


Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil

An evaluation of non-adherence to pharmacotherapy for chronic diseases and socioeconomic inequalities in Brazil

Elislene Dias Drummond¹ , Taynãna César Simões¹ , Fabíola Bof de Andrade¹ 

RESUMO: *Objetivos:* Avaliar a não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e investigar a existência de desigualdades socioeconômicas relacionadas a esse desfecho no Brasil. *Métodos:* Estudo realizado com base em dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), de 2014. A população de estudo correspondeu a indivíduos com 18 anos ou mais, com diagnóstico médico de pelo menos uma doença crônica e com indicação de tratamento farmacológico. A variável dependente foi a não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas, mensurada pela adesão menor que 80% à terapia medicamentosa. Avaliou-se a desigualdade socioeconômica relacionada a não adesão pelos índices absoluto (SII) e relativo (RII) de desigualdade, calculados por análise de regressão logística. *Resultados:* A prevalência de não adesão à farmacoterapia no Brasil foi de 20,2%, variando de 17 a 27,8% entre as regiões. Além disso, esse estudo revelou desigualdades socioeconômicas absoluta e relativa na não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas no Brasil (SII = -7,4; RII = 0,69) e nas regiões Nordeste (SII = -14; RII = 0,59) e Centro-Oeste (SII = -20,8; RII = 0,38). A probabilidade de não adesão à farmacoterapia, no Brasil, é maior entre os indivíduos de pior condição socioeconômica. *Conclusão:* Os achados do presente estudo apontam a necessidade de reestruturação e fortalecimento das políticas públicas voltadas à redução das desigualdades socioeconômicas em prol da promoção da equidade na adesão à farmacoterapia de doenças crônicas.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Doenças crônicas. Fatores socioeconômicos. Epidemiologia.

¹Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente: Elislene Dias Drummond. Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Augusto de Lima, 1.715, Preto, CEP: 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: elislene.drummond@fiocruz.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To evaluate non-adherence to pharmacotherapy for chronic diseases and to investigate the existence of socioeconomic inequalities related to this outcome in Brazil. *Methods:* This was a cross-sectional study based on data from the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines (PNAUM). The study population corresponded to individuals aged 18 years or older with a medical diagnosis of at least one chronic disease and an indication for pharmacological treatment. The dependent variable was non-adherence to chronic disease pharmacotherapy measured by less than 80% adherence to drug therapy. Socioeconomic inequality related to non-adherence was assessed by absolute (SII) and relative (RII) inequality indices, calculated by logistic regression analyses. *Results:* The prevalence of non-adherence to pharmacotherapy in Brazil was 20.2%, ranging from 17.0 to 27.8% between regions. Furthermore, this study revealed absolute and relative socioeconomic inequalities in non-adherence to pharmacotherapy of chronic diseases in Brazil (SII = -7.4; RII = 0.69) and the Northeast (SII = -14.0; RII = 0.59) and Center West (SII = -20.8; RII = 0.38) regions. The probability of non-adherence to pharmacotherapy in Brazil was higher among individuals with worse socioeconomic status. *Conclusion:* The findings of the present study indicate the need for the restructuring and strengthening of public policies aimed at reducing socioeconomic inequalities, in order to promote equity in adherence to the pharmacotherapy associated with chronic diseases.

Keywords: Medication adherence. Chronic diseases. Socioeconomic factors. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são as principais causas de morte em todo mundo e representam um dos desafios do século XXI, particularmente nos países de baixa e média rendas¹. Em 2016, as doenças não transmissíveis foram responsáveis por 41 das 57 milhões de mortes no mundo². No mesmo ano, no Brasil, essas doenças foram responsáveis por 76% das mortes. Dessa forma, as doenças crônicas não transmissíveis são alvo de diversas ações de prevenção e tratamento³, sendo a farmacoterapia usada para o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes⁴. Nesse contexto, um desafio para o sucesso da farmacoterapia é a adesão ao tratamento recomendado⁵.

Adesão pode ser definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa — tomar medicamento, seguir dieta ou executar mudanças no estilo de vida — corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde⁶. É fator essencial à eficácia de todas as terapias farmacológicas, mas é particularmente crítica em casos de doenças crônicas⁷. A não adesão à farmacoterapia conduz a resultados clínicos ruins e eleva os custos do cuidado, comprometendo a eficácia do tratamento⁶. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prevalência da não adesão à farmacoterapia é tão alarmante que a implementação de melhorias na adesão aos tratamentos existentes pode resultar em mais benefícios para a saúde que o desenvolvimento de novos tratamentos⁶.

As taxas de adesão à farmacoterapia são geralmente mais baixas entre pacientes com condições crônicas, em comparação com aqueles com condições agudas^{8,9}, e são afetadas pela condição socioeconômica do indivíduo. Pobreza, escolaridade e custo dos medicamentos

estão entre os fatores socioeconômicos associados à adesão à terapia⁶. Alguns estudos nacionais e internacionais apontam maior probabilidade de adesão à farmacoterapia de doenças crônicas entre as pessoas com melhores condições de renda¹⁰⁻¹² e de escolaridade^{13,14}, revelando desigualdades entre subgrupos populacionais. No entanto, a investigação das desigualdades em pesquisas relacionadas à não adesão à farmacoterapia não é frequente.

No Brasil, faltam evidências quanto à magnitude da desigualdade na adesão à farmacoterapia, em relação à condição socioeconômica do indivíduo. O monitoramento das desigualdades socioeconômicas em saúde ao longo do tempo é essencial para o aperfeiçoamento das políticas públicas destinadas a reduzi-las¹⁵. Nesse sentido, os dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) de 2014 — primeiro e mais recente inquérito domiciliar de base populacional realizado no Brasil com o objetivo de avaliar o acesso e uso racional de medicamentos — permitem a investigação das desigualdades na adesão à farmacoterapia de forma a construir um primeiro panorama, que poderá ser acompanhado ao longo do tempo, com a continuidade da PNAUM. Assim, o presente estudo teve os objetivos de avaliar a não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas no Brasil e investigar a existência de desigualdades socioeconômicas relacionadas a esse desfecho.

MÉTODO

Realizou-se estudo com base nos dados da PNAUM. Desenhou-se a amostra da PNAUM para ser representativa da população brasileira como um todo e das regiões. A pesquisa utilizou plano de amostragem complexa em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e domicílios¹⁶. Realizou-se a coleta de dados por entrevistas individuais, com aplicação de questionários, nos domicílios particulares na zona urbana do território brasileiro, com inclusão de indivíduos com idade de 15 anos ou mais. Mais detalhes sobre a amostragem e coleta de dados podem ser obtidos no artigo metodológico da PNAUM¹⁶.

No presente artigo, a população de estudo constitui-se de indivíduos adultos (18 anos ou mais) entrevistados na PNAUM, que possuíam diagnóstico médico de pelo menos uma doença crônica e indicação de farmacoterapia. Do total de 33.450 indivíduos, 11.444 obedeceram aos critérios de inclusão supracitados. Destes, 11.307 (99%) apresentaram informação completa para todas as variáveis de estudo. A distribuição segundo as regiões gerou amostra de 2.348 indivíduos para a Região Norte, 2.444 para a Região Nordeste, 2.403 para a Região Sudeste, 2.336 para a Região Sul e 1.776 para a Região Centro-Oeste.

VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente foi a não adesão à farmacoterapia para o tratamento das seguintes doenças crônicas autorrelatadas: hipertensão, diabetes, doenças do coração, colesterol alto, acidente vascular cerebral, doença pulmonar crônica, depressão e artrite ou reumatismo.

A presença de cada doença, bem como a indicação de tratamento farmacológico, foram detectadas, respectivamente, pelas perguntas: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem (nome da doença)?”; “O(a) Sr.(a) tem indicação médica para usar algum remédio para (nome da doença)?”. Excluíram-se indivíduos sem diagnóstico médico ou sem indicação de medicamento para o tratamento da doença. Para os indivíduos que responderam “sim” às perguntas supracitadas, avaliou-se a adesão à farmacoterapia pela pergunta: “O(a) Sr.(a) está tomando algum desses remédios?”. Consideraram-se não aderentes os participantes que responderam “não” a essa pergunta. Para os participantes que responderam “sim”, listaram-se os medicamentos utilizados e questionou-se o seguinte: “Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ficou sem algum dos medicamentos prescritos por algum tempo?”.

Entre os indivíduos que disseram não ter ficado sem algum medicamento nos últimos 30 dias, perguntou-se: “Tem algum remédio que o Sr.(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a (nome da doença), e não está?”. Os participantes que responderam “não” aderiram ao tratamento da doença em questão, e os que responderam “sim” não aderiram.

Entre os indivíduos que disseram ter ficado sem algum medicamento nos últimos 30 dias, perguntou-se: “Quais?” e “Por quanto tempo?”. Consideraram-se aderentes os indivíduos que relataram ter tomado pelo menos 80% da dose prescrita para o tratamento da doença¹⁷⁻²⁰, questionados pela seguinte indagação: “Tem algum remédio que o Sr.(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a (nome da doença), e não está?”. Os participantes que responderam “não” aderiram ao tratamento da doença em questão, e os que responderam “sim” não aderiram.

Fizeram-se essas perguntas individualmente, para cada uma das doenças autorrelatadas. A partir daí, a medida de adesão à farmacoterapia deste estudo foi representada pela pergunta: “O indivíduo aderiu ao tratamento medicamentoso para todas as doenças?”. A adesão à farmacoterapia correspondeu aos indivíduos que aderiram ao tratamento de todas as doenças, ou seja, aqueles que relataram ter tomado pelo menos 80% das doses indicadas para todos os medicamentos prescritos. Utilizou-se o mesmo ponto de corte para todas as doenças, com o intuito de garantir o mesmo parâmetro para a medida de adesão à farmacoterapia. Calculou-se o valor de 80% das doses com base na utilização nos últimos 30 dias. A presença de classificação como “não adesão” em qualquer etapa do fluxograma classifica o indivíduo como não aderente à farmacoterapia. A definição de indivíduos que aderiram e que não aderiram à farmacoterapia para as doenças crônicas autorrelatadas é mostrada de forma esquemática na Figura 1.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

A variável independente corresponde à medida de classificação socioeconômica representada pelas categorias de estratos socioeconômicos, conforme Critério de Classificação Socioeconômica Brasil²¹, cuja classificação realizou-se com base em sistema de pontos para as seguintes categorias: A1; A2; B1; B2; C1; C2; D; E. Neste estudo, recategorizou-se a variável em A/B; C; D; E, agrupando-se os indivíduos dos estratos A1, A2, B1 e B2 em A/B e os indivíduos dos estratos C1 e C2 em C. As demais categorias permaneceram inalteradas.

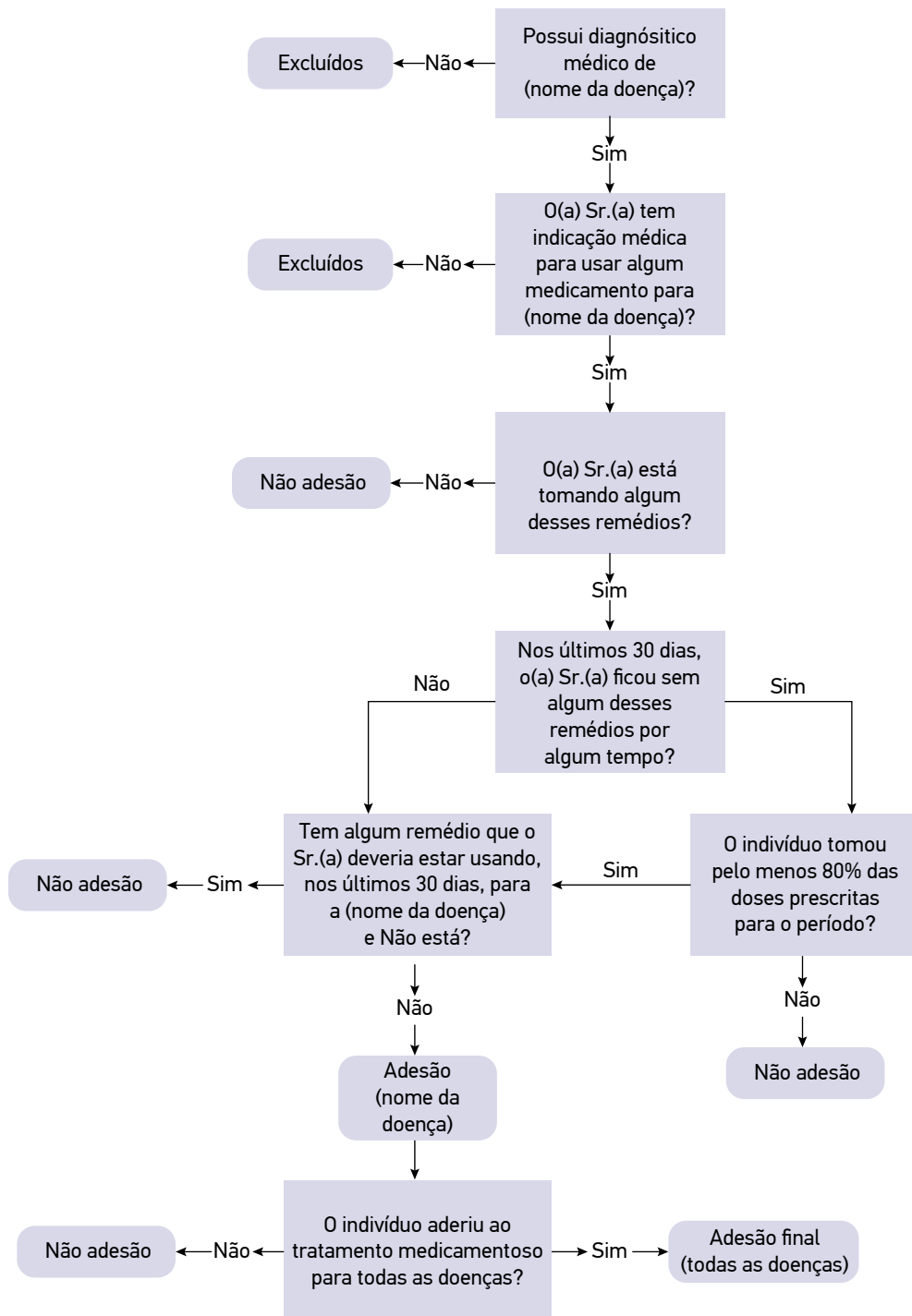


Figura 1. Fluxograma para definição da variável adesão à farmacoterapia.

Essa medida estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, levando em consideração posse de bens e escolaridade do chefe da família²¹. As outras covariáveis incluídas para ajuste do modelo foram: sexo, idade e número de doenças com indicação de farmacoterapia.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente realizou-se a análise descritiva da população. Em seguida, examinou-se a distribuição da não adesão à farmacoterapia em relação às categorias de estratos socioeconômicos para o Brasil e cada uma das regiões, a qual foi apresentada por meio do gráfico Equiplot.

Avaliou-se a desigualdade socioeconômica relacionada a não adesão à farmacoterapia com base em duas medidas complexas de desigualdade: o índice absoluto da desigualdade (SII) e o índice relativo da desigualdade (RII). Obtiveram-se esses índices com base em análise de regressão da medida de não adesão sobre os escores de posição socioeconômica relativa, alcançada com base na medida de posição socioeconômica (Critério Brasil), levando-se em consideração toda a distribuição da posição socioeconômica²². Obteve-se o escore de posição relativa pela ordenação da amostra de forma crescente, dos indivíduos de menor poder aquisitivo para os de maior. A cada grupo de classificação econômica atribuiu-se um valor que corresponde ao ponto médio da distribuição acumulada da medida. Assim, classificaram-se os indivíduos de 0 a 1 conforme a posição socioeconômica, com “0” representando o grupo de menor poder aquisitivo e “1” representando o grupo de maior poder de compra. O SII corresponde à diferença absoluta da probabilidade de não adesão à farmacoterapia entre os indivíduos de maior condição socioeconômica e os de menor²³. Na ausência de desigualdade, SII recebe o valor zero²². Valores negativos significam que a probabilidade de não adesão é mais prevalente no subgrupo de pior condição socioeconômica²³. O RII é a razão entre as probabilidades de não adesão entre os indivíduos de maior e menor posição socioeconômica. Na ausência de desigualdade, RII recebe o valor um. Esse índice só admite valores positivos, com aqueles menores do que um (< 1), indicando concentração desse indicador entre os de pior condição socioeconômica²². Os índices foram estimados por modelos de regressão logística ajustados por idade, sexo e número de doenças com indicação de farmacoterapia, estratificados para o Brasil e regiões.

As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, TX, Estados Unidos), utilizando o comando *svy*, que considera a estrutura complexa da amostra, incluindo a atribuição dos pesos amostrais e o efeito de desenho.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013. O banco de dados utilizado encontra-se disponível no *site* da pesquisa²⁴.

RESULTADOS

A amostra compôs-se em sua maioria de mulheres, pessoas com idade superior a 40 anos e indivíduos pertencentes ao estrato socioeconômico C (Tabela 1). No total, observaram-se 11.307 indivíduos.

A prevalência de não adesão à farmacoterapia no Brasil foi de 20,2% e, para as regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul foi de, respectivamente, 27,8, 24,2, 21,5, 17,5 e 17%, com diferenças estatisticamente significantes (Tabela 2).

A Figura 2 apresenta a distribuição da prevalência da não adesão, para o Brasil e regiões, por categorias de classificação socioeconômica. Neste gráfico, o estrato socioeconômico varia de 1 a 4, correspondendo a pessoas de menor a maior poder aquisitivo. Observou-se maior

Tabela 1. Descrição da amostra para o Brasil, Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), 2014.

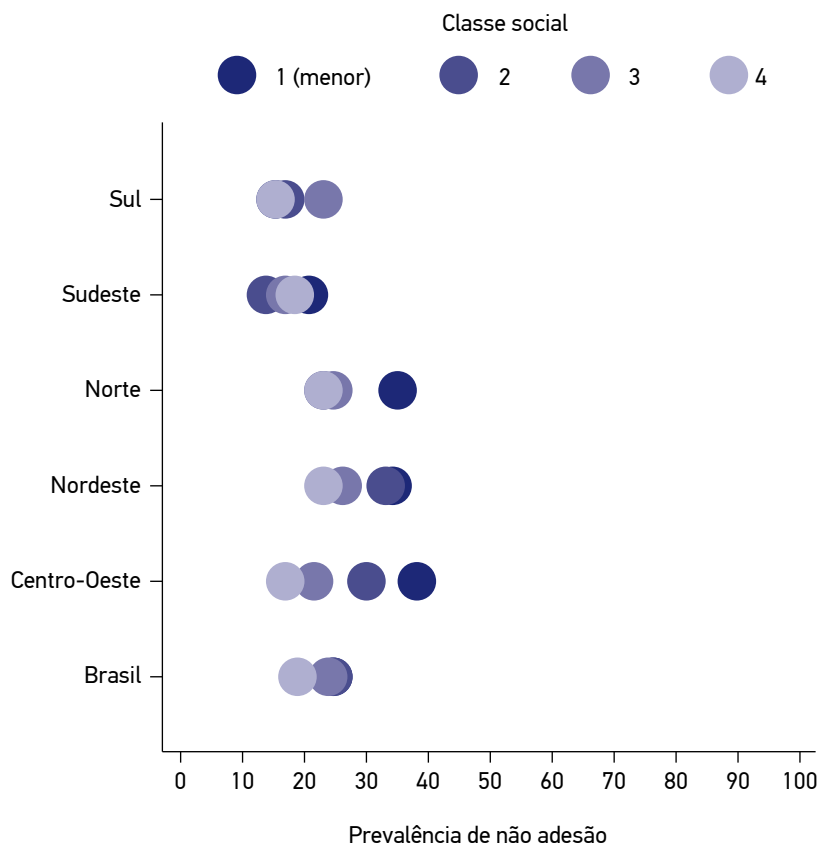
Variável	N	% (IC95%)*
Sexo		
Feminino	7.592	64,5 (63,2 – 65,9)
Masculino	3.715	35,5 (34,1 – 36,8)
Idade		
18–39	1.033	14,5 (13,1 – 16,1)
40–59	4.159	42,4 (40,8 – 44,0)
60 ou mais	6.115	43,1 (41,3 – 44,9)
Classificação socioeconômica		
A/B	2.334	24,1 (21,7 – 26,6)
C	6.375	54,4 (52,5 – 56,4)
D	2.141	16,9 (15,2 – 18,8)
E	457	4,6 (3,9 – 5,3)
Região		
Norte	2.348	4,6 (3,6 – 5,9)
Nordeste	2.444	21,2 (17,3 – 25,8)
Sudeste	2.403	51,7 (45,8 – 57,6)
Sul	2.336	14,9 (12,0 – 18,4)
Centro-Oeste	1.776	7,5 (5,9 – 9,6)
Número de doenças (média)	11.307	1,6 (1,6 – 1,6)

*N = 11.307; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Prevalência de não adesão à farmacoterapia. Brasil e regiões, Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), 2014.

	Não adesão*
Brasil (n = 11.307)	20,2 (18,6; 22,0)
Norte (n = 2.348)	24,2 (19,8; 29,3)
Nordeste (n = 2.444)	27,8 (24,8; 31,0)
Sudeste (n = 2.403)	17,5 (14,9; 20,4)
Sul (n = 2.336)	17,0 (14,6; 19,6)
Centro-Oeste (n = 1.776)	21,5 (18,9; 24,9)

*Teste χ^2 com correção de Rao-Scott. Diferença significativa entre as regiões brasileiras e a não adesão à farmacoterapia; $p < 0,001$.



*Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²¹.

Figura 2. Distribuição da não adesão à farmacoterapia em relação às categorias de classificação socioeconômica*. Brasil e regiões. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), 2014.

gradiente de desigualdade nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo esta a única que apresentou significância estatística. A probabilidade de não adesão à farmacoterapia para a maior categoria de estrato socioeconômico entre as regiões foi de 23% (16,7; 30,8%) para a Região Norte, 22,2% (16; 29,8%) para a Região Nordeste, 19,3% (14,6; 25,1%) para a Região Sudeste, 15% (11,4; 19,5%) para a Região Sul e 16,5% (12,4; 21,7%) para a Região Centro-Oeste. Observaram-se maiores prevalências de não adesão à farmacoterapia entre as regiões nos indivíduos de menor categoria de estrato socioeconômico, sendo de 35,6% (24; 49,2%) para a Região Norte, 33,5% (20,4; 39,7%) para a Região Nordeste, 20,3% (13; 30,4%) para a Região Sudeste, 16,9% (8,3; 31,3%) para a Região Sul e 37,9% (22,5; 56,3%) para a Região Centro-Oeste.

A Tabela 3 apresenta a magnitude das desigualdades socioeconômicas absolutas (SII) e relativas (RII) ajustadas, relacionadas à não adesão à farmacoterapia, as quais foram significativas para o Brasil [SII = -7,4 (intervalo de confiança de 95% — IC95% -12,9; -1,8); RII = 0,69 (IC95% 0,50; 0,89)]. Quanto às regiões que apresentaram resultados significativos, observaram-se desigualdades absolutas para as regiões Nordeste e Centro-Oeste [Nordeste: SII = -14 (IC95% -25,2; -2,9); Centro-Oeste: SII = -20,8 (IC95% -30,5; -11,1)]. Identificaram-se desigualdades relativas nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste [Nordeste: RII = 0,59 (IC95% 0,35; 0,84); Sul: RII = 0,67 (IC95% 0,35; 0,99); Centro-Oeste: RII = 0,38 (IC95% 0,20; 0,56)].

DISCUSSÃO

O presente estudo estimou a prevalência de não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas na população brasileira e quantificou a magnitude das desigualdades socioeconômicas relacionadas a esse desfecho, demonstrando que a prevalência de não adesão se distribui de forma desigual entre os estratos socioeconômicos e entre as regiões geográficas brasileiras.

Tabela 3. Coeficiente de desigualdade absoluta (índice absoluto de desigualdade — SII) e relativa (índice relativo de desigualdade — RII) da não adesão à farmacoterapia. Brasil e regiões. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), 2014.

	SII (%)		RII	
	Bruto (IC95%)	Ajustado* (IC95%)	Bruto (IC95%)	Ajustado* (IC95%)
Brasil (n = 11.307)	-6,3 (-12,5; -0,0)	-7,4 (-12,9; -1,8)	0,73 (0,50; 0,96)	0,69 (0,50; 0,89)
Norte (n = 2.348)	-4,3 (-13,9; 5,3)	-7,5 (-16,9; 1,9)	0,84 (0,50; 1,17)	0,73 (0,45; 1,01)
Nordeste (n = 2.444)	-15,4 (-28,1; -2,7)	-14,0 (-25,2; -2,9)	0,57 (0,30; 0,83)	0,59 (0,35; 0,84)
Sudeste (n = 2.403)	4,4 (-4,8; 13,6)	2,4 (-5,6; 10,5)	1,29 (0,62; 1,96)	1,15 (0,62; 1,67)
Sul (n = 2.336)	-6,8 (-14,8; 1,2)	-6,8 (-14,9; 1,3)	0,67 (0,35; 0,99)	0,67 (0,35; 0,99)
Centro-Oeste (n = 1.776)	-19,0 (-28,9; -9,1)	-20,8 (-30,5; -11,1)	0,42 (0,22; 0,61)	0,38 (0,20; 0,56)

*Índice ajustado por idade, sexo e número de doenças com indicação de tratamento farmacológico; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

A probabilidade de não adesão à farmacoterapia, no Brasil, foi maior entre os indivíduos de pior condição socioeconômica. As desigualdades não foram encontradas em todas as regiões do país.

A prevalência de não adesão à farmacoterapia de 20,2% (IC95% 18,6; 22) encontrada para o Brasil foi semelhante ao resultado observado em revisão sistemática de estudos internacionais sobre esse tema ao longo de 50 anos²⁵. Estudos nacionais prévios apresentaram prevalências de não adesão à farmacoterapia variando de 33 a 63,5%^{14,26-29}. Apesar da distinção entre as populações de estudo e metodologias de análises, o que demanda cautela na comparação desses resultados, tais estudos mostram taxas relevantes de não adesão à farmacoterapia.

As diferenças significativas observadas para as prevalências de não adesão à farmacoterapia entre as regiões brasileiras denotam as desigualdades regionais existentes no país. As maiores taxas de não adesão encontradas para as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste coadunam com o observado por outros autores^{14,16} e podem ser explicadas pelo fato de que, nessas áreas, há menor utilização e acesso a serviços de saúde³⁰⁻³², com menores proporções de acesso a medicamentos³³ em comparação às demais regiões.

Os achados da presente investigação revelaram maiores probabilidades de não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas entre os indivíduos com piores condições socioeconômicas. Os índices absolutos e relativos de desigualdade foram significativos para o Brasil, como um todo, e para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, destacando a importância de se investigarem as particularidades de cada região brasileira. De forma geral, as pesquisas têm apontado desigualdades na adesão à farmacoterapia entre as regiões brasileiras^{12,14}, no entanto a magnitude das desigualdades intrarregionais não tem sido explorada.

Ao comparar os resultados deste trabalho aos de outros que investigaram desigualdades na adesão à farmacoterapia independentemente de uma medida síntese de desigualdade, observa-se que, na pesquisa de Napolitano et al.¹³, realizada na Itália, a adesão à farmacoterapia de doenças crônicas foi significativamente maior entre pacientes com maior nível de escolaridade quando comparados com pacientes menos escolarizados. De maneira análoga, no Brasil, a baixa adesão à farmacoterapia para doenças crônicas foi maior entre indivíduos com menor escolaridade¹⁴, porém estudos que avaliaram doenças crônicas específicas apresentaram resultados divergentes. Por exemplo, na Suécia não se observou associação entre a renda e a adesão à terapia com estatinas, porém a adesão foi menor entre pacientes com nível de educação universitário em comparação àqueles com nível primário³⁴. Revisão sistemática realizada por Pasma et al.³⁵ não encontrou resultados conclusivos sobre a influência do *status* socioeconômico na adesão à farmacoterapia da artrite inflamatória. A inconsistência nas associações também foi verificada em revisão sistemática relacionada à não adesão aos medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial, o que aponta a necessidade de aprofundamento das pesquisas com o uso de diferentes medidas de posição socioeconômica³⁶. A maioria dos estudos incluídos na revisão sistemática verificou que o maior nível socioeconômico reduziu a estimativa de risco de não adesão, porém houve estudos que demonstraram efeito contrário ou inexistência dessa associação³⁶.

A desigualdade na não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas baseada em diferenças socioeconômicas pode ser explicada por diferentes vias. Neste estudo, adotou-se medida

de classificação socioeconômica que agrega duas importantes medidas: a escolaridade e a posse de bens domiciliares²¹.

A escolaridade é forte determinante de emprego e renda, que reflete os recursos materiais e intelectuais do indivíduo³⁷ e contribui para a utilização mais frequente dos serviços de saúde³⁸. Ainda, as pessoas com melhores níveis de escolaridade estão menos propensas às dificuldades de interpretação das informações de saúde que são apontadas como preditoras de não adesão à farmacoterapia³⁹. Nessa perspectiva, Chehuen Neto et al.⁴⁰ destacaram que menores níveis de escolaridade levam ao menor conhecimento sobre a doença e reduzem a capacidade de compreender as instruções médicas, o que afeta a adesão à farmacoterapia na medida em que interfere na compreensão da necessidade do medicamento e da forma correta de utilizá-lo. Já a medida de posse de bens contempla informações sobre uma variedade de ativos duráveis, características do domicílio e acesso a serviços básicos. Ela surgiu como tentativa de facilitar a medição do bem-estar familiar em pesquisas domiciliares nos países de baixa e média renda, considerando-se a hipótese de que esse conjunto de variáveis possa ser usado como indicador geral dos padrões de vida material⁴¹.

Ante o exposto, a distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para a redução das desigualdades, pois representa a única forma de acesso àqueles insumos para famílias de menor renda^{42,43}. Além disso, a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) foi importante por ser mais uma alternativa de acesso aos medicamentos essenciais⁴⁴. Ambas as formas de dispensação reduzem as barreiras financeiras relacionadas a esse acesso, porém sua ampliação sem considerar os entraves relacionados à educação pode aumentar as desigualdades, como proposto pelo princípio da equidade inversa⁴⁵. Dessa forma, as novas intervenções em saúde pública, inicialmente, seriam incorporadas por indivíduos com melhores condições socioeconômicas, até que fossem incorporadas por aqueles com piores condições⁴⁵. Assim, a disponibilidade do medicamento sem assistência farmacêutica adequada, sendo esta pautada no cuidado, com a promoção do uso adequado e acompanhamento farmacoterapêutico, características nem sempre identificadas no PFPPB⁴⁶ e nas farmácias dos serviços públicos de saúde⁴⁷, não contribui de forma efetiva para a redução das desigualdades na adesão.

Apesar dos avanços obtidos desde a implantação da política de assistência farmacêutica e do desenvolvimento dos diferentes programas para ampliação do acesso, a oferta ainda é inadequada. Recentemente, verificou-se que a oferta de medicamentos pelas unidades de atenção primária à saúde do país foi comprometida em decorrência da falta desses insumos por problemas de infraestrutura das unidades dispensadoras e de deficiências na logística de suprimentos⁴⁸. Além disso, considerando-se a conjuntura política e econômica atual e a relevância do financiamento público para a provisão gratuita de medicamentos, destaca-se a preocupação com a ampliação das desigualdades, tendo em vista as medidas de ajuste fiscal implementadas recentemente⁴⁹. O não acesso gratuito aos medicamentos pode levar ao comprometimento da renda familiar⁵⁰ ou favorecer a não adesão ao tratamento, pela incapacidade de aquisição por desembolso direto²⁹.

Os pontos fortes deste trabalho incluem a utilização de amostra representativa da população brasileira. Além disso, a mensuração da magnitude da desigualdade com o emprego

de medidas complexas servirá como parâmetro para a comparação direta dos resultados de estudos futuros. Como limitações, deve-se considerar que as medidas complexas de desigualdades são afetadas pela prevalência do evento analisado²³. Além disso, a adoção do autorrelato como medida de adesão é susceptível a superestimação, em virtude do risco de falso positivo por problemas de memória⁵¹, mas que pode ser amenizado pelo emprego de curto período recordatório. Vale ressaltar que a avaliação sobre a necessidade de utilização do medicamento foi feita com base em autorrelato, podendo haver viés quanto à real indicação da farmacoterapia. Ademais, o Critério Brasil possui a limitação de ter sido desenvolvido para a classificação de populações residentes em áreas urbanas²¹.

Este artigo traz avanços quanto à abordagem da temática, pois além de contemplar as diferenças socioeconômicas na adesão à farmacoterapia também mensura, com base em medidas mais específicas, a magnitude das desigualdades entre os diferentes estratos socioeconômicos. Porém, como a investigação desse tipo de desigualdade em estudos sobre não adesão à farmacoterapia ainda é limitada, não foi possível realizar comparações detalhadas dos resultados.

Os resultados revelam importantes desigualdades socioeconômicas e regionais na não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas no Brasil, que demandam interlocução estruturada entre pesquisadores, profissionais de saúde e gestores em saúde, com o intuito de promover a equidade e fomentar a adesão à farmacoterapia. Além disso, o trabalho evidencia a necessidade de estudos futuros que investiguem as causas da não adesão à farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Genebra: World Health Organization; 2014.
2. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country. Genebra: World Health Organization; 2018.
3. Alleyne G, Binagwaho A, Haines A, Jahan S, Nugent R, Rojhani A, et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Lancet* 2013; 381(9866): 566-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61806-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61806-6)
4. Malta DC, Silva Junior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22(1): 151-64. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>
5. Sabate E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Genebra: World Health Organization; 2003.
6. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. Genebra: World Health Organization; 2003.
7. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc* 2011; 86(4): 304-14. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>
8. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002; 288(4): 462-7. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.462>
9. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA* 2002; 288(22): 2880-3. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2880>
10. Murphy A, Jakab M, McKee M, Richardson E. Persistent low adherence to hypertension treatment in Kyrgyzstan: How can we understand the role of drug affordability? *Health Policy Plan* 2016; 31(10): 1384-90. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw080>
11. Awwad O, Akour A, Al-Muhaissen S, Morisky D. The influence of patients' knowledge on adherence to their chronic medications: a cross-sectional study in Jordan. *Int J Clin Pharm* 2015; 37(3): 504-10. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0086-3>
12. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Self-reported hypertension and non-adherence to continuous-use medication in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(4): 815-26. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00160512>

13. Napolitano F, Napolitano P, Angelilo IF. Medication adherence among patients with chronic conditions in Italy. *Eur J Public Health* 2016; 26(1): 48-52. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv147>
14. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2): 10s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>
15. Khang YH, Yun S, Lynch J. Monitoring trends in socioeconomic health inequalities: it matters how you measure. *BMC Public Health* 2008; 8: 66. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-66>
16. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, Tavares NUL, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2): 4s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006156>
17. Winkler A, Teuscher AU, Mueller B, Diem P. Monitoring adherence to prescribed medication in type 2 diabetic patients treated with sulfonylureas. *Swiss Med Wkly* 2002; 132(27-28): 379-85. <https://doi.org/2002/27/smw-10036>
18. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353(5): 487-97. <https://doi.org/10.1056/NEJMr050100>
19. Silva AP, Hill P, Belo MT, Rabelo SG, Menzies D, Trajman A. Non-completion of latent tuberculous infection treatment among children in Rio de Janeiro State, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 2016; 20(4): 479-86. <https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0609>
20. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 775-82. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 [Internet]. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [acessado em 17 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
22. Health Equity Assessment Toolkit. Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2017.
23. World Health Organization. Handbook on Health Inequality Monitoring: with a special focus on low and middle income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
24. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Microdados [Internet]. [acessado em 30 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pnaum/documentos/micro-dados>
25. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42(3): 200-9. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
26. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(6): 1763-72.
27. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(1): 126-36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092613>
28. Santa-Helena ETD, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(12): 2389-98. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200017>
29. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(6): 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
30. Viacava F, Bellido J. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(2): 351-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>
31. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3741-54. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000011>
32. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>
33. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21: e180007. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180007>
34. Sjölander M, Eriksson M, Glader EL. Inequalities in medication adherence to statin treatment after stroke: A nationwide observational study. *Eur Stroke J* 2016; 1(2): 101-7. <https://dx.doi.org/10.1177/2F2396987316646026>
35. Pasma A, Van't Spijker A, Hazes JM, Busschbach JJ, Luime JJ. Factors associated with adherence to pharmaceutical treatment for rheumatoid arthritis patients: A systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2003; 43(1): 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2012.12.001>

36. Alsabbagh MH, Lemstra M, Eurich D, Lix LM, Wilson TW, Watson E, et al. Socioeconomic status and nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Value Health* 2014; 17(2): 288-96. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.11.011>
37. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1): 7-12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
38. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PBR, Damascena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 217. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-217>
39. Lee YM, Yu HY, You, Son YJ. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian* 2017; 24(1): 11-8. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.003>
40. Chehuen Neto JA, Costa La, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(3): 1121-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>
41. Rutstein, SO, Kiersten J. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No. 6. Maryland: ORC Macro; 2004.
42. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, Marinho MGS, Specht YS, Carvalho EMF, et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(2): 413-24. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020010>
43. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 225-32.
44. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004.
45. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003; 362(9379): 233-41. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13917-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13917-7)
46. Silva RM, Caetano R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(10): 2943-56. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>
47. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl. 3): 3561-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
48. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Júnior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 2): 10s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007062>
49. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Teto dos gastos públicos. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016.
50. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5): 897-905. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000054>
51. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. *Int J Clin Pharm* 2014; 36(1): 55-69. <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9865-x>

Recebido em: 18/10/2019

Revisado em: 27/02/2020

Aprovado em: 16/03/2020

Contribuição dos autores: Todas as autoras participaram do desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão do artigo e aprovaram a versão final a ser publicada.

