02AC01 – Clonidine	27.7	17.9 – 40.2
C02DB02 - Hydralazine	6.7	3.5 – 12.5
C03 – Diuretics		
C03AA03 – Hydrochlorothiazide	73.2	70.4 – 75.8
C03CA01 – Furosemide	10.9	9.3 – 12.9
C03DA01 - Spironolactone	5.8	4.8 – 6.9
C04 – Peripheral vasodilators		
C04AD03 - Pentoxifylline	100.0	100.0 – 100.0
C07 – Beta blocking agents		
C07AB03 – Atenolol	49.8	46.2 – 53.4
C07AA05 – Propranolol	23.7	20.9 – 26.9
C07AG02 – Carvedilol	10.9	9.2 – 12.9
C08 – Calcium channel blockers		
C08CA01 – Amlodipine	66.0	61.4 – 70.3
C08CA05 – Nifedipine	21.5	17.7 – 25.7
C08DB01 – Diltiazem	5.5	3.8 – 7.8
C09 – Agents acting in the renin-angiotensin system		
C09CA01 – Losartan	37.3	34.7 – 39.9
C09AA01 – Captopril	23.7	21.7 – 25.8
C09AA02 – Enalapril	23.3	21.0 – 25.8
C10 – Lipid modifying agents		
C10AA01 – Simvastatin	77.2	74.0 – 80.0
C10AA05 – Atorvastatin	7.2	5.7 – 9.1
C10AA07 – Rosuvastatin	5.1	3.6 – 7.1

Table 4. Crude analysis of association between characteristics of medicines and perceptions of treatment to treat hypertension, diabetes and dyslipidaemia and treatment by Brazilian adults adherence stratified by region, PNAUM, 2014.

Characteristics of medicines and perceptions of treatment	Indicative of Nonadherence to treatment					
	OR crude (CI 95%)					
	North	Northeast	Southeast	South	Midwest	All regions
Duration of medicine use						
Less than 6 months	1.688 (0.966-2.951)	0.932 (0.620-1.400)	2.330 (1.485-3.655)*	1.615 (0.867-3.009)	1.713 (1.111-2.643)***	1.789 (1.367-2.341)*
6 to 12 months	2.121 (0.722-6.229)	1.392 (0.723-2.678)	1.496 (0.690-3.243)	0.815 (0.340-1.954)	1.398 (0.708-2.762)	1.446 (0.933-2.242)
More than 12months	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Units taken at a time						
One	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Two or more	1.636 (0.922-2.903)	0.730 (0.352-1.515)	0.996 (0.506-1.961)	0.566 (0.283-1.131)	0.901 (0.498-1.632)	0.856 (0.577-1.270)
Perception of effectiveness						
Good	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Regular or poor	3.857 (2.040-7.290)*	2.345 (1.361-4.040)**	5.222 (1.963-13.890)**	5.975 (3.282-10.878)*	3.147 (1.476-6.713)**	4.261 (2.380-7.629)*
Perception of discomfort caused by the medicine						
Cause discomfort	2.843 (1.378-5.864)**	2.374 (1.054-5.346)***	6.090 (2.446-15.162)*	5.163 (2.141-12.450)*	2.434 (1.285-4.611)**	4.467 (2.430-8.213)*
No discomfort	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Perception about access to medicine						
Very difficult	1.447 (0.495-4.232)	1.825 (1.009-3.302)***	1.637 (0.710-3.773)	4.816 (1.825-12.708)**	1.897 (0.833-4.318)	2.052 (1.334-3.157)**
A bit difficult	1.554 (0.870-2.773)	0.933 (0.586-1.484)	2.096 (1.048-4.190)***	1.296 (0.644-2.608)	2.336 (1.428-3.820)**	1.690 (1.140-2.506)**
Not difficult	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

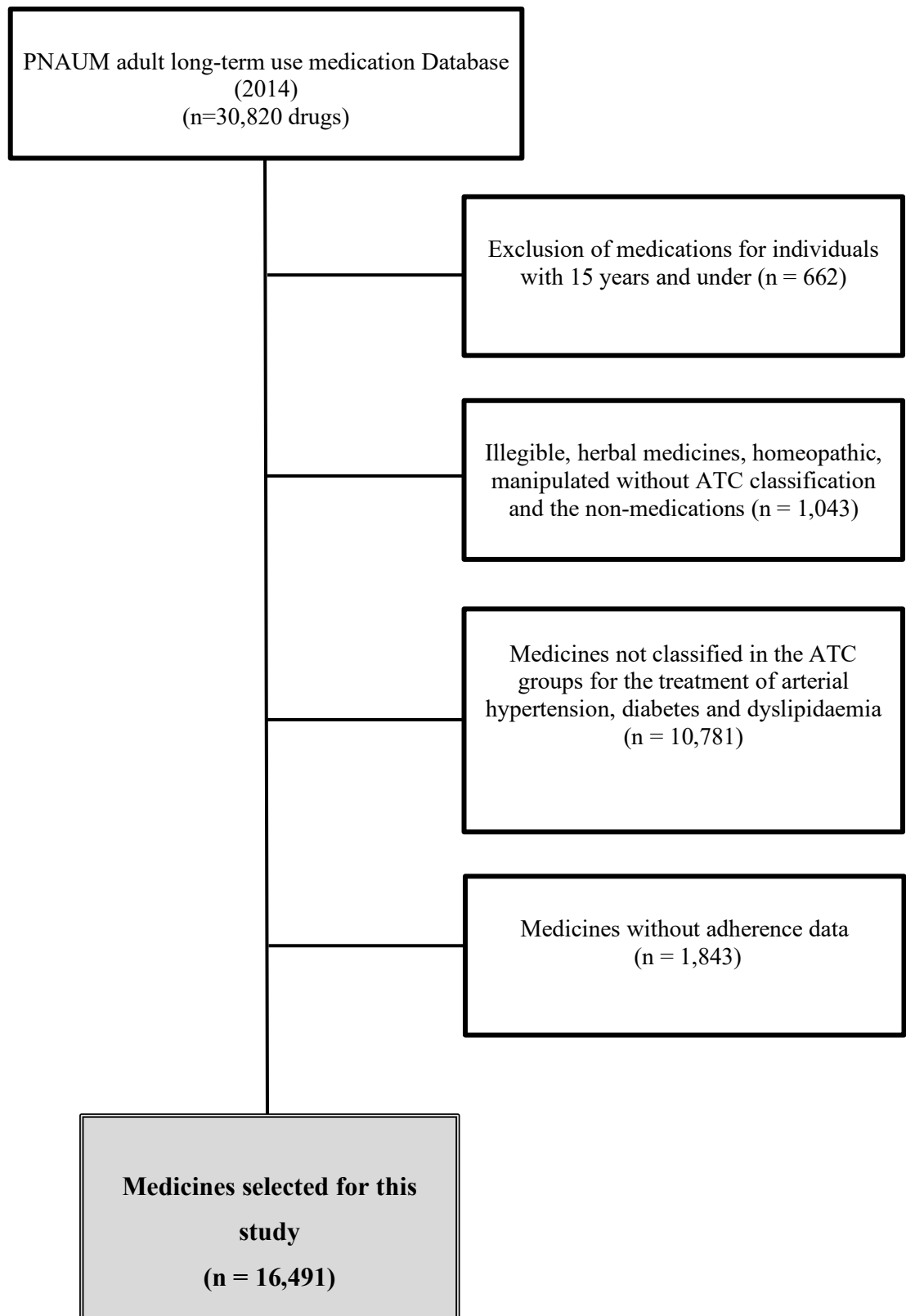
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Table 5. Adjusted analysis of association between characteristics of medicines and perceptions of treatment to treat hypertension, diabetes and dyslipidaemia and treatment by Brazilian adults adherence stratified by region, PNAUM, 2014.

Characteristics of medicines and perceptions of treatment	Indicative of Nonadherence to treatment					
	OR adjusted (CI 95%)					
	North	Northeast	Southeast	South	Midwest	All regions
Duration of medicine use						
Less than 6 months	1.789 (1.031-3.104)***	0.772 (0.471-1.263)	1.721 (0.909-3.259)	2.220 (1.220-4.041)**	2.427 (1.451-4.057)**	1.557 (1.089-2.227)***
6 to 12 months	2.369 (0.732-7.668)	1.580 (0.798-3.130)	1.607 (0.717-3.602)	1.022 (0.381-2.739)	1.623 (0.662-3.980)	1.546 (0.959-2.491)
More than 12 months	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Units have taken at a time						
One	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Two or more	1.597 (0.876-2.913)	0.731 (0.336-1.592)	0.675 (0.237-1.924)	0.639 (0.271-1.509)	0.913 (0.443-1.882)	0.742 (0.457-1.206)
Perception of effectiveness						
Good	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Regular or poor	2.780 (1.326-5.832)**	1.910 (0.731-4.991)	3.247 (1.046-10.077)***	5.004 (2.186-11.458)*	2.973 (1.233-7.170)***	3.025 (1.672-5.473)*
Perception of discomfort caused by the medicine						
Cause discomfort	1.355 (0.566-3.247)	1.613 (0.535-4.859)	3.478 (1.383-8.742)**	3.338 (1.111-6.473)***	1.774 (0.692-4.547)	2.731 (1.464-5.092)**
No discomfort	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Perception about access to medicine						
Very difficult	2.314 (0.917-5.840)	1.120 (0.582-2.152)	0.643 (0.144-2.864)	2.218 (0.760-6.473)	1.646 (0.630-4.300)	1.121 (0.625-2.011)
A bit difficult	1.595 (0.785-3.239)	0.954 (0.556-1.636)	1.407 (0.598-3.314)	0.996 (0.420-2.363)	2.786 (1.552-5.000)**	1.359 (0.867-2.129)
Not difficult	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Adjusted by all independent variables tested.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Figure 1 - Flowchart of sample selection to compose the study, PNAUM, 2014.

6.2 Artigo 2 – A Insatisfação com os serviços de assistência farmacêutica e a não adesão ao uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas*

* a ser enviado a revista Cadernos de Saúde Pública

6.2.1 Resumo

Objetivo: analisar a associação entre insatisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica do SUS e a não adesão ao uso de medicamentos por pacientes de DCNT. **Métodos:** estudo transversal com dados do componente de *avaliação de serviços* da PNAUM (Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil), realizada de julho a dezembro de 2014. Foram analisadas entrevistas presenciais de usuários do SUS de 18 anos ou mais que usavam medicamentos para hipertensão, diabetes e dislipidemia e as farmácias do SUS nos 3 meses anteriores à pesquisa. A variável dependente foi a não adesão aos medicamentos avaliada por meio de três medidas: não adesão por falta do medicamento, não adesão nos últimos 7 dias e não adesão declarada. A variável independente foi a insatisfação com as dimensões da assistência farmacêutica, Oportunidade, disponibilidade e adequação, obtida por meio da teoria de resposta ao item. A regressão logística foi realizada com cálculo dos odds ratios (ORs) brutos e ajustados. **Resultados:** foram avaliados 2.248 usuários. A não adesão por falta foi de 31,6%, nos últimos 7 dias de 11,5% e a declarada de 13,0% dos entrevistados. A falta de acesso e o esquecimento foram as principais justificativas para a não adesão nos últimos 7 dias. Na análise ajustada a insatisfação com a dimensão Disponibilidade esteve associada à não adesão por falta (OR 1,872; IC 95% 1,477-2,373) e não adesão nos últimos 7 dias (OR 1,637; IC 95% 1,172-2,286) e a dimensão Adequação à não adesão declarada (OR 3,270; IC 95% 2,308-4,634). **Conclusão:** os insatisfeitos foram mais não aderentes ao uso de medicamentos e a insatisfação com a disponibilidade e adequação dos serviços de assistência farmacêutica esteve associada à não adesão ao uso de medicamentos.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente; Assistência Farmacêutica; Adesão à medicação; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde.

6.2.2 Abstract

Objective: To analyze the association between users' dissatisfaction with primary health care pharmaceutical services and non-adherence to chronic disease medication.

Methods: This is a cross-sectional study using data from the health service evaluation component of the PNAUM (National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil), carried out from July to December 2014. Face-to-face interviews with primary health care users taking hypertension, diabetes and dyslipidemia medication and who used SUS pharmacies in the research prior 3 months were analyzed. The dependent variable was non-adherence to treatment, evaluated through three measures: non-adherence due to lack of medication, non-adherence in the last seven days, and declared non-adherence. The independent variable was dissatisfaction with the dimensions of pharmaceutical services, accessibility, availability, and accommodation, obtained through the item response theory. Logistic regression was performed to calculate raw and adjusted odds ratios (ORs). Key findings: 2,248 users were evaluated. Non-adherence due to lack of medication was 31.6%, in the last seven days was 11.5%, and declared 13.0% of respondents. Lack of access and forgetfulness were the main justifications for non-adherence in the last seven days. In the adjusted analysis, dissatisfaction with the Availability dimension remained associated with non-adherence due to lack (OR 1.872; 95% CI 1.477-2.373) and in the last seven days (OR 1.637; 95% CI 1.172-2.286) and the accommodation associated to declared non-adherence (OR 3.270; 95% CI 2.308-4.634). Conclusion: the dissatisfied patient was more non-adherent, and dissatisfaction with availability, and accommodation dimension were associated with non-adherence to medication.

Keywords: Patient Satisfaction; Pharmaceutical services; Adherence to medication; Chronic disease; Primary Health Care.

6.2.3 Introdução

Para os usuários dos serviços de saúde, e em especial para os pacientes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a relação que se têm com os serviços e com os profissionais desses serviços é fator importante na construção dos julgamentos e crenças usados nas tomadas de decisão sobre os tratamentos e motivação em manter os cuidados em saúde recomendados (BATBAATAR et al., 2017; FURLANETTO et al., 2020; HUYARD et al., 2017).

A satisfação é uma crença e uma expressão de atitude em relação a um processo de serviço, que na saúde se caracteriza pela avaliação subjetiva do paciente de sua reação cognitiva e emocional resultante da interação entre expectativas,

experiências prévias e percepção do cuidado real recebido (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018; ÖZSOY; ÖZGÜR; DURMAZ AKYOL, 2007).

A avaliação pode ser positiva/satisfação ou negativa/insatisfação e reflete como o paciente vê, vivência e julga os serviços de saúde recebidos (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018). Essa percepção e julgamento envolvem a experiência com a organização dos serviços, aspectos da infraestrutura material e relações interpessoais, bem como características dos próprios pacientes e suas representações sobre o processo saúde-doença (BATBAATAR et al., 2017; GOUVEIA et al., 2009). No Brasil, jovens, com baixa escolaridade, com percepção ruim da própria saúde e usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam maiores chances de insatisfação com os serviços (GOUVEIA et al., 2009).

A consulta e os procedimentos médicos, internações e os cuidados de enfermagem são os serviços mais observados nas avaliações de satisfação dos usuários (BATBAATAR et al., 2017), e há a necessidade de mais pesquisas para outros profissionais e serviços do itinerário dos pacientes (PÉREZ-SALGADO et al., 2015), como os que envolvem a assistência farmacêutica (AF).

A AF é considerada uma ação estratégica dentro do cuidado em saúde no SUS, e com gestão adequada de seus componentes, que incluem seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e acompanhamento do uso de medicamentos, pode-se atingir os objetivos de proporcionar acesso a medicamentos de qualidade, seu uso apropriado e adesão aos tratamentos, ao mesmo tempo em que promove a satisfação do usuário (ESHER et al., 2011).

Os usuários satisfeitos com os serviços de saúde são mais aderentes aos tratamentos prescritos, fornecem informações importantes ao provedor, voltam ao serviço quando necessário e tendem a ter melhor qualidade de vida (BARON-EPEL, 2001; BERNHART et al., 1999; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; HUDAK; WRIGHT, 2000). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a baixa adesão ao uso de medicamentos é maior nos países em desenvolvimento, dada a falta e o acesso desigual a cuidados de saúde e medicamentos (WHO, 2003).

No Brasil, ainda são poucos os estudos que avaliam a relação entre satisfação do usuário com os serviços de saúde e a não adesão ao uso de medicamentos (OBRELI-NETO ET AL., 2010; SILVA BARRETO et al., 2015; LEON ETAL., 2019) e não há nenhum, até o momento, que avalie a insatisfação com os serviços de AF e não adesão exclusivamente. Estudar a influência da insatisfação do usuário com os serviços de AF da APS na não adesão ao uso de medicamentos pode trazer evidências de base sobre o quanto a percepção dos pacientes sobre esses serviços tem influência na não adesão ao uso de medicamentos no Brasil. Nesse contexto, o objetivo do trabalho foi analisar a associação entre insatisfação dos usuários com os serviços de AF do SUS e a não adesão ao uso de medicamentos por pacientes de DCNT que utilizavam medicamentos para hipertensão, diabetes e dislipidemia.

6.2.4 Métodos

Este é um estudo transversal, com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente Serviços, que teve por objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica (AF) na atenção primária à saúde (APS) do SUS em relação ao acesso e à promoção do uso racional de medicamentos e identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal (ÁLVARES et al., 2017).

A PNAUM Serviços fez um levantamento de informações de amostra de serviços de APS, em municípios representativos das regiões brasileiras. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de APS do SUS, além de observação das instalações dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais pela assistência farmacêutica. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. Detalhes da metodologia da PNAUM Serviços, bem como o processo amostral estão descritos em Álvares et al. (2017).

A PNAUM Serviços coletou dados de 8.803 usuários do SUS maiores de 17 anos, que estiveram nos serviços de APS à espera de uma consulta médica,

capazes de responder às questões propostas e concordaram em participar da pesquisa. O instrumento testado previamente foi aplicado por entrevistadores treinados e a amostragem foi realizada tendo como referência o total de entrevistados por serviço e a agenda de consultas nas unidades de saúde do SUS, por dia da semana. Com isso, foram definidos quantos dias de entrevista por unidade de APS e em cada dia, os nomes dos médicos foram listados por ordem alfabética e as entrevistas distribuídas entre eles, obedecendo à essa ordem. Após essa etapa, o primeiro usuário para ser entrevistado na agenda de um dos médicos seria o último paciente a ser atendido, entre os que já estivessem presentes na unidade (ÁLVARES et al., 2017).

O presente estudo seguiu as diretrizes de 'The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology' (STROBE) (ELM et al., 2007) e analisou as entrevistas presenciais realizadas com os usuários da APS do SUS de 18 anos ou mais que declararam usar medicamentos para tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e dislipidemia e que usaram as farmácias do SUS nos 3 meses anteriores à pesquisa. Esse recorte foi escolhido por serem tratamentos de curso longo, que fazem do paciente um ator experiente no contato com os serviços de AF e para os quais a não adesão aos tratamentos são um problema importante para pacientes e serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; WHO, 2003).

Foram considerados como tratamento os grupos terapêuticos da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC) da OMS: para diabetes os medicamentos pertencentes ao grupo terapêutico A10 (medicamentos usados na diabetes); para a HAS os medicamentos dos grupos terapêuticos C2 (anti-hipertensivos), C3 (diuréticos), C4 (vasodilatadores periféricos), C7 (agentes beta-bloqueadores), C8 (bloqueadores de canais de cálcio), C9 (agentes que atuam no sistema renina-angiotensina) e para dislipidemias o grupo terapêutico C10 (agentes modificadores de lipídeos) (WHO, 2019).

As questões do instrumento sobre a satisfação do usuário foram baseadas no *Long-Form Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ-III), adaptado para os serviços farmacêuticos (SOEIRO et al., 2017).

Todos os bancos de dados da PNAUM são públicos, mas não estão disponíveis publicamente. Após a solicitação ao Ministério da Saúde, via lei de acesso à informação (LAI), não ser atendida e não dar acesso aos dados no ano de 2020, os

mesmos foram obtidos com outros pesquisadores que haviam conseguido acesso anteriormente.

6.2.4.1 Variáveis

Os entrevistados foram caracterizados segundo: região do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste), sexo (feminino e masculino), etnia (branca/amarela e negra/parda/indígena), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (0 a 8 anos e acima de 8 anos de estudo), idade (17 a 39, 40 a 59 e igual ou maior que 60 anos), número de doenças por autorrelato (1 a 5 e acima de 5), polifarmácia – uso de 4 medicamentos ou mais (sim e não), necessidade de ajuda para tomar os medicamentos (sim e não), atendimento de emergência nos últimos 12 meses (sim e não) e internação hospitalar nos últimos 12 meses (sim e não).

6.2.4.1.1 Avaliação da não adesão ao uso de medicamentos

A não adesão ao tratamento foi avaliada por meio de três variáveis: não adesão por falta do medicamento (NAF), não adesão nos últimos 7 dias (NA7) e não adesão declarada (NAD).

A NAF avaliou a dificuldade de se obter o medicamento e foi construída a partir da pergunta: “*Você teve algum problema para conseguir esse remédio?*” que admitia respostas “sim” e “não”. A NA7 avaliou o não uso do medicamento na semana anterior e foi construída a partir da pergunta: “*Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos últimos 7 dias?*” que admitia respostas “sim” e “não”. A variável NAD avaliou a não adesão declarada e/ou intencional, quando o paciente declara que por vontade própria que deixa de tomar o medicamento, por meio da pergunta: “*Você deixa de utilizar algum remédio receitado pelo médico?*” com respostas “sim” e “não”.

As variáveis NAF, NA7 foram construídas a partir de perguntas para cada medicamento usado pelo entrevistado. Nas perguntas por medicamento as respostas “sim” (problema em conseguir e esquecimento) ganharam valor “1” e as “não” valor “0”. Os valores foram somados e divididos pelo total de medicamentos usados pelo paciente. Foi considerada não adesão para as variáveis NAF e NA7 resultado maior que 0,2 (mais que 20% dos medicamentos com problemas em serem obtidos ou

deixados de serem tomados) (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Na NA7 também foram observados os motivos declarados pelo paciente para ter deixado de tomar na semana anterior. A não adesão declarada (NAD) foi construída por meio de uma única pergunta por entrevistado, com as respostas “sim” consideradas não adesão. Na

As variáveis foram avaliadas isoladamente, ou seja, um mesmo paciente pode ser não aderente nas três medidas.

6.2.4.1.2 Avaliação da insatisfação do usuário

Para a análise da insatisfação com os serviços de AF foram consideradas as dimensões do acesso a medicamentos: oportunidade/conveniência (OP/CO), disponibilidade (DISP) e adequação (AD). A dimensão adequação foi dividida nas subdimensões qualidade técnica da dispensação, qualidade técnica do medicamento, ambiência e aspectos interpessoais (ESHER et al., 2012; SOEIRO et al., 2017).

As variáveis-resposta foram agrupadas nas três dimensões: OP/CO, DISP e AD, e dicotomizadas, considerando “0” como satisfeito e “1” como insatisfeito (Quadro 4).

As variáveis das dimensões OP/CO e AD foram construídas a partir de uma única pergunta por entrevistado. Na dimensão DISP as variáveis foram construídas por meio de perguntas por medicamento usado, assim os valores para insatisfação (1) em cada pergunta foram somados e divididos pelo número de medicamentos. Resultados iguais ou acima de 0,5 foram considerados insatisfeitos e classificados como “1” e valores menores que 0,5 satisfeitos e classificados como “0”.

Para que a insatisfação do usuário fosse representada por uma variável latente de cada dimensão, originalmente não observada, foi utilizada a técnica de teoria de resposta ao item (TRI) (RIZOPOULOS, 2006). O índice de insatisfação por dimensão foi criado e transformado em uma escala de 0 a 1, em que a proximidade com o 0 indicava maior satisfação e com o 1, maior insatisfação.

Para dicotomizar as respostas de cada uma das variáveis, utilizou-se a mediana, sendo que valores maiores ou iguais assumiriam o código 1 (insatisfeito) e menores valor 0 (satisfeito).

Os modelos TRI foram construídos no programa R versão 4.1.2, utilizando o pacote *ltm* (RIZOPOULOS, 2006). O nível de significância adotado foi de 5%.

6.2.4.2 Análise dos dados

Os dados foram tratados no programa Microsoft Excel, exportados e analisados com o uso do IBM *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM-SPSS) versão 19.0, com o uso dos comandos CSPLAN, apropriado para amostras complexas (ÁLVARES et al., 2017), que considera pesos amostrais e efeitos do desenho. A análise descritiva foi realizada por meio de apresentação de frequências relativas e intervalos de confiança das frequências relativas.

Para a análise da relação entre insatisfação dos usuários e não adesão ao tratamento foi realizada a regressão logística bruta e ajustada e os resultados apresentados por meio de razão de chances (*Odds Ratio – OR*). O ajuste do modelo foi feito com as variáveis sexo (masculino, feminino), idade (17 – 39, 40 – 59, ≥ 60 anos), escolaridade (0 a 8 anos e acima de 8 anos de estudos) e número de medicamentos (contínuo), as quais influenciam a satisfação dos usuários e a não adesão ao uso de medicamentos (BATBAATAR et al., 2017; GAST; MATHES, 2019). O nível de significância estatística estabelecido neste estudo foi de 5% ($p < 0,05$).

A PNAUM foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio do Parecer nº 398.131, de 16 de setembro de 2013. As entrevistas foram realizadas após explicação dos objetivos do estudo e concordância por parte do entrevistado ou responsável legal, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quadro 4: Constructo das variáveis relacionadas à satisfação do usuário com a dispensação.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTAS
Oportunidade (OP/CO) (accessibility) Existência dos serviços no lugar e no momento em que tecnicamente é requerido pela situação de saúde dos usuários.	Conveniência distância/facilidade de acesso geográfico, organização do serviço, tempo despendido pelo usuário e possibilidade de escolha de unidades de saúde	Distância do domicílio	Este lugar é longe da sua casa? (Assumiu valor 0 para a resposta “não” e 1 para as respostas “sim” e “mais ou menos”).
		Dificuldade para chegar ao serviço	Chegar aqui é (“Muito fácil” e “Fácil” receberam código 0, as respostas “Nem fácil/nem difícil”, “Difícil” e “Muito difícil” receberam código 1).
		Horário de funcionamento	O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (“Muito bom” e “Bom” receberam código 0, as respostas “Nem ruim/nem bom”, “Ruim” e “Muito ruim” receberam código 1).
		Tempo de espera	Normalmente, quanto tempo você espera para retirar os remédios nas farmácias públicas do SUS? (As respostas “Não espera” e “Um pouco” receberam código 0 e a resposta “Muito tempo” recebeu 1).
Disponibilidade (DISP) (availability) relação entre o tipo e a quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e a quantidade de serviços oferecidos	Presença do medicamento disponibilidade do medicamento na farmácia na quantidade prescrita para o usuário	Conseguiu medicamento gratuito	Onde conseguiu este remédio pela última vez? (Assumiu código 0 para as respostas “Farmácia do SUS”, “Farmácia Popular” ou “Igreja ou sindicato” (que estaria relacionado a uma facilitação do acesso ao medicamento, promovendo satisfação) e 1 para a resposta “Farmácia comercial”). No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento para o qual ele deixou de tomar, a resposta dele seria 1).
		Problema para conseguir	Teve algum problema para conseguir remédio da última vez? (Assumiu código 0 para a resposta “não teve problema” e 1 para as respostas que indicavam que o paciente teve problema para conseguir o remédio). No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento para o qual ele deixou de tomar, a resposta dele seria 1).
		Deixou de tomar nos últimos 7 dias	Você deixou de tomar o medicamento por algum motivo nos últimos sete dias? (Assumiu valor 0 para o não e 1 para o sim). No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento para o qual ele deixou de tomar, a resposta dele seria 1).
		Medicamentos no SUS nos últimos 3 meses	Nos últimos três meses, com que frequência você conseguiu os remédios que procurava nas farmácias públicas do SUS? (As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0, as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” receberam código 1).
		Dificuldades com o medicamento De 1 a 6	1. Teve dificuldade de lembrar de tomar o remédio? 2. Teve dificuldade para lidar com remédios por que utiliza muitos comprimidos ao dia? 3. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil consegui-los? 4. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil ler o que está escrito na embalagem?

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTAS
			<p>5. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil adequar a utilização deles com o seu trabalho?</p> <p>6. Teve dificuldade para lidar com remédios por que há remédios diferentes com a mesma forma e coloração? A resposta “não” recebeu código 0 e a resposta “sim” código 1.</p>
<p>Adequação (AD) (accommodation)</p> <p>ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários</p>	<p>Qualidade técnica da dispensação</p> <p>competência de provedores e à adesão aos componentes essenciais da dispensação.</p>	<p>Recebe informação</p>	<p>Quando você retira remédios nas farmácias públicas do SUS, os funcionários que entregam os remédios repassam informações sobre a utilização dos mesmos? resposta “sim” recebeu código 0 e as respostas “às vezes” e “não” código 1.</p>
		<p>Entende a informação</p>	<p>Você entende as informações repassadas pelos funcionários que entregam remédios nas farmácias públicas do SUS? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.</p>
		<p>Farmacêutico/ Funcionário disponível</p>	<p>O farmacêutico ou outro funcionário da farmácia pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os remédios? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.</p>
		<p>Orientação como guardar em casa</p>	<p>Quando retira remédios nas farmácias públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardá-los em casa? As respostas “Sempre” e “repetidamente” receberam código 0, as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” receberam código 1.</p>
	<p>Qualidade técnica do medicamento</p> <p>Características das embalagens e à apresentação dos medicamentos, à produção de reações adversas e à possível resolução de sintomas.</p>	<p>Efeito SUS x comercial</p>	<p>Para você os efeitos dos remédios recebidos nas farmácias pública do SUS em comparação com os efeitos dos remédios comprados em farmácia comercial são: As respostas “iguais” e “melhores” receberam código 0 e a resposta “piores” código 1.</p>
		<p>Efeito do medicamento</p>	<p>Como esse remédio está funcionando para sua doença? Assumi código 0 para a resposta “bem” e 1 para as respostas “regular” e “não funciona bem”. No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento que ele julgou funcionar de forma regular ou não funcionar bem, a resposta dele seria 1.</p>
		<p>Causa problema de saúde</p>	<p>Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você? Assumi código 0 para a resposta “não” e 1 para a resposta “sim”. No caso dos pacientes que tomaram mais de um medicamento, se houve algum medicamento que causou problema, a resposta dele seria 1.</p>
	<p>Ambiência</p> <p>Ambiência</p> <p>características do local onde o</p>	<p>Sinalização</p>	<p>Como você avalia a sinalização para encontrar a farmácia pública do SUS? As respostas “muito fácil” e “fácil” receberam código 0 e as respostas “nem fácil/nem difícil”, “difícil” e “muito difícil” código 1.</p>
		<p>Limpeza</p>	<p>Como você avalia a limpeza da farmácia pública do SUS? As respostas “muito boa” e “boa” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem boa”, “ruim” e “muito ruim” código 1.</p>

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	PERGUNTAS
	cuidado é fornecido e deve garantir adequação das instalações às condições mínimas para um ambiente confortável (limpeza, sinalização, ventilação suficiente, lugar protegido de intempéries, água limpa para beber)	Conforto	Como você avalia o conforto da farmácia pública do SUS? As respostas “muito bom” e “bom” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem bom”, “ruim” e “muito ruim” código 1.
		Atendimento	Como você avalia o atendimento da farmácia pública do SUS? As respostas “muito bom” e “bom” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem bom”, “ruim” e “muito ruim” código 1.
	Relações interpessoais atitude dos dispensadores em relação aos usuários no momento do fornecimento dos medicamentos e inclui os componentes de autonomia, dignidade e confidencialidade	Respeito/ cortesia	Os funcionários da farmácia pública do SUS atendem com respeito e cortesia? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.
		Privacidade	Você considera que o atendimento na farmácia pública do SUS ocorre com privacidade? As respostas “sempre” e “repetidamente” receberam código 0 e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” código 1.
		Avaliação atendimento	Como você avalia o atendimento da farmácia pública do SUS? As respostas “muito bom” e “bom” receberam código 0 e as respostas “nem ruim/nem bom”, “ruim” e “muito ruim” código 1.

6.2.5 Resultados

Dos 8.803 entrevistados pela PANUM serviços, foram excluídos 2.303 que não usavam medicamentos, 3.567 que usavam medicamentos que não eram tratamento para diabetes, HAS e dislipidemia, 450 entrevistados por não terem utilizado as farmácias do SUS nos três meses anteriores à pesquisa e 35 por responderem “não sei” para as perguntas de adesão ao uso de medicamentos (desfecho). Assim, foram avaliados 2.248 usuários.

A maioria era mulher (73,9%), acima dos 60 anos (47,5%), negras, pardas ou indígenas (57,0%), com companheiro(a) (67,8%), com até oito anos de estudo (80,5%), declararam ter até cinco doenças (88,3%) e utilizar de um a três medicamentos (68,4%), não precisavam de ajuda para tomar os medicamentos (90,1%) e eram moradores da região sudeste (38,5%) (Tabela 6).

A não adesão por falta do medicamento (NAF) foi identificada em 31,6%, a não adesão nos últimos 7 dias (NA7) em 11,5% e a não adesão declarada (NAD) em 13,0% dos entrevistados. As justificativas para o não uso na semana anterior foram estar sem o medicamento (sem receita, sem consulta, em falta na UBS, em falta na farmácia e sem dinheiro para comprar) (50,2%), seguido do esquecimento (22,9%), presença de efeitos indesejados (9,3%), iniciativa própria (7,3%), entre outras.

Os usuários estavam em sua maioria satisfeitos com os serviços farmacêuticos de APS dos municípios e as maiores taxas de insatisfação foram encontradas nas variáveis dificuldade de ler a embalagem, na dimensão Disponibilidade (DISP), com 41,8% de insatisfeitos, seguida da distância do domicílio, na dimensão Oportunidade/conveniência (OP/CO), com 38,6% de insatisfeitos e conseguiu os medicamentos no SUS, com 36,5% de insatisfação (Tabela 7).

A NAF foi maior em todas as dimensões da satisfação do usuário estudadas, tanto entre os satisfeitos como entre os insatisfeitos, com destaque para a dimensão DISP que apresentou as maiores taxas. A NA7 foi maior entre os insatisfeitos em todas as dimensões. A NAD também foi maior entre os insatisfeitos, com destaque para a dimensão Adequação (AD), cujas taxas foram três vezes os valores observados para os satisfeitos (Tabela 7).

Na análise de associação, as dimensões OP/CO e DISP estiveram associadas à NA7, a dimensão DISP à NAF e a dimensão AD à NAD. Na análise ajustada a dimensão DISP permaneceu associada à NAF e NA7 e a dimensão AD à NAD. Os resultados da análise de associação estão disponíveis na tabela 8.

6.2.6 Discussão

Os resultados demonstraram que a não adesão, seja ela por dificuldades de acesso, por não uso na semana anterior ou declarada, é um evento mais prevalente entre os insatisfeitos com os serviços em todas as dimensões estudadas e está associada à insatisfação com as dimensões Disponibilidade e Adequação.

Estudo de Silva Barreto et.al (2015), com pacientes atendidos em 90 serviços de APS (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) e em uso de anti-hipertensivos, observou associação entre insatisfação com os serviços APS e a não adesão ao tratamento para hipertensão. Os serviços que mais causavam insatisfação eram o atendimento da recepção (atendente) e o agendamento de consultas médicas. No Japão, Iihara et al. (2014) encontraram associação entre insatisfação com a equipe de saúde, principalmente relação interpessoal, e a não adesão ao uso de medicamentos para DCNT.

A insatisfação com a dimensão Disponibilidade, que esteve associada à não adesão por falta (NAF) e à não adesão nos últimos 7 dias (NA7), confirma o quanto a dificuldade de acesso aos medicamentos é promotora de não adesão, tanto pela via da falta do produto em si, como associada ao esquecimento, principais justificativas apresentadas pelos entrevistados. No Brasil, a dificuldade para conseguir os medicamentos de maneira regular e gratuita já esteve associada à não adesão em outros estudos (FERNANDEZ-LAZARO et al., 2019; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; TAVARES et al., 2016b).

O acesso gratuito via SUS atende a importante parcela da população e veio melhorando com os anos, porém ainda permanecem dificuldades (MENGUE et al., 2016b; OLIVEIRA et al., 2016). Essas dificuldades ficam visíveis neste estudo quando se comparam os valores da NAF com as demais medidas de não adesão (NA7 e NAD). Maiores taxas de NAF retratam a dificuldade de acesso a medicamentos na APS no

Brasil, fator determinante para a insatisfação dos usuários da APS (GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021; PROTASIO et al., 2017).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 demonstrou que a obtenção de todos os medicamentos receitados, por via pública e/ou privada, é uma realidade para 85% dos brasileiros. Pela via pública, exclusivamente, a proporção de pessoas que conseguiram pelo menos um medicamento receitado foi de 30,5%, demonstrando que há obstáculos para o acesso no âmbito público (IBGE, 2020). A dificuldade de acesso público é confirmada pelos resultados da avaliação *Contas SHA para o Brasil* (contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional), que demonstrou que de 2015 a 2019 cerca de 90,0% dos gastos com medicamentos e artigos médicos foram realizados direto do bolso das famílias (BRASIL, 2022).

A associação entre insatisfação com a Disponibilidade e o esquecimento (NA7) pode estar relacionada a construção de crenças negativas sobre medicamentos e serviços de saúde, incluindo as experiências vividas na busca pelos medicamentos nos serviços de dispensação (LEHANE; MCCARTHY, 2007; LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015; LYCETT et al., 2018).

As preocupações com o tratamento são muitas vezes “mascaradas” por trás do “esquecimento”. Esquecer é uma justificativa comum para a baixa adesão (GEORGE, 2010; LYCETT et al., 2018), porém, estudos mais aprofundados demonstram que as crenças negativas sobre os medicamentos e os serviços de saúde funcionam como promotoras do esquecimento (LEHANE; MCCARTHY, 2007; LINSKY; SIMON; BOKHOUR, 2015; LYCETT et al., 2018).

Outro fator importante é que o esquecimento, em que o paciente mostra-se passivamente inconsistente com suas doses, caracterizado como não adesão não intencional (GADKARI; MCHORNEY, 2012), parece não ser tão inconsciente ou aleatório assim. Estudos demonstram que o esquecimento pode funcionar como um primeiro micro experimento para a futura não adesão intencional, quando o paciente decide ativamente renunciar à terapia prescrita em busca de autonomia (GADKARI; MCHORNEY, 2012; HUYARD et al., 2017; IIHARA et al., 2014).

A insatisfação com a dimensão Adequação (AD) esteve associada à não adesão declarada (NAD). Tal fato pode ser explicado porque os pacientes não aderentes intencionais são significativamente mais propensos a duvidar de sua

necessidade pessoal de medicação, a ter maiores preocupações em tomá-la, além de serem mais críticos diante das diferenças entre expectativa e realidade dos serviços e buscarem ser protagonistas nas decisões de saúde (GADKARI; MCHORNEY, 2012; HUYARD et al., 2017; IIHARA et al., 2014).

A dimensão AD apresentou as menores taxas de insatisfação do estudo. Tal resultado pode demonstrar que há adequação dos serviços e produtos às expectativas dos usuários e estes se sentem satisfeitos. Porém, é preciso considerar alguns fatores que podem influenciar a satisfação, como pacientes ou usuários serem pouco críticos em relação a qualidade dos serviços recebidos, seja por desinteresse, por falta de modelos de comparação, falta de visão de si mesmo como ator do processo ou viés de gratidão (*gratitude bias*) (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006, 2005; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O viés da gratidão é a relutância dos usuários em expressar opiniões negativas e influencia a todos, mas é ainda mais presente em serviços de saúde públicos e populações periféricas. As normas de cortesia, obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e ao pesquisador) ou entender a crítica como comentário que demonstra inconveniência social podem ser explicações para o padrão positivo das respostas de satisfação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006, 2005; ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Ao se observar as variáveis das dimensões DISP e AD, que apresentaram maiores taxas de insatisfação, com exceção das relacionadas a falta acesso (já discutido anteriormente), destacam-se os problemas no uso domiciliar (dificuldade de ler a embalagem e de lembrar de tomar) e o momento da dispensação (insatisfação com a privacidade no atendimento, com o recebimento das informações sobre o uso e guardar os medicamentos em casa e com o conforto do ambiente).

Esses resultados são um alerta sobre em quais situações residem as dificuldades e insatisfações dos pacientes e suas soluções envolvem serviços da assistência farmacêutica centrados no paciente, como dispensação com qualidade técnica e de informações em ambiente apropriado para cuidados em saúde e acompanhamento clínico do uso de medicamentos, ambos ainda incipientes no Brasil (COSTA et al., 2017b; LEITE et al., 2017; PEREIRA et al., 2021).

Avaliações recentes sobre a implantação, fidelidade e desempenho da AF brasileira apresentam um quadro de grandes diferenças regionais, atividades voltadas principalmente para logística do produto, ainda com problemas de abastecimento, estrutura, insuficiência de farmacêuticos na dispensação e acompanhamento de tratamentos e que deixa o uso do medicamento sob responsabilidade dos pacientes (BERMUDEZ et al., 2018; COSTA et al., 2017a, 2017b; LEITE et al., 2017; PEREIRA et al., 2021; RODRIGUES; CRUZ; TAVARES, 2017). Essa organização desfavorece a corresponsabilidade entre profissionais/serviços e pacientes no manejo de doenças, na monitorização de pacientes em uso de medicamentos, na adesão aos tratamentos e na obtenção de melhores resultados em saúde.

A medida da insatisfação com uso da TRI em perguntas fechadas apresentou limitação por deixar de contemplar crenças, modos de vida, concepções sobre saúde-doença e expectativas dos usuários de maneira direta, mas tem como fator positivo a diminuição do viés de gratidão e outros fatores sociais que influenciam as pesquisas diretas sobre satisfação (SOEIRO,2017). Outras limitações do estudo são a característica transversal do banco de dados, a dificuldade de acesso aos dados que deveriam ser públicos, o uso do autorrelato nas medidas de não adesão e a temporalidade dos dados (2013/2014). Essas características foram atenuadas pela utilização de período recordatório curto (7 dias) para um dos desfechos, pela relevância dos dados PNAUM, maior *survey* sobre uso de medicamentos do Brasil e pela falta de pesquisas no Brasil que avaliem a associação entre insatisfação com serviços de saúde e a não adesão ao uso de medicamentos por meio de modelos teórico e metodológico de qualidade, construídos para esse fim.

A maioria dos usuários APS estava satisfeita com os serviços de AF, porém os insatisfeitos foram mais não aderentes ao uso de medicamentos e a insatisfação com a diferença entre a quantidade de produtos/serviços necessários e os oferecidos (Disponibilidade) e entre as características dos produtos/serviços oferecidos e as expectativas e necessidades dos usuários (Adequação) esteve associada à não adesão ao uso de medicamentos.

Para mitigar uma insatisfação que se baseia na dificuldade de se obter os medicamentos e na falta de adequação dos serviços AF, o Brasil precisa reforçar as políticas públicas de acesso aos medicamentos, implementar serviços de AF centrados

no paciente, considerando suas necessidades e perspectivas sobre os serviços recebidos com atividades de gestão, dispensação e acompanhamento clínico realizadas por farmacêuticos com o objetivo final de melhorar os resultados em saúde para pacientes de DCNT.

6.2.7 Referências bibliográficas

ÁLVARES, Juliana et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. suppl.2, p. 1s-9s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007027. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139733>.

BARON-EPEL, Orna. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal for Quality in Health Care**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 317–323, 2001. DOI: 10.1093/intqhc/13.4.317. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/13.4.317>.

BATBAATAR, Enkhjargal; DORJDAGVA, Javkhlanbayar; LUVSANNYAM, Ariunbat; SAVINO, Matteo Mario; AMENTA, Pietro. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. **Perspectives in Public Health**, [S. l.], v. 137, n. 2, p. 89–101, 2017. DOI: 10.1177/1757913916634136. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913916634136>.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; ESHER, Angela; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel De; CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; SILVA, Rondineli Mendes Da; LUIZA, Vera Lucia. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1937–1949, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09022018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=pt&tlng=pt.

BERNHART, Michael H.; WIADNYANA, I. G. P.; WIHARDJO, Haryoko; POHAN, Imbalos. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 48, n. 8, p. 989–996, 1999. DOI: 10.1016/S0277-9536(98)00376-1. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953698003761>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf.

COSTA, Ediná Alves et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 5s, 2017. a. DOI:

10.11606/S1518-8787.2017051007107. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139745>.

COSTA, Karen Sarmento; TAVARES, Noêmia Urruth Leão; NASCIMENTO JÚNIOR, José Miguel Do; MENGUE, Sotero Serrate; ÁLVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis; SOEIRO, Orlando Mario. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 3s, 2017. b. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007146. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>.

ESHER, Ângela; DOS SANTOS, Elizabeth Moreira; MAGARINOS-TORRES, Rachel; AZEREDO, Thiago Botelho. [Building evaluation criteria: experts and user satisfaction with pharmaceutical delivery services for HIV/Aids]. **Ciencia & saude coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 203–14, 2012. DOI: 10.1590/s1413-81232012000100022. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22218553>.

ESHER, Angela; SANTOS, Elizabeth Moreira Dos; AZEREDO, Thiago Botelho; LUIZA, Vera Lucia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 4833–4844, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300032. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300032&lng=en&tlng=en.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1267–1276, 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000600016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=pt&tlng=pt.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; VIERA-DA-SILVA, Lígia Maria. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe2, p. 331–340, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600331&tlng=pt.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. suppl, p. 303–312, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000500031. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=pt&tlng=pt.

FERNANDEZ-LAZARO, Cesar I.; ADAMS, David P.; FERNANDEZ-LAZARO, Diego; GARCIA-GONZÁLEZ, Juan M.; CABALLERO-GARCIA, Alberto; MIRON-CANELO, Jose A. Medication adherence and barriers among low-income, uninsured patients with multiple chronic conditions. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [S. l.], v. 15, n. 6, p. 744–753, 2019. DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.09.006. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.09.006>.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa; LIMA, Adriano de Almeida De; PEDROSA, Claudia Mara; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; XAVIER, Mayra Fernandes; SILVA, Amanda Kellen Pereira Da; RODRIGUES, Viviane Belini; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1851–1863, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.33332019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501851&tlng=pt.

GADKARI, Abhijit S.; MCHORNEY, Colleen A. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 98, 2012. DOI: 10.1186/1472-6963-12-98. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-98>.

GAST, Alina; MATHES, Tim. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. **Systematic Reviews**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 112, 2019. DOI: 10.1186/s13643-019-1014-8. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1014-8>.

GEORGE, Johnson. Patient deviations from treatment recommendations: does it matter what we call it? **International Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 3–5, 2010. DOI: 10.1211/ijpp.18.01.0002. Disponível em: <https://academic.oup.com/ijpp/article/18/1/3/6130385>.

GOMES, Maria Alice Vaz; PINTO, Vinicius de Oliveira; CASSUCE, Francisco Carlos da Cunha. [Determinants of satisfaction with the care provided by Basic Health Units (BHU)]. **Ciencia & saude coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 1311–1322, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.18022019. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886760>.

GOUVEIA, Giselle Campos; SOUZA, Wayner Vieira De; LUNA, Carlos F.; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges De; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 281–296, 2009. DOI: 10.1590/S1415-790X2009000300001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001&lng=pt&tlng=pt.

HUDAK, Pamela L.; WRIGHT, James G. The Characteristics of Patient Satisfaction Measures. **Spine**, [S. l.], v. 25, n. 24, p. 3167–3177, 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00012. Disponível em: <http://journals.lww.com/00007632-200012150-00012>.

HUYARD, Caroline; DERIJKS, Luc; HAAK, Harm; LIEVERSE, Louis. Intentional Nonadherence as a Means to Exert Control. **Qualitative Health Research**, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 1215–1224, 2017. DOI: 10.1177/1049732316688882. Disponível em:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732316688882>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. [s.l.: s.n.]. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv911110.pdf>.

IHARA, N.; NISHIO, T.; OKURA, M.; ANZAI, H.; KAGAWA, M.; HOUCHI, H.; KIRINO, Y. Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, [S. l.], v. 39, n. 1, p. 45–52, 2014. DOI: 10.1111/jcpt.12100. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpt.12100>.

LEHANE, Elaine; MCCARTHY, Geraldine. Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 44, n. 8, p. 1468–1477, 2007. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748906002264>.

LEITE, Silvana Nair et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 11s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007121. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139757>.

LEON C.; KOOSSED T.; PHILIBERT B.; RAPOSO C.; BENZAKEN A.S. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. **BMC Health Serv Res**. 2019 May 30;19(1):344. DOI: 10.1186/s12913-019-4062-9. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4062-9>.

LINSKY, Amy; SIMON, Steven R.; BOKHOUR, Barbara. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 98, n. 2, p. 220–225, 2015. DOI: 10.1016/j.pec.2014.11.010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.010>.

LYCETT, Helen; WILDMAN, Emilie; RAEBEL, Eva M.; SHERLOCK, Jon-Paul; KENNY, Tom; CHAN, Amy Hai Yan. Treatment perceptions in patients with asthma: Synthesis of factors influencing adherence. **Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 141, n. July, p. 180–189, 2018. DOI: 10.1016/j.rmed.2018.06.032. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0954611118302300>.

MENGUE, Sotero Serrate; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; RAMOS, Luiz Roberto; FARIAS, Mareni Rocha; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; TAVARES, Noemia Urruth Leão; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; LUIZA, Vera Lucia; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–9, 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300305&lng=en&tlng=en.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lucia; TAVARES, Noemia Urruth Leão; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; FARIAS, Marení Rocha; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; RAMOS, Luiz Roberto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–13, 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006161. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&tlng=en.

OBRELI-NETO PR, PRADO MF, VIEIRA JC, FACHINI FC, PELLOSO SM, MARCON SS, et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** 2010;31(5790):229-33. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/370/368>.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence. Adherence to Medication. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 353, n. 5, p. 487–497, 2005. DOI: 10.1056/NEJMra050100. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra050100>.

ÖZSOY, S. A.; ÖZGÜR, G.; DURMAZ AKYOL, A. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. **International Nursing Review**, [S. l.], v. 54, n. 3, p. 249–255, 2007. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x>.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Mônica Rodrigues; CHAVES, Luisa Arueira. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 170, 2021. DOI: 10.1186/s12875-021-01516-7. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01516-7>.

PÉREZ-SALGADO, Diana; COMPEAN-DARDÓN, María Sandra; STAINES-OROZCO, María Guadalupe; ORTIZ-HERNÁNDEZ, Luis. Satisfaction with Healthcare Services and Adherence to Antiretroviral Therapy among Patients with HIV Attending Two Public Institutions. **Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion**, [S. l.], v. 67, n. 2, p. 80–8, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938840>.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; GOMES, Luciano Bezerra; MACHADO, Liliane dos Santos; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00184715. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205007&lng=en&tlng=en.

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue Tanno De. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e

determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 126–136, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00092613. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100126&lng=pt&tlng=pt.

RIZOPOULOS, Dimitris. Itm: An R Package for Latent Variable Modeling and Item Response Theory Analyses. **Journal of Statistical Software**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 1–25, 2006. DOI: 10.18637/jss.v017.i05. Disponível em: <http://www.jstatsoft.org/v17/i05/>.

RODRIGUES, Patrícia Silveira; CRUZ, Mariana Sodário; TAVARES, Noemia Urruth Leão. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. spe, p. 192–208, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017s15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500192&lng=pt&tlng=pt.

SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju De; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 12, p. 2389–2398, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010001200017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=pt&tlng=pt.

SILVA BARRETO, Mayckel Da; SCHIAVON GANASSIN, Gabriela; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. Dissatisfaction with the Health Service and Non-Adherence to Antihypertensive Medication Treatment in Brazil*. **Open Journal of Nursing**, [S. l.], v. 05, n. 01, p. 49–57, 2015. DOI: 10.4236/ojn.2015.51006. Disponível em: <http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/ojn.2015.51006>.

SOEIRO, Orlando Mario et al. Patient satisfaction with pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. suppl.2, p. 21s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007145. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139776>.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; LUIZA, Vera Lucia; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; RAMOS, Luiz Roberto; FARIAS, Mareni Rocha; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–11, 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&tlng=en.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges De. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 599–613, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017)

[81232005000300017&lng=pt&tlng=pt.](#)

WHO, World Health Organization. **World Health Organization Adherence to long term therapies:evidence for action.** Geneva. 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>.

WHO, World Health Organization. **ATC/DDD Index 2019.** 2019. Disponível em: https://www.whooc.no/atc_ddd_index/

Tabela 6. Caracterização dos pacientes em tratamento para hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemias atendidos pelos serviços de dispensação de medicamentos do componente avaliação de serviços da PNAUM, 2014. (n=2.448 pessoas)

Caracterização dos pacientes	%	IC 95%
Região do Brasil		
Norte	3,6	3,4 – 3,7
Nordeste	27,3	27,2 – 27,4
Centro-oeste	4,3	4,3 – 4,3
Sul	26,1	26,1 – 26,5
Sudeste	38,5	38,5 – 38,5
Sexo		
Feminino	73,9	71,5 – 76,1
Masculino	26,1	23,9 – 28,5
Etnia		
Branca/amarela	43,0	40,6 – 45,5
Negra/parda/indígena	57,0	54,5 – 59,4
Situação conjugal		
Com companheiro	67,8	65,3 – 70,2
Sem companheiro	32,2	29,8 – 34,7
Escolaridade		
0 a 8 anos	80,5	78,4 – 82,5
Acima de 8 anos	19,5	17,5 – 21,6
Idade/anos		
17 a 39	9,3	7,9 – 11,0
40 a 59	45,0	42,4 – 47,7
≥ 60 anos	45,7	43,0 – 48,3
Número de doenças (autorrelato)		
0 ou não sabe	8,2	6,9 – 9,8
1 a 5	88,3	86,5 – 89,8
Acima de 5	3,5	2,8 – 4,5
Polifarmácia (4 medicamentos ou mais)		
Sim	31,6	29,3 – 34,0
Não	68,4	66,0 – 70,7
Precisa ajuda para tomar		
Sim	9,9	8,4 – 11,6
Não	90,1	88,4 – 91,6
Atendido emergência (últimos 12 meses)		
Sim	23,5	21,4 – 25,7
Não	76,5	74,3 – 78,6
Internado (últimos 12 meses)		
Sim	11,5	10,0 – 13,2
Não	88,5	86,8 – 90,0

Tabela 7. Prevalência da não adesão ao uso de medicamentos segundo variáveis de satisfação dos usuários atendidos pelos serviços de AF da APS, PNAUM, 2014. (n=2.448)

Dimensão/Subdimensão da Satisfação	Prevalência % (95% Intervalo de Confiança)			
	Total %	Não Adesão por falta	Não Adesão 7 dias	Não Adesão declarada
OPORTUNIDADE/CONVENIÊNCIA				
Distância do domicílio				
Satisfeitos	61,4 (58,8 – 63,9)	31,5 (28,5 – 34,7)	10,2 (8,5 – 12,3)	12,9 (10,8 – 15,3)
Insatisfeitos	38,6 (36,1 – 41,2)	31,6 (27,7 – 35,7)	13,4 (10,9 – 16,8)	13,1 (10,4 – 16,3)
Dificuldade para chegar ao serviço				
Satisfeitos	82,4 (80,2 – 84,3)	30,7 (28,1 – 33,4)	10,2 (8,7 – 12,0)	12,9 (11,1 – 15,0)
Insatisfeitos	17,6 (15,7 – 19,8)	35,5 (29,7 – 41,8)	17,5 (13,2 – 22,9)	13,4 (9,6 – 18,4)
Horário de funcionamento				
Satisfeitos	89,7 (88,0 – 91,2)	30,2 (27,7 – 32,8)	10,8 (9,2 – 12,6)	12,8 (11,0 – 14,8)
Insatisfeitos	10,3 (8,8 – 12,0)	43,2 (35,3 – 51,4)	18,3 (12,8 – 25,4)	15,1 (10,1 – 22,0)
Tempo de espera				
Satisfeitos	94,8 (93,5 – 95,9)	30,9 (28,5 – 33,5)	11,4 (9,8 – 13,2)	13,2 (11,5 – 15,2)
Insatisfeitos	5,2 (4,1 – 6,5)	43,8 (32,7 – 55,5)	12,8 (6,9 – 22,5)	9,4 (4,7 – 17,8)
DISPONIBILIDADE/PRESENÇA DO MEDICAMENTO				
Conseguiu os medicamentos no SUS				
Satisfeitos	63,5 (61,0 – 65,9)	13,1 (11,0 – 15,5)	7,5 (6,0 – 9,4)	14,3 (12,1 – 16,8)
Insatisfeitos	36,5 (34,1 – 39,0)	63,7 (59,5 – 67,6)	18,5 (15,4 – 22,1)	10,7 (8,3 – 13,6)
Problema para conseguir				
Satisfeitos	64,5 (62,0 – 67,0)	-	9,0 (7,4 – 11,0)	13,5 (11,4 – 16,0)
Insatisfeitos	35,5 (33,0 – 38,0)	89,0 (86,1 – 91,4)	16,1 (13,1 – 19,5)	12,0 (9,4 – 15,1)
Deixou de tomar nos últimos 7 dias				
Satisfeitos	85,5 (83,5 – 87,3)	31,9 (29,3 – 34,6)	10,9 (9,3 – 12,8)	9,7 (8,1 – 11,5)
Insatisfeitos	14,5 (12,7 – 16,5)	29,7 (23,7 – 36,5)	15,0 (10,7 – 20,6)	32,1 (26,0 – 39,0)
Medicamentos no SUS nos últimos 3 meses				
Satisfeitos	73,8 (71,5 – 76,1)	33,4 (30,6 – 36,4)	10,6 (8,9 – 12,6)	11,2 (9,4 – 13,3)
Insatisfeitos	26,2 (23,9 – 28,5)	23,6 (22,1 – 31,0)	14,0 (10,9 – 18,0)	17,9 (14,3 – 22,1)
DISPONIBILIDADE/PRESENÇA DO MEDICAMENTO/ DIFICULDADES COM O MEDICAMENTO				
1 Teve dificuldade de lembrar de tomar o remédio?				
Satisfeitos	71,2 (68,8 – 73,5)	31,4 (28,6 – 34,4)	11,5 (9,7 – 13,6)	13,3 (11,3 – 15,6)
Insatisfeitos	28,8 (26,5 – 31,2)	31,9 (27,6 – 36,5)	11,6 (8,9 – 14,9)	12,1 (9,3 – 15,5)

Dimensão/Subdimensão da Satisfação	Prevalência % (95% Intervalo de Confiança)			
	Total %	Não Adesão por falta	Não Adesão 7 dias	Não Adesão declarada
2 Teve dificuldade para lidar com remédios por que utiliza muitos comprimidos ao dia?				
Satisfeitos	77,7 (75,5 – 79,8)	30,8 (28,1 – 33,7)	11,5 (9,7 – 13,5)	14,3 (12,3 – 16,6)
Insatisfeitos	22,3 (20,2 – 24,5)	34,4 (29,5 – 39,7)	10,8 (7,9 – 14,5)	8,4 (6,0 – 11,6)
3 Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil consegui-los?				
Satisfeitos	73,4 (71,1 – 75,6)	25,5 (22,9 – 28,3)	10,2 (8,5 – 12,1)	14,0 (11,9 – 16,3)
Insatisfeitos	26,6 (24,4 – 28,9)	48,3 (43,4 – 53,2)	15,3 (12,0 – 19,2)	10,2 (7,6 – 13,4)
4 Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil ler o que está escrito na embalagem?				
Satisfeitos	58,2 (55,6 – 60,8)	32,3 (29,2 – 35,6)	10,1 (8,3 – 12,3)	12,4 (10,2 – 14,8)
Insatisfeitos	41,8 (39,2 – 44,4)	30,5 (26,8 – 34,4)	13,5 (11,0 – 16,5)	13,9 (11,3 – 17,0)
5 Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil adequar a utilização deles com o seu trabalho?				
Satisfeitos	85,9 (84,1 – 87,6)	31,1 (28,6 – 33,8)	11,5 (9,8 – 13,4)	13,4 (11,6 – 15,5)
Insatisfeitos	14,1 (12,4 – 15,9)	32,4 (26,4 – 38,9)	11,9 (8,4 – 16,6)	10,7 (7,3 – 15,4)
6 Teve dificuldade para lidar com remédios por que há remédios diferentes com a mesma forma e coloração?				
Satisfeitos	81,5 (79,5 – 83,4)	30,8 (28,1 – 33,5)	12,0 (10,2 – 14,0)	13,2 (11,3 – 15,4)
Insatisfeitos	18,5 (16,6 – 20,5)	35,5 (30,0 – 41,3)	9,3 (6,6 – 13,0)	12,3 (8,9 – 16,7)
ADEQUAÇÃO/ QUALIDADE TÉCNICA DA DISPENSAÇÃO				
Recebe informação				
Satisfeitos	72,8 (70,4 – 75,1)	32,0 (29,2 – 35,0)	11,1 (9,4 – 13,2)	9,7 (8,0 – 11,7)
Insatisfeitos	27,2 (24,9 – 29,6)	30,7 (26,3 – 35,5)	12,7 (9,8 – 16,3)	21,6 (17,7 – 26,1)
Entende a informação				
Satisfeitos	94,9 (93,5 – 96,0)	31,4 (28,7 – 34,3)	11,2 (9,4 – 13,2)	10,3 (8,5 – 12,3)
Insatisfeitos	5,1 (4,0 – 6,5)	35,7 (24,6 – 48,5)	15,4 (8,4 – 26,6)	13,5 (6,9 – 24,8)
Farmacêutico/Funcionário disponível				
Satisfeitos	82,5 (80,4 – 84,5)	31,9 (29,2 – 34,8)	11,0 (9,4 – 13,0)	10,2 (8,5 – 12,2)
Insatisfeitos	17,5 (15,5 – 19,6)	31,4 (25,8 – 37,7)	12,4 (8,8 – 17,2)	19,8 (15,1 – 25,5)
Orientação como guardar em casa				
Satisfeitos	74,8 (72,2 – 77,2)	32,2 (29,0 – 35,4)	11,2 (9,2 – 13,5)	8,6 (6,8 – 10,7)
Insatisfeitos	25,2 (22,8 – 27,8)	30,2 (25,2 – 35,8)	12,3 (9,1 – 16,4)	16,9 (13,0 – 21,6)

Dimensão/Subdimensão da Satisfação	Prevalência % (95% Intervalo de Confiança)			
	Total %	Não Adesão por falta	Não Adesão 7 dias	Não Adesão declarada
ADEQUAÇÃO/ QUALIDADE TÉCNICA DO MEDICAMENTO				
Efeito SUS x comercial				
Satisfeitos	92,8 (91,1 – 94,1)	30,6 (28,0 – 33,4)	11,6 (9,9 – 13,5)	11,0 (9,3 – 13,0)
Insatisfeitos	7,2 (5,9 – 8,9)	31,0 (22,0 – 41,7)	16,7 (10,0 – 26,6)	29,0 (20,3 – 39,6)
Efeito do medicamento				
Satisfeitos	87,5 (85,7 – 89,2)	31,3 (28,7 – 33,9)	10,5 (9,0 – 12,3)	12,8 (11,0 – 14,8)
Insatisfeitos	12,5 (10,8 – 14,3)	33,6 (27,0 – 41,0)	18,6 (13,6 – 24,9)	14,1 (9,6 – 20,4)
Causa problema de saúde				
Satisfeitos	92,7 (91,2 – 93,9)	31,2 (28,7 – 33,8)	11,2 (9,6 – 13,0)	12,6 (10,9 – 14,5)
Insatisfeitos	7,3 (6,1 – 8,8)	36,4 (27,9 – 45,8)	15,5 (10,2 – 22,9)	17,7 (11,5 – 23,6)
ADEQUAÇÃO/ AMBIÊNCIA				
Sinalização				
Satisfeitos	91,2 (89,6 – 92,6)	31,7 (29,2 – 34,3)	11,6 (10,0 – 13,4)	11,4 (9,8 – 13,3)
Insatisfeitos	8,8 (6,6 – 9,5)	30,3 (22,7 – 39,1)	12,0 (7,2 – 19,5)	29,2 (21,7 – 38,1)
Limpeza				
Satisfeitos	92,0 (90,5 – 93,4)	31,5 (29,0 – 34,1)	11,1 (9,5 – 12,9)	11,0 (9,4 – 12,9)
Insatisfeitos	8,0 (6,6 – 9,5)	30,6 (22,5 – 40,0)	14,2 (8,7 – 22,4)	26,1 (18,5 – 35,5)
Conforto				
Satisfeitos	74,6 (72,2 – 76,8)	31,5 (28,7 – 34,4)	11,2 (9,5 – 13,2)	9,9 (8,2 – 11,9)
Insatisfeitos	25,4 (23,2 – 27,8)	32,5 (27,8 – 37,5)	12,9 (9,8 – 16,9)	21,7 (17,7 – 26,4)
Atendimento				
Satisfeitos	91,3 (89,7 – 92,7)	31,5 (29,0 – 34,1)	11,4 (9,8 – 13,2)	11,3 (9,7 – 13,2)
Insatisfeitos	8,7 (7,3 – 10,3)	31,9 (24,1 – 40,8)	13,7 (8,6 – 21,1)	30,9 (23,2 – 39,8)
ADEQUAÇÃO/ RELAÇÕES INTERPESSOAIS				
Respeito/cortesia				
Satisfeitos	93,8 (92,4 – 94,9)	31,5 (29,1 – 39,1)	11,4 (9,8 – 13,2)	11,5 (9,8 – 13,3)
Insatisfeitos	6,2 (5,1 – 7,6)	33,1 (23,9 – 43,8)	13,9 (8,0 – 22,9)	35,6 (26,3 – 46,2)
Privacidade				
Satisfeitos	71,4 (68,9 – 73,8)	32,1 (29,2 – 35,1)	10,3 (8,6 – 12,4)	9,6 (7,9 – 11,7)
Insatisfeitos	28,6 (26,2 – 31,1)	30,9 (26,4 – 35,7)	13,9 (10,8 – 17,8)	20,2 (16,4 – 24,5)
Avaliação atendimento				
Satisfeitos	91,3 (89,7 – 92,7)	31,5 (29,0 – 34,1)	11,4 (9,8 – 13,2)	11,3 (9,7 – 13,2)
Insatisfeitos	8,7 (7,3 – 10,3)	31,9 (24,1 – 40,8)	13,7 (8,6 – 21,1)	30,9 (23,2 – 39,8)

Tabela 8 - Regressão logística bruta e ajustada* das dimensões da satisfação com serviços farmacêuticos da APS e a não adesão ao uso de medicamentos para HAS, diabetes e dislipidemia, Brasil 2014.

Dimensões	Não adesão por falta de acesso			Valor de p ajustado
	% (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	
Oportunidade				
Satisfeito	29,9 (26,7 – 33,3)	1,000	1,000	
Insatisfeito	33,4 (29,9 – 37,0)	1,174 (0,936 – 1,473)	1,150 (0,911 – 1,451)	0,239
Disponibilidade				
Satisfeito	24,5 (21,5 – 27,8)	1,000	1,000	
Insatisfeito	39,5 (35,9 – 43,2)	2,010 (1,598 – 2,528)	1,872 (1,477 – 2,373)	<0,001
Adequação				
Satisfeito	31,3 (28,0 – 34,8)	1,000	1,000	
Insatisfeito	31,9 (28,4 – 35,5)	1,027 (0,818 – 1,289)	1,025 (0,813 – 1,293)	0,832
Dimensões	Não adesão 7 dias			Valor de p ajustado
	% (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	
Oportunidade				
Satisfeito	9,6 (7,7 – 11,8)	1,000	1,000	
Insatisfeito	13,6 (11,2 – 16,4)	1,493 (1,082 – 2,060)	1,359 (0,985 – 1,874)	0,062
Disponibilidade				
Satisfeito	9,2 (7,3 – 11,4)	1,000	1,000	
Insatisfeito	14,2 (11,8 – 17,0)	1,637 (1,183 – 2,266)	1,637 (1,172 – 2,286)	0,004
Adequação				
Satisfeito	10,1 (8,2 – 12,5)	1,000	1,000	
Insatisfeito	13,1 (10,8 – 15,8)	1,337 (0,968 – 1,846)	1,364 (0,984 – 1,890)	0,733
Dimensões	Não adesão declarada			Valor de p ajustado
	% (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	
Oportunidade				
Satisfeito	12,8 (10,6 – 15,5)	1,000	1,000	
Insatisfeito	13,1 (10,7 – 15,9)	1,027 (0,749 – 1,408)	1,028 (0,747 – 1,413)	0,974
Disponibilidade				
Satisfeito	14,6 (12,1 – 17,4)	1,000	1,000	
Insatisfeito	11,2 (9,1 – 13,8)	0,741 (0,540 – 1,017)	0,775 (0,560 – 1,072)	0,063
Adequação				
Satisfeito	7,0 (5,3 – 9,1)	1,000	1,000	
Insatisfeito	19,6 (16,7 – 22,8)	3,242 (2,288 – 4,593)	3,270 (2,308 – 4,634)	<0,001

*ajustada por sexo (masculino, feminino), idade (17 – 39, 40 – 59, ≥ 60 anos), escolaridade (0 a 8 anos e acima de 8 anos de estudos) e número de medicamentos (contínuo)

7. CONCLUSÕES DA TESE

Por meio de dados pertencentes ao maior inquérito sobre uso de medicamentos no Brasil até o momento (PNAUM, 2014), foi observada uma não adesão ao uso de medicamentos, em pacientes de DCNT (HAS, diabetes e dislipidemia), ligada ao esquecimento de doses em período recordatório 7 dias de 6,6%, quando a informação foi coletada por medicamento, e de 11,5% quando coletada por paciente e uma não adesão declarada de 13,0%. A não adesão por dificuldade em conseguir os medicamentos foi de 31,6%, valor mais alto desse estudo e dentro dos valores observados anteriormente no país, o que demonstrou que a falta de acesso público e gratuito aos medicamentos tem papel-chave na não adesão ao uso de medicamentos para o tratamento de DCNT no Brasil.

Outra conclusão foi que percepções negativas sobre os medicamentos usados contribuem para a não adesão. A efetividade dos medicamentos ser considerada regular ou ruim, a percepção que o medicamento causa desconforto e medicamentos usados por menos de seis meses, estiveram associados a maiores chances de não adesão em todas as regiões do Brasil.

As percepções negativas sobre os serviços farmacêuticos também contribuem para a não adesão ao uso de medicamentos em pacientes de DCNT. Os índices de insatisfação com os serviços de AF, construídos por meio da TRI, demonstraram que a maioria dos usuários estava satisfeita com os serviços, porém, os insatisfeitos foram mais não aderentes ao uso de medicamentos e a insatisfação com as dimensões disponibilidade e adequação da AF esteve associada a não adesão.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da tese demonstram que para os pacientes com HAS, diabetes e dislipidemia no Brasil, a experiência vivida com os tratamentos e serviços de AF tem influência na decisão de seguir os tratamentos recomendados e más experiências, frustrações ou insatisfação contribuem para o não uso dos medicamentos prescritos.

Crenças e insatisfação só podem ser conhecidas e trabalhadas, para melhora dos índices de adesão, por serviços de saúde que tem interesse na opinião e experiências vividas pelos usuários, suas necessidades e desejos, fazendo dele um ator importante e parceiro na construção do cuidado. Com base nos resultados, alguns caminhos podem ser tomados, na busca por diminuir a não adesão mediada por percepções negativas e insatisfação com produtos e serviços farmacêuticos, pelo Ministério da Saúde como:

- A elaboração de políticas e garantia de recursos públicos para melhorar a estrutura das farmácias no SUS, acesso aos medicamentos e a contratação de recursos humanos para dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico;

- A criação de diferentes carreiras para farmacêuticos no SUS: farmacêutico gestor, farmacêutico para serviços de dispensação e farmacêutico de serviços de acompanhamento farmacoterapêutico, com descrição de atividades e objetivos a serem alcançados, para resolver a falta de farmacêuticos na assistência ao paciente devido a prioridade das atividades administrativas;

- Fomentar a legislação regulatória brasileira para garantir que medicamentos seguros e eficazes sejam disponibilizados aos pacientes SUS, diminuindo a percepção de falta de efetividade e de presença de desconforto;

- Garantir a formação continuada para trabalho em equipe e acompanhamento de pacientes em uso de medicamentos, em busca de uma melhor relação prescritor/paciente, farmacêutico/paciente e prescritor/farmacêutico, com comunicação clara sobre a necessidade, os efeitos esperados e indesejados e quais os objetivos de saúde que se buscam para cada medicamento e o manejo do tratamento a longo prazo;

- Fomentar a geração, manutenção e uso de dados em saúde para a tomada de decisão em AF, com destaque para uma política de dados abertos, divulgação dos bancos de dados disponíveis, organização de inquéritos populacionais, liberdade para profissionais e pesquisadores usarem os dados e uso das evidências produzidas para gerar informações sobre os serviços e o uso de medicamentos no Brasil;

Por estados, municípios e serviços locais de AF:

- A organização de serviços de dispensação centrados nas necessidades dos pacientes com ambiente e recursos humanos adequados e voltados para diminuir as dificuldades dos pacientes com uso de medicamentos;

- A criação de serviços de acompanhamento farmacoterapêutico nos municípios (farmácias e Unidades de saúde) que oportunizem encontros regulares entre farmacêuticos e pacientes para educação, diálogo, solução de problemas e criação vínculos, que permitam uma confiança no aprendizado sobre o manejo de DCNT, fazendo dos tratamentos uma corresponsabilidade dos serviços de saúde;

- Orientação e acompanhamento do uso de medicamentos que causam desconforto, prioridade na substituição, sempre que possível, por alternativa terapêutica com menores efeitos indesejados e desprescrição de medicamentos desnecessários;

- Avaliação contínua dos produtos e serviços farmacêuticos com a participação dos pacientes;

- Criação de serviços farmacêuticos de acesso fácil (online, por telefone, Whatsapp) para retirada de dúvidas, lembretes e pequenos encaminhamentos nos territórios e unidades de saúde;

- Participação de farmacêuticos no cuidado interprofissional de pacientes DCNT e em grupos de pacientes, como Hiperdia, para que a discussão sobre o tratamento seja parte da rotina do paciente e se criem novas percepções em relação aos medicamentos como sensação de consciência, conhecimento, autonomia, ser ouvido, de ser parte;

O Brasil, com seus serviços de saúde centrados nos problemas (doença) e uma AF centrada nos produtos, está longe de ter meios para enfrentar crenças e insatisfação com os serviços como promotores de não adesão.

Assim, é de suma importância para o SUS avançar na construção de serviços de saúde centrados no paciente, incluindo a AF, que tenham capacidade de dar acesso a cuidados de qualidade, mas também conhecer a percepção dos pacientes sobre estes cuidados, a aceitabilidade e adequação social dos serviços, fazendo mudanças necessárias para alcançar melhores resultados em saúde.

9. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi De; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias De; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26862016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=pt&tlng=pt.

ÁLVARES, Juliana et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: methods. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. suppl.2, p. 1s-9s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007027. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139733>.

ASPINAL, Fiona; ADDINGTON-HALL, Julia; HUGHES, Rhidian; HIGGINSON, Irene J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 324–339, 2003. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x>.

BAE, Sang Geun; KAM, Sin; PARK, Ki Soo; KIM, Keon-Yeop; HONG, Nam-Soo; KIM, Ki-Su; LEE, Yu-mi; LEE, Won Kee; CHOE, Michael Sung Pil. Factors related to intentional and unintentional medication nonadherence in elderly patients with hypertension in rural community. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. Volume 10, p. 1979–1989, 2016. DOI: 10.2147/PPA.S114529. Disponível em: <https://www.dovepress.com/factors-related-to-intentional-and-unintentional-medication-nonadheren-peer-reviewed-article-PPA>.

BALKRISHNAN, Rajesh; RAJAGOPALAN, Rukmini; CAMACHO, Fabian T.; HUSTON, Sally A.; MURRAY, Frederick T.; ANDERSON, Roger T. Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: A longitudinal cohort study. **Clinical Therapeutics**, [S. l.], v. 25, n. 11, p. 2958–2971, 2003. DOI: 10.1016/S0149-2918(03)80347-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149291803803478>.

BARDEL, Annika; WALLANDER, Mari-Ann; SVÄRDSUDD, Kurt. Factors associated with adherence to drug therapy: a population-based study. **European Journal of Clinical Pharmacology**, [S. l.], v. 63, n. 3, p. 307–314, 2007. DOI: 10.1007/s00228-006-0246-4. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-006-0246-4>.

BARON-EPEL, Orna. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **International Journal for Quality in Health Care**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 317–323, 2001. DOI: 10.1093/intqhc/13.4.317.

Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/13.4.317>.

BATBAATAR, Enkhjargal; DORJDAGVA, Javkhlanbayar; LUVSANNYAM, Ariunbat; SAVINO, Matteo Mario; AMENTA, Pietro. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. **Perspectives in Public Health**, [S. l.], v. 137, n. 2, p. 89–101, 2017. DOI: 10.1177/1757913916634136. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913916634136>.

BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 279–289, 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; ESHER, Angela; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel De; CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; SILVA, Rondineli Mendes Da; LUIZA, Vera Lucia. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1937–1949, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09022018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=pt&tlng=pt.

BERNHART, Michael H.; WIADNYANA, I. G. P.; WIHARDJO, Haryoko; POHAN, Imbalos. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 48, n. 8, p. 989–996, 1999. DOI: 10.1016/S0277-9536(98)00376-1. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953698003761>.

BORTOLOTTI, Silvana Ligia Vincenzi. **Aplicação de um modelo de desdobramento graduado generalizado da teoria da resposta ao item - TRI**. 2003. UFSC, [S. l.], 2003. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/85634>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. DOI: Issn 16677-70421. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente populacional: introdução, método e instrumentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_introducao_metodo_instrumentos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente populacional: resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_resultados_pnaum_caderno3.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno2.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno4.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento De Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2022.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Cuidado Farmacêutico na atenção básica – caderno 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **PNAUM - Microdados medicamentos crônicos (medicamentos para o tratamento de doenças crônicas relatados pelos entrevistados)**. 2014b. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pnaum>. página indisponível em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass: Programa Nacional de**

Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** [s.l.: s.n.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021 : uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf.

CHEEN, McVin Hua Heng; TAN, Yan Zhi; OH, Ling Fen; WEE, Hwee Lin; THUMBOO, Julian. Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Clinical Practice**, [S. l.], v. 73, n. 6, p. e13350, 2019. DOI: 10.1111/ijcp.13350. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.13350>.

CHOWDHURY, Rajiv et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. **European Heart Journal**, [S. l.], v. 34, n. 38, p. 2940–2948, 2013. DOI: 10.1093/eurheartj/eh295. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/eh295>.

CLIFFORD, Sarah; BARBER, Nick; HORNE, Rob. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity–Concerns Framework. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 64, n. 1, p. 41–46, 2008. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.004. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399907002061>.

COOPER, Vanessa; METCALF, Leanne; VERSNEL, Jenny; UPTON, Jane; WALKER, Samantha; HORNE, Rob. Patient-reported side effects, concerns and adherence to corticosteroid treatment for asthma, and comparison with physician estimates of side-effect prevalence: a UK-wide, cross-sectional study. **npj Primary Care Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 15026, 2015. DOI: 10.1038/npjpcrm.2015.26. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/npjpcrm201526>.

COSTA, Ediná Alves et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 5s, 2017. a. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007107. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139745>.

COSTA, Elísio; PECORELLI, Sergio; GIARDINI, Anna; SAVIN, Magda; MENDITTO, Enrica; LEHANE, Elaine; LAOSA, Olga; MONACO, Alessandro; MARENGONI, Alessandra. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. 9, p. 1303, 2015. DOI: 10.2147/PPA.S87551. Disponível em: <https://www.dovepress.com/interventional-tools-to-improve-medication-adherence-review-of-literat-peer-reviewed-article-PPA>.

COSTA, Karen Sarmiento; TAVARES, Noêmia Urruth Leão; NASCIMENTO JÚNIOR, José Miguel Do; MENGUE, Sotero Serrate; ÁLVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis; SOEIRO, Orlando Mario. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 3s, 2017. b. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007146. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>.

CUTLER, Rachele Louise; FERNANDEZ-LLIMOS, Fernando; FROMMER, Michael; BENRIMOJ, Charlie; GARCIA-CARDENAS, Victoria. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. **BMJ Open**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. e016982, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016982. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-016982>.

DE GEEST, Sabina; ZULLIG, Leah L.; DUNBAR-JACOB, Jacqueline; HUGHES, Dyfrig; WILSON, Ira B.; VRIJENS, Bernard. Improving medication adherence research reporting: ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). **European Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 258–259, 2019. DOI: 10.1177/1474515119830298. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/18/4/258-259/5925233>.

DIAS, Orlene Veloso; RAMOS, Lais Helena; COSTA, Simone de Melo; VELOSO DIAS - LAIS HELENA RAMOS -SIMONE DE MELO COSTA, Orlene; VELOSO DIAS, Orlene; HELENA RAMOS, Lais. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-universidade SUS**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 11–26, 2010. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/316>.

DIMATTEO, M. Robin. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. **Medical Care**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 200–209, 2004. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9. Disponível em: <https://journals.lww.com/00005650-200403000-00002>.

DIMATTEO, M. Robin; HASKARD-ZOLNIEREK, Kelly B.; MARTIN, Leslie R. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. **Health Psychology Review**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 74–91, 2012. DOI: 10.1080/17437199.2010.537592. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17437199.2010.537592>.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, United States, v. 114, n. 11, p. 1115–8, 1990. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>.

DONABEDIAN, AVEDIS. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, [S. l.], v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012132.pub2>.

DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Taynãna César; ANDRADE, Fabíola Bof De. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, p. 1–14, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200080. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100470&tlng=pt.

DURAND, Hannah; HAYES, Peter; MORRISSEY, Eimear C.; NEWELL, John; CASEY, Monica; MURPHY, Andrew W.; MOLLOY, Gerard J. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension. **Journal of Hypertension**, [S. l.], v. 35, n. 12, p. 2346–2357, 2017. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001502. Disponível em: <https://journals.lww.com/00004872-201712000-00004>.

EDMONDSON, Donald; HOROWITZ, Carol R.; GOLDFINGER, Judith Z.; FEI, Kezhen; KRONISH, Ian M. Concerns about medications mediate the association of posttraumatic stress disorder with adherence to medication in stroke survivors. **British Journal of Health Psychology**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 799–813, 2013. DOI: 10.1111/bjhp.12022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12022>.

ELM, Erik Von; ALTMAN, Douglas G.; EGGER, Matthias; POCOCK, Stuart J.; GØTZSCHE, Peter C.; VANDENBROUCKE, Jan P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **The Lancet**, [S. l.], v. 370, n. 9596, p. 1453–1457, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61602-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext#.XdLUVKozJLA.mendeley](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext#.XdLUVKozJLA.mendeley).

ESHER, Ângela; DOS SANTOS, Elizabeth Moreira; MAGARINOS-TORRES, Rachel; AZEREDO, Thiago Botelho. [Building evaluation criteria: experts and user satisfaction with pharmaceutical delivery services for HIV/Aids]. **Ciência & saúde coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 203–14, 2012. DOI: 10.1590/s1413-81232012000100022. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22218553>.

ESHER, Angela; SANTOS, Elizabeth Moreira Dos; AZEREDO, Thiago Botelho; LUIZA, Vera Lucia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 4833–4844, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300032. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

[81232011001300032&lng=en&tlng=en.](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600016)

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1267–1276, 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000600016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=pt&tlng=pt.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; VIERA-DA-SILVA, Lígia Maria. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe2, p. 331–340, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600331&tlng=pt.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. suppl, p. 303–312, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000500031. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=pt&tlng=pt.

FERNANDEZ-LAZARO, Cesar I.; ADAMS, David P.; FERNANDEZ-LAZARO, Diego; GARCIA-GONZÁLEZ, Juan M.; CABALLERO-GARCIA, Alberto; MIRON-CANELO, Jose A. Medication adherence and barriers among low-income, uninsured patients with multiple chronic conditions. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [S. l.], v. 15, n. 6, p. 744–753, 2019. DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.09.006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.09.006>.

FERREIRA, Reginara Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 815–826, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00160512. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400815&lng=pt&tlng=pt.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa; LIMA, Adriano de Almeida De; PEDROSA, Claudia Mara; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; XAVIER, Mayra Fernandes; SILVA, Amanda Kellen Pereira Da; RODRIGUES, Viviane Belini; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1851–1863, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.33332019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501851&tlng=pt.

GADKARI, Abhijit S.; MCHORNEY, Colleen A. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 98, 2012. DOI: 10.1186/1472-6963-12-98. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-98>.

GAST, Alina; MATHES, Tim. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. **Systematic Reviews**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 112, 2019. DOI: 10.1186/s13643-019-1014-8. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1014-8>.

GEORGE, Johnson. Patient deviations from treatment recommendations: does it matter what we call it? **International Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 3–5, 2010. DOI: 10.1211/ijpp.18.01.0002. Disponível em: <https://academic.oup.com/ijpp/article/18/1/3/6130385>.

GEURTS, Marlies M. E.; STEWART, Roy E.; BROUWERS, Jacobus R. B. J.; DE GRAEFF, Pieter A.; DE GIER, Johan J. Patient beliefs about medicines and quality of life after a clinical medication review and follow-up by a pharmaceutical care plan: a study in elderly polypharmacy patients with a cardiovascular disorder. **Journal of Pharmaceutical Health Services Research**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 171–176, 2015. DOI: 10.1111/jphs.12104. Disponível em: <https://academic.oup.com/jphsr/article/6/4/171-176/6016311>.

GIROTTI, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei De; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; MATSUO, Tiemi. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 1763–1772, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000600027. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&tlng=pt.

GLOMBIEWSKI, Julia A.; NESTORIUC, Yvonne; RIEF, Winfried; GLAESMER, Heide; BRAEHLER, Elmar. Medication Adherence in the General Population. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 7, n. 12, p. e50537, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0050537. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0050537>.

GOMES, Maria Alice Vaz; PINTO, Vinicius de Oliveira; CASSUCE, Francisco Carlos da Cunha. [Determinants of satisfaction with the care provided by Basic Health Units (BHU)]. **Ciencia & saude coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 1311–1322, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.18022019. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886760>.

GONTIJO, Mônica de Fátima; RIBEIRO, Andréia Queiroz; KLEIN, Carlos Henrique; ROZENFELD, Suely; ACURCIO, Francisco de Assis. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 28, n. 7, p. 1337–1346, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000700012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700012&lng=pt&tlng=pt.

GONZALEZ, Jeffrey S.; TANENBAUM, Molly L.; COMMISSARIAT, Persis V. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management:

Implications for research and practice. **American Psychologist**, [S. l.], v. 71, n. 7, p. 539–551, 2016. DOI: 10.1037/a0040388. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0040388>.

GOUVEIA, Giselle Camposana; SOUZA, Wayner Vieira De; LUNA, Carlos F.; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges De; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 281–296, 2009. DOI: 10.1590/S1415-790X2009000300001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001&lng=pt&tlng=pt.

HAYNES, R. Brian; MCDONALD, Heather P.; GARG, Amit X. Helping Patients Follow Prescribed Treatment. **JAMA**, [S. l.], v. 288, n. 22, p. 2880, 2002. DOI: 10.1001/jama.288.22.2880. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.288.22.2880>.

HEDEGAARD, Ulla; KJELDTSEN, Lene Juel; POTTEGÅRD, Anton; HENRIKSEN, Jan Erik; LAMBRECHTSEN, Jess; HANGAARD, Jørgen; HALLAS, Jesper. Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. **The American Journal of Medicine**, [S. l.], v. 128, n. 12, p. 1351–1361, 2015. DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.08.011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.011>.

HOLMES, Emily A. F.; HUGHES, Dyfrig A.; MORRISON, Valerie L. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research. **Value in Health**, [S. l.], v. 17, n. 8, p. 863–876, 2014. DOI: 10.1016/j.jval.2014.08.2671. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>.

HOPE, Holly F.; BINKLEY, George M.; FENTON, Sally; KITAS, George D.; VERSTAPPEN, Suzanne M. M.; SYMMONS, Deborah P. M. Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. e0201196, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0201196. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0201196>.

HUDAK, Pamela L.; WRIGHT, James G. The Characteristics of Patient Satisfaction Measures. **Spine**, [S. l.], v. 25, n. 24, p. 3167–3177, 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00012. Disponível em: <http://journals.lww.com/00007632-200012150-00012>.

HUGTENBURG, Jacqueline; VERVLOET, Marcia; VAN DIJK, Liset; TIMMERS, Lonneke; ELDERS. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. 7, p. 675, 2013. DOI: 10.2147/PPA.S29549. Disponível em: <http://www.dovepress.com/definitions-variants-and-causes-of-nonadherence-with-medication-a-chal-peer-reviewed-article-PPA>.

HUYARD, Caroline; DERIJKS, Luc; HAAK, Harm; LIEVERSE, Louis. Intentional

Nonadherence as a Means to Exert Control. **Qualitative Health Research**, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 1215–1224, 2017. DOI: 10.1177/1049732316688882. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732316688882>.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>.

IIHARA, N.; NISHIO, T.; OKURA, M.; ANZAI, H.; KAGAWA, M.; HOUCHI, H.; KIRINO, Y. Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, [S. l.], v. 39, n. 1, p. 45–52, 2014. DOI: 10.1111/jcpt.12100. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpt.12100>.

IVAMA-BRUMMELL, A. M.; PINGRET-KIPMAN, D.; LOULY, P. G.; ANDRADE, R. R. Medicines regulation, pricing and reimbursement in Brazil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 769, 2022. DOI: 10.30968/rbfhss.2022.131.0769. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/769>.

JOKISALO, E.; KUMPUSALO, E.; ENLUND, H.; HALONEN, P.; TAKALA, J. Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy. **Journal of Human Hypertension**, [S. l.], v. 16, n. 8, p. 577–583, 2002. DOI: 10.1038/sj.jhh.1001448. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/1001448>.

JÜNGST, C.; GRÄBER, S.; SIMONS, S.; WEDEMEYER, H.; LAMMERT, F. Medication adherence among patients with chronic diseases: a survey-based study in pharmacies. **QJM: An International Journal of Medicine**, [S. l.], v. 112, n. 7, p. 505–512, 2019. DOI: 10.1093/qjmed/hcz058. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/112/7/505/5370182>.

KIM, Seung Jae; KWON, Oh Deog; CHOI, Ho Chun; LEE, Eung-Joon; CHO, BeLong. Non-persistence with anti-platelet therapy and long-term mortality after ischemic stroke: A nationwide study. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. e0244718, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0244718. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244718>.

KIM, Yeon-Yong; LEE, Jin-Seok; KANG, Hee-Jin; PARK, Sang Min. Effect of medication adherence on long-term all-cause-mortality and hospitalization for cardiovascular disease in 65,067 newly diagnosed type 2 diabetes patients. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 12190, 2018. DOI: 10.1038/s41598-018-30740-y. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41598-018-30740-y>.

KRASS, I.; SCHIEBACK, P.; DHIPPAYOM, T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. **Diabetic Medicine**, [S. l.], v. 32, n. 6, p. 725–737, 2015. DOI: 10.1111/dme.12651. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.12651>.

KRONISH, Ian M.; YE, Siqin. Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions. **Progress in Cardiovascular Diseases**, [S. l.], v. 55, n. 6, p. 590–600, 2013. DOI: 10.1016/j.pcad.2013.02.001. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000763%5C>.

LEHANE, Elaine; MCCARTHY, Geraldine. Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 44, n. 8, p. 1468–1477, 2007. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748906002264>.

LEITE, Silvana Nair et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 11s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007121. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139757>.

LEON C.; KOOSSED T.; PHILIBERT B.; RAPOSO C.; BENZAKEN A.S. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. **BMC Health Serv Res**. 2019 May 30;19(1):344. DOI: 10.1186/s12913-019-4062-9. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4062-9>.

LIGIA, Silvana; BORTOLOTTI, Vincenzi; JUNIOR, Jesus Moreira; FARIAS, Afonso; FRANCISCO, Dalton. VI Congresso Nacional de Excelência em gestão. PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO POR MEIO DO MODELO LOGÍSTICO DE DOIS PARÂMETROS DA TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM Silvana. In: 2010, niterói. **Anais [...]**. niterói DOI: ISSN 1984-9354.

LIMA-DELLAMORA, Elisangela da Costa; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; MADRUGA, Livia Gonçalves Dos Santos Lima; AZEREDO, Thiago Botelho. Utilização de registros de dispensação de medicamentos na mensuração da adesão: revisão crítica da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 1–16, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00136216. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000302001&lng=pt&tlng=pt.

LINDER-PELZ, Susie. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 577–582, 1982. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90311-2. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953682903112>.

LINSKY, Amy; SIMON, Steven R.; BOKHOUR, Barbara. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 98, n. 2, p. 220–225, 2015. DOI: 10.1016/j.pec.2014.11.010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.010>.

LYCETT, Helen; WILDMAN, Emilie; RAEBEL, Eva M.; SHERLOCK, Jon-Paul; KENNY, Tom; CHAN, Amy Hai Yan. Treatment perceptions in patients with asthma: Synthesis of factors influencing adherence. **Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 141, n. July, p. 180–189, 2018. DOI: 10.1016/j.rmed.2018.06.032.

Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0954611118302300>.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo De; PRADO, Rogério Ruscitto Do; ESCALANTE, Juan Cortez; SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014. DOI: 10.5123/S1679-49742014000400002. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

MCQUAID, Elizabeth L.; LANDIER, Wendy. Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 200–206, 2018. DOI: 10.1007/s11606-017-4199-3. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-017-4199-3>.

MCRAE-CLARK, Aimee L.; BAKER, Nathaniel L.; SONNE, Susan C.; DEVANE, C. Lindsay; WAGNER, Amanda; NORTON, Jessica. Concordance of Direct and Indirect Measures of Medication Adherence in A Treatment Trial for Cannabis Dependence. **Journal of Substance Abuse Treatment**, [S. l.], v. 57, n. 3, p. 70–74, 2015. DOI: 10.1016/j.jsat.2015.05.002. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547215001075>.

MEGARI, Kalliopi. Quality of life in chronic disease patients. **Health Psychology Research**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 27, 2013. DOI: 10.4081/hpr.2013.e27. Disponível em: <http://www.pagepressjournals.org/index.php/hpr/article/view/hpr.2013.e27>.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; TAVARES, Noemia Urruth Leão; GUIMARÃES, Luciano Santos Pinto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; LUIZA, Vera Lucia; MENGUE, Sotero Serrate; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 445–459, 2017. DOI: 10.1590/1980-54972017000300008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300445&lng=pt&tlng=pt.

MENGUE, Sotero Serrate et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): household survey component methods. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–13, 2016. a. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300304&lng=en&tlng=en.

MENGUE, Sotero Serrate; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; RAMOS, Luiz Roberto; FARIAS, Marení Rocha; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; TAVARES, Noemia Urruth Leão; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; LUIZA, Vera Lucia; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–9, 2016. b. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006154.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300305&lng=en&tlng=en.

MOREIRA, Thais de Abreu; ALVARES-TEODORO, Juliana; BARBOSA, Mariana Michel; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. Uso de medicamentos por adultos na atenção primária: inquérito em serviços de saúde de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100424&tlng=pt.

MURDOCH, Jamie; SALTER, Charlotte; POLAND, Fiona; CROSS, Jane. Challenging Social Cognition Models of Adherence. **Qualitative Health Research**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 283–294, 2015. DOI: 10.1177/1049732314552074. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732314552074>.

MURPHY, Sean M.; ROSENMAN, Robert; YODER, Jonathan K.; FRIESNER, Daniel L. Patients' perceptions and treatment effectiveness. **Applied Economics**, [S. l.], v. 43, n. 24, p. 3275–3288, 2011. DOI: 10.1080/00036840903508395. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00036840903508395>.

MURRAY, Christopher J. L. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, [S. l.], v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307522>.

NASSEH, Kamyar; FRAZEE, Sharon Glave; VISARIA, Jay; VLAHIOTIS, Anna; TIAN, Yuhong. Cost of medication nonadherence associated with diabetes, hypertension, and dyslipidemia. **American Journal of Pharmacy Benefits**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 41–47, 2012.

NGUYEN, Tam H.; HAN, Hae-Ra; KIM, Miyong T.; CHAN, Kitty S. An Introduction to Item Response Theory for Patient-Reported Outcome Measurement. **The Patient - Patient-Centered Outcomes Research**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 23–35, 2014. DOI: 10.1007/s40271-013-0041-0. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s40271-013-0041-0>.

NGUYEN, Thi-My-Uyen; CAZE, Adam La; COTTRELL, Neil. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [S. l.], v. 77, n. 3, p. 427–445, 2014. DOI: 10.1111/bcp.12194. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcp.12194>.

OBRELI-NETO PR, PRADO MF, VIEIRA JC, FACHINI FC, PELLOSO SM, MARCON SS, et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** 2010;31(5790):229-33. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/370/368>.

OLIVEIRA, Guilherme Lacerda; LULA-BARROS, Débora Santos; SILVA, Dayde Lane Mendonça; LEITE, Silvana Nair. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 23, n. 4, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000400204&tlng=pt.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lucia; TAVARES, Noemia Urruth Leão; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; FARIAS, Marení Rocha; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal; RAMOS, Luiz Roberto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–13, 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006161. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&tlng=en.

OSMAN, Hanad; ALGHAMDI, Randah; GUPTA, Pankaj. Review of the methods to measure non-adherence with a focus on chemical adherence testing. **Translational Metabolic Syndrome Research**, [S. l.], v. 5, p. 1–9, 2022. DOI: 10.1016/j.tmsr.2021.12.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tmsr.2021.12.001>.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence. Adherence to Medication. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 353, n. 5, p. 487–497, 2005. DOI: 10.1056/NEJMra050100. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra050100>.

ÖZSOY, S. A.; ÖZGÜR, G.; DURMAZ AKYOL, A. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. **International Nursing Review**, [S. l.], v. 54, n. 3, p. 249–255, 2007. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x>.

PAHO. Pan American Health Organization. **Pharmaceutical services based on primary health care**. PAHO / WHO position paper. Washington, DC: PAHO; 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3193>.

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 267–280, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=pt&tlng=pt.

PANIZ, Vera Maria Vieira; CECHIN, Isabel Carolina Coelho Flores; FASSA, Anaclaudia Gastal; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva Da; FACCHINI, Luiz Augusto. Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 1–13, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00009915. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400702&lng=pt&tlng=pt.

PEACOCK, Erin; KROUSEL-WOOD, Marie. Adherence to Antihypertensive Therapy. **Medical Clinics of North America**, [S. l.], v. 101, n. 1, p. 229–245, 2017. DOI: 10.1016/j.mcna.2016.08.005. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712516373242>.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The Concept of Access. **Medical Care**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 127–140, 1981. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001. Disponível em: <http://journals.lww.com/00005650-198102000-00001>.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Mônica Rodrigues; CHAVES, Luisa Arueira. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 170, 2021. DOI: 10.1186/s12875-021-01516-7. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01516-7>.

PÉREZ-SALGADO, Diana; COMPEAN-DARDÓN, María Sandra; STAINES-OROZCO, María Guadalupe; ORTIZ-HERNÁNDEZ, Luis. Satisfaction with Healthcare Services and Adherence to Antiretroviral Therapy among Patients with HIV Attending Two Public Institutions. **Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion**, [S. l.], v. 67, n. 2, p. 80–8, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938840>.

PHATAK, Hemant M.; THOMAS, Joseph. Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications. **Annals of Pharmacotherapy**, [S. l.], v. 40, n. 10, p. 1737–1742, 2006. DOI: 10.1345/aph.1H153. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1H153>.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; GOMES, Luciano Bezerra; MACHADO, Liliane dos Santos; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00184715. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205007&lng=en&tlng=en.

RAEBEL, Marsha A.; SCHMITTDIEL, Julie; KARTER, Andrew J.; KONIECZNY, Jennifer L.; STEINER, John F. Standardizing Terminology and Definitions of Medication Adherence and Persistence in Research Employing Electronic Databases. **Medical Care**, [S. l.], v. 51, n. Supplement 8Suppl 3, p. S11–S21, 2013. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31829b1d2a. Disponível em: <https://journals.lww.com/00005650-201308001-00005>.

RAJPURA, Jigar R.; NAYAK, Rajesh. Role of Illness Perceptions and Medication Beliefs on Medication Compliance of Elderly Hypertensive Cohorts. **Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 19–24, 2014. DOI: 10.1177/0897190013493806. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190013493806>.

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue

Tanno De. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 126–136, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00092613. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100126&lng=pt&tlng=pt.

RIZOPOULOS, Dimitris. Itm: An R Package for Latent Variable Modeling and Item Response Theory Analyses. **Journal of Statistical Software**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 1–25, 2006. DOI: 10.18637/jss.v017.i05. Disponível em: <http://www.jstatsoft.org/v17/i05/>.

RODRIGUES, Patrícia Silveira; CRUZ, Mariana Sodário; TAVARES, Noemia Urruth Leão. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. spe, p. 192–208, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017s15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500192&lng=pt&tlng=pt.

SÁ, Julio de Souza; GARCIA, Lucas França; BERNUCI, Marcelo Picinin; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Scientometrics on interventions used for adherence of hypertension and diabetes therapies. **Einstein (São Paulo)**, [S. l.], v. 18, p. eAO4723–eAO4723, 2019. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4723. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100219.

SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju De; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 12, p. 2389–2398, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010001200017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=pt&tlng=pt.

SAV, A.; KING, M.A.; WHITTY, J.A.; KENDALL, E.; MCMILLAN, S.S.; KELLY, F., *et al.* Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. **Health Expect.**, 18 (3) (2015), pp. 312-324 doi:10.1111/hex.12046 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12046>.

SHIYANBOLA, Olayinka O.; FARRIS, Karen B.; CHRISCHILLES, Elizabeth. Concern beliefs in medications: Changes over time and medication use factors related to a change in beliefs. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 446–457, 2013. DOI: 10.1016/j.sapharm.2012.07.003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.07.003>.

SIEBEN, Angelien; A.W. VAN ONZENOORT, Hein; J.H.M. VAN LAARHOVEN, Kees; BREDIE, Sebastian J. H.; VAN DULMEN, Sandra. Identification of Cardiovascular Patient Groups at Risk for Poor Medication Adherence. **Journal of Cardiovascular Nursing**, [S. l.], v. 36, n. 5, p. 489–497, 2021. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000702. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/JCN.0000000000000702>.

SILVA BARRETO, Mayckel Da; SCHIAVON GANASSIN, Gabriela; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. Dissatisfaction with the Health Service and Non-Adherence to Antihypertensive Medication Treatment in Brazil*. **Open Journal of Nursing**, [S. l.], v. 05, n. 01, p. 49–57, 2015. DOI: 10.4236/ojn.2015.51006. Disponível em: <http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/ojn.2015.51006>.

SOEIRO, Orlando Mario et al. Patient satisfaction with pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. suppl.2, p. 21s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007145. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139776>.

SOFAER, Shoshanna; FIRMINER, Kirsten. PATIENT PERCEPTIONS OF THE QUALITY OF HEALTH SERVICES. **Annual Review of Public Health**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 513–559, 2005. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>.

SWEILEH, Waleed M.; AL-JABI, Samah W.; ZYOUD, Sa'ed H.; SHRAIM, Nasr Y.; ANAYAH, Fathi M. A.; SAWALHA, Ansam F.; ABUTAHA, Adham S. Bibliometric analysis of global publications in medication adherence (1900–2017). **International Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 112–120, 2019. DOI: 10.1111/ijpp.12471. Disponível em: <https://academic.oup.com/ijpp/article/27/2/112/6099722>.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–10, 2016. a. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=en&tlng=en.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; LUIZA, Vera Lucia; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; RAMOS, Luiz Roberto; FARIAS, Marení Rocha; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, n. suppl 2, p. 1–11, 2016. b. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&tlng=en.

TROGDON, Justin G. et al. Costs of Chronic Diseases at the State Level: The Chronic Disease Cost Calculator. **Preventing Chronic Disease**, [S. l.], v. 12, n. 9, p. 150131, 2015. DOI: 10.5888/pcd12.150131. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2015/15_0131.htm.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges De. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 599–613, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=pt&tlng=pt.

VRIJENS, Bernard et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [S. l.], v. 73, n. 5, p. 691–705, 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>.

WHALLEY BUONO, Elizabeth; VRIJENS, Bernard; BOSWORTH, Hayden; LIU, Larry Z.; ZULLIG, Leah; GRANGER, Bradi. Coming full circle in the measurement of medication adherence: opportunities and implications for health care. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. Volume 11, p. 1009–1017, 2017. DOI: 10.2147/PPA.S127131. Disponível em: <https://www.dovepress.com/coming-full-circle-in-the-measurement-of-medication-adherence-opportun-peer-reviewed-article-PPA>.

WHITTEMORE, Robin; DIXON, Jane. Chronic illness: the process of integration. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 17, n. 7b, p. 177–187, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x>.

WHO, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **ATC classification index with DDDs**. 2021. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.

WHO, World Health Organization. **Primary health care report of the international conference on primary health care**. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>.

WHO, World Health Organization. **Adherence to long term therapies:evidence for action**. Geneva. 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1 – Resultados da TRI

TRI - Escala de insatisfação

A teoria de resposta item (TRI) é o nome dado a uma classe de modelos que gera uma variável latente a partir de um padrão de respostas dicotômicas ou politômicas. No contexto deste estudo, a TRI será utilizada para gerar escores de insatisfação do usuário baseado nas respostas dicotômicas a um conjunto de variáveis, conforme descrição do Quadro 3.

Dimensão oportunidade

Para a dimensão oportunidade, o modelo final foi o modelo logístico de um parâmetro. Os parâmetros do modelo são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Estimativas do modelo logístico de um parâmetro para a dimensão oportunidade.

Variáveis/Itens	Dificuldade	Erro-padrão
OPORTV295	0,720	0,051
OPORTV296	1,979	0,063
OPORTV297	2,402	0,071
OPORTV300	3,483	0,102

Nesse modelo é assumido o valor fixo 1 para o parâmetro de discriminação, e 0 para o parâmetro *guessing*. O p-valor do teste de adequação do ajuste foi 0,08 (a hipótese nula é de modelo bem ajustado).

A variável de maior nível de dificuldade foi a OPORTV300. As curvas características dos itens e as curvas de informação estão mostradas na Figura 1.

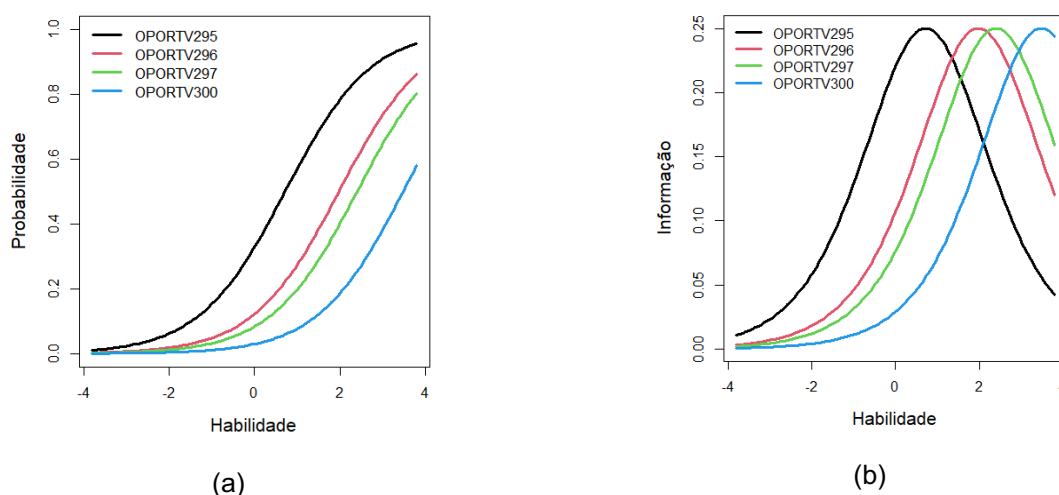


Figura 1. (a) Curvas característica dos itens e (b) curvas de informação dos itens, para a dimensão oportunidade.

Dimensão disponibilidade

Para a dimensão disponibilidade, o modelo final foi o modelo de três parâmetros. A variável DISPDeixoudetomar7dias foi excluída por violar a suposição de monotonicidade. Os parâmetros do modelo são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Estimativas do modelo logístico de um parâmetro para a dimensão disponibilidade.

Variáveis/Itens	Dificuldade	Erro padrão	Discriminação	Erro padrão
DISPOndeconseguiu	2,799	0,806	0,190	0,053
DISPProblemapconseguir	1,819	0,373	0,279	0,054
DISPV302_3m	12,085	8,351	0,080	0,055
DISPV321A	0,662	0,036	2,377	0,152
DISPV321B	0,864	0,038	2,773	0,191
DISPV321C	0,883	0,054	1,371	0,088
DISPV321D	0,512	0,052	1,104	0,074
DISPV321E	1,176	0,046	2,617	0,184
DISPV321F	0,933	0,038	3,356	0,269

O p-valor do teste de modelos aninhados foi $<0,001$, demonstrando que este modelo foi superior ao de dois parâmetros.

A variável de maior nível de dificuldade foi a DISPV302_3, e de maior nível de discriminação a DISPV321F. As curvas características dos itens e as curvas de informação estão mostradas na Figura 2.

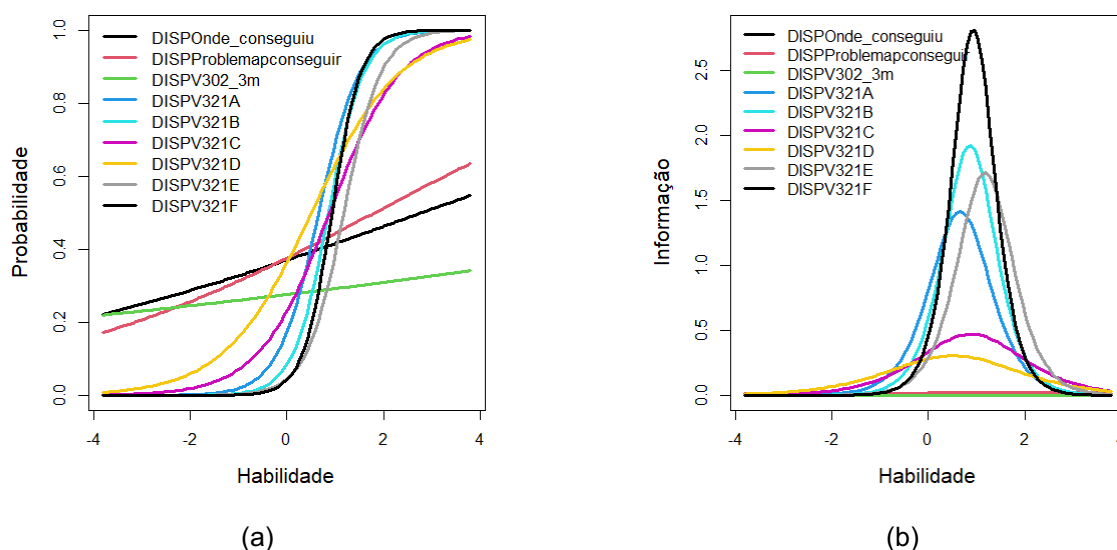


Figura 2. (a) Curvas característica dos itens e (b) curvas de informação dos itens para a dimensão disponibilidade.

Dimensão adequação

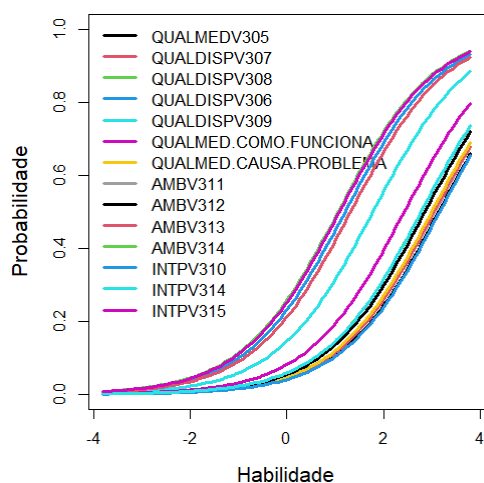
Para a dimensão adequação, o modelo final foi o modelo logístico de um parâmetro. Os parâmetros do modelo são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Estimativas do modelo logístico de um parâmetro para a dimensão adequação.

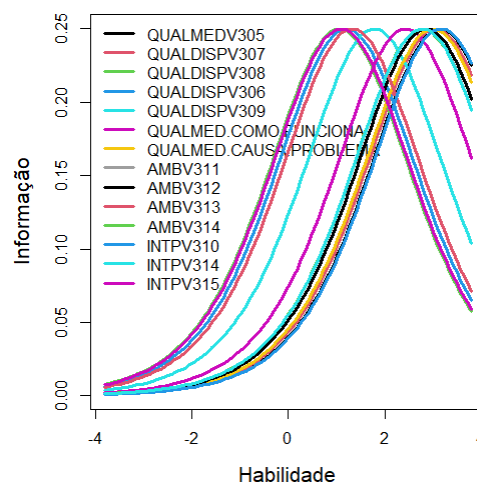
Variáveis/Itens	Dificuldade	Erro-padrão
QUALMEDV305	3,142	0,096
QUALDISPV307	3,051	0,105
QUALDISPV308	1,064	0,061
QUALDISPV306	1,206	0,055
QUALDISPV309	1,782	0,063
QUALMED.COMO.FUNCIONA	2,431	0,071
QUALMED.CAUSA.PROBLEMA	2,997	0,084
AMBV311	2,778	0,079
AMBV312	2,859	0,083
AMBV313	1,320	0,056
AMBV314	2,775	0,079
INTPV310	3,165	0,089
INTPV314	2,777	0,079
INTPV315	1,093	0,055

Nesse modelo é assumido o valor fixo 1 para o parâmetro de discriminação, e 0 para o parâmetro *guessing*. O p-valor do teste de adequação do ajuste foi 1,000 (a hipótese nula é de modelo bem ajustado).

A variável de maior nível de dificuldade foi a INTPV310, seguida da QUALMEDV305. As curvas características dos itens e as curvas de informação estão mostradas na Figura 3.



(a)



(b)

Código	Variável
OPORTV295	Distância do domicílio
OPORTV296	Dificuldade para chegar ao serviço
OPORTV297	Horário de funcionamento
OPORTV300	Tempo de espera
DISP Onde conseguiu	Conseguiu medicamento gratuito
DISP Problema conseguir	Problema para conseguir
DISPV302_3m	Medicamentos no SUS nos últimos 3 meses
DISPV321A	1. Teve dificuldade de lembrar de tomar o remédio?
DISPV321B	2. Teve dificuldade para lidar com remédios por que utiliza muitos comprimidos?
DISPV321C	3. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil consegui-los?
DISPV321D	4. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil ler o que está escrito na embalagem?
DISPV321E	5. Teve dificuldade para lidar com remédios por que é difícil adequar a utilização deles com o seu trabalho?
DISPV321F	6. Teve dificuldade para lidar com remédios por que há remédios diferentes com a mesma forma e coloração?
QUALMEDV305	Recebe informação
QUALDISPV307	Entende a informação
QUALDISPV308	Farmacêutico ou Funcionário disponível
QUALDISPV306	Orientação como guardar em casa
QUALDISPV309	Efeito SUS x comercial
QUALMED.COMO.FUNCIONA	Efeito do medicamento
QUALMED.CAUSA.PROBLEMA	Causa problema de saúde
AMBV311	Sinalização
AMBV312	Limpeza
AMBV313	Conforto
AMBV314	Atendimento
INTPV310	Respeito/cortesia
INTPV314	Privacidade
INTPV315	Avaliação atendimento

Anexo 2 – Parecer Conep PNAUM

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

Pesquisador: Sotero S Mengue

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18947013.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.131

Data da Relatoria: 16/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise das respostas enviadas pelo pesquisador para as pendências apontadas no Parecer **CONEP n. 350.756**.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Quanto ao cronograma apresentado, o mesmo não está adequado, pois informa que o estudo já teve início (01/07/2013). Solicita-se esclarecimento e, caso necessário, adequação do cronograma

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

com relação à data de início do estudo, dado que o mesmo ainda se encontra em análise no sistema CONEP/CEP até a presente data.

RESPOSTA: O cronograma foi adaptado conforme segue. Esta alteração também foi realizada no respectivo campo da Plataforma. Vide arquivo intitulado "Documento de resposta às pendências (Adequacoes_PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_350756 ALTERADO).pdf".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto à folha de rosto apresentada, as assinaturas do responsável pela instituição e do patrocinador são da mesma pessoa, o que não é aceitável. Visando isenção de conflito de interesse, caso o responsável pela instituição seja o patrocinador, é necessário que o termo de compromisso da instituição seja assinado pelo seu substituto legal. Solicita-se, portanto, o envio de nova Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e datada. RESPOSTA: Foram realizadas as alterações solicitadas na folha de rosto. O arquivo alterado foi anexado à Plataforma em 11/09 (Folha de rosto ALTERADA.pdf).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Quanto ao orçamento financeiro apresentado, no valor de R\$ 6.402.000,00, o mesmo não está adequado. Solicita-se que seja apresentado orçamento financeiro detalhado, que especifique todos os recursos, fontes e destinação, em especial os custos operacionais (recursos humanos e materiais), em especial o que seriam gastos com pessoa física e pessoa jurídica. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Todo o recurso do projeto é originário do Ministério da Saúde. Segue abaixo a planilha de orçamento detalhada, enviada para a Fundação que gerencia o recurso do projeto. Esta alteração no orçamento também foi realizada no respectivo campo da plataforma. Vide arquivo intitulado "Documento de resposta às pendências (Adequacoes_PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_350756 ALTERADO).pdf".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Quanto ao documento intitulado PNAUM_Inq_Inquerito_Edicao_9.pdf, as seguintes páginas encontram-se ilegíveis:

a) Página 19 de 46, itens MC. 11, MC. 12, MC. 14 e MC. 16. Solicita-se adequação.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

b) Página 26 de 46, itens ME. 14 e ME. 16. Solicita-se adequação.

RESPOSTAS: Havia uma falha na formatação das caixas de texto. As alterações foram realizadas e estão grifadas em amarelo no documento. O arquivo alterado foi anexado à plataforma em 11/09 (PNAUM_Inq_Inquerito_Edicao_9 ALTERADO.pdf, páginas 19 e 26 de 46)

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Quanto ao documento intitulado PNAUM_Projeto_CONEP.pdf, deve ser verificado o correto uso da língua portuguesa e formatação textual. A saber:

a) Na página 2 de 37 do, lê-se: "Além do corpo do projeto estão anexos os instrumentos de pesquisa propostos bem como os TEREMOS de Consentimento Livre e Esclarecido". (destaque nosso).

RESPOSTA: A alteração no projeto foi realizada e está grifada em amarelo no documento. O arquivo alterado foi anexado à plataforma em 11/09 (PNAUM_Projeto_CONEP ALTERADO.pdf, página 2 de 37)

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

b) Na página 9 de 37, o trecho "BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 176, de 8 de março de 1999-b. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos", ficou sem sentido e, talvez, fora do local adequado. Solicitam-se esclarecimentos e adequações.

RESPOSTA: O texto havia inserido indevidamente e foi retirado do projeto. O arquivo alterado foi anexado à plataforma em 11/09 (PNAUM_Projeto_CONEP ALTERADO.pdf, página 9 de 37)

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

c) Na página 15 de 37, necessita de correta correção de português do trecho: "Este, baseado nas considerações anteriores, propõe uma relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade com suficiência e regularidade e a informação suficiente para o uso adequado". Solicita-se adequação.

RESPOSTA: O texto foi substituído por: "Este conceito propõe uma relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade em termos de suficiência e regularidade, além de informações para o uso adequado." A alteração foi realizada e está grifada

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

em amarelo no projeto. O arquivo alterado foi anexado à plataforma em 11/09 (PNAUM_Projeto_CONEP ALTERADO.pdf, postado em 11/09, página 15 de 37).

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

6. Quanto ao documento intitulado PB_PROJETO_DE_PESQUISA_189470.pdf, na página 1 de 9 consta a informação que o secretário Carlos Gadelha, da SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (SCTIE) é membro da equipe de pesquisa em tela. Uma vez que o projeto tem como instituição proponente, a própria secretaria, solicitam-se esclarecimentos e posterior adequação para que seja evitado o conflito de interesses no protocolo em tela.

RESPOSTA: Na versão atualizada do projeto o secretário Carlos Gadelha está respondendo somente pelo financiamento do Projeto. A alteração foi realizada no respectivo campo da plataforma.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

7. Quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido:

a) Consta nos Termos que não há riscos na participação no estudo. Cabe ressaltar que, de acordo com o item V da Resolução CNS 466/2012, "considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade". Ressalte-se ainda o item II.22 da mesma resolução que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Todas as adequações solicitadas no TCLE foram realizadas (itens A a H). As alterações estão destacadas em amarelo no documento. O arquivo alterado foi anexado à plataforma em 11/09 (PNAUM_TCLE_Inquerito_e_Servicos ALTERADO.pdf) Segue abaixo detalhamento das alterações. Inserido o texto: A participação neste estudo apresenta risco mínimo. O risco que você corre é semelhante àquele sentido quando conversa com um profissional da saúde sobre sua condição de saúde.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

b) Não constam garantias de assistência, acompanhamento e indenização em caso de danos

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

decorrentes da participação no estudo. Ressalta-se que o participante sempre tem direito à indenização por danos relacionados à pesquisa, conforme itens V.6 e V.7 da Resolução CNS 466/2012. Solicita-se que sejam incluídas nos TCLE garantias de compromisso explícito por parte dos responsáveis pelo estudo garantindo assistência, acompanhamento e indenização por dano decorrente da pesquisa.

RESPOSTA: Inserido o texto: Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela nossa equipe.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

c) Não é informado que está garantido o ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Cabe ressaltar que, como prevê o item IV.3.2.g2 da Resolução CNS 466/2012, deve ser garantido ao sujeito de pesquisa o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte e alimentação nos dias em que for necessária sua presença para consultas ou exames. Assim sendo, solicita-se que a garantia de ressarcimento dos gastos decorrentes da participação no estudo seja apresentada de modo claro e afirmativo. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Inserido o texto: "Você não terá gasto nenhum, a sua participação é voluntária e, portanto, gratuita."

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

d) Onde se lê "entrevistado e entrevistador", deve ser substituído por "Participante da pesquisa e Pesquisador", conforme preconizado na Resolução CNS 466/2012 itens II.10 e II.15. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Corrigido.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

e) Onde constam informações sobre a CONEP, solicita-se que sejam inclusos no TCLE uma breve descrição do que é a CONEP, qual sua função no estudo e seu horário de funcionamento.

RESPOSTA:Inserido o texto: Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, ou qualquer denúncia, pode telefonar para o coordenador do estudo (Sotero Serrate Mengue) no número (51) 3308 5680, ou para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e CONEP, no telefone (61) 3315-5878 (horário de funcionamento: das 8:00 às 18:00 horas). A CONEP é responsável pela avaliação e acompanhamento das pesquisas que acontecem em nosso país,

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

garantindo a sua proteção.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

f) Deve constar a informação de que o participante de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas dos Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página dos referidos Termo. O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas dos TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme instruções da Carta Circular nº 003/2011 CONEP/CNS e com a Resolução CNS 466/2012, item IV.5.d. Solicita-se adequação. RESPOSTA: Inserido o texto: Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Para formalizar sua participação nesta pesquisa, você deverá rubricar todas as folhas e assinar a última página.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

g) Não estão claros os procedimentos, duração das entrevistas, local de sua realização etc. nos Termos apresentados. De acordo com a Resolução CNS 466/2012 item IV.3.a, deve ser informado, em LINGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL, a justificativa e os procedimentos aos quais os participantes seriam submetidos no referido estudo. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Inserido o texto: Se aceitar participar, o(a) Sr(a) vai receber um pesquisador de nossa equipe na sua casa para responder a um questionário que deverá levar, mais ou menos, 30 minutos. Serão perguntados dados sobre sua pessoa, sobre os remédios que está usando, onde conseguiu esses remédios e para que doenças eles são usados. Além disso, perguntaremos algumas informações sobre seus hábitos de vida em geral, sobre sua família e domicílio. Se for possível, também gostaríamos que você mostrasse ao pesquisador todos os remédios que você está usando no momento da entrevista.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

h) Na página 4 de 6, no Termo para os usuários, o e-mail do pesquisador responsável está incompleto. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: O e-mail do pesquisador foi corrigido.

ANÁLISE:PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**

Continuação do Parecer: 398.131

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 17 de Setembro de 2013

Assinador por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br