



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE
RIBEIRÃO PRETO



**Elaboração e validação de conteúdo de uma ferramenta para
mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão à
farmacoterapia em doenças crônicas**

Ana Maria Rosa Freato Gonçalves

Ribeirão Preto
2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

Título: Elaboração e validação de conteúdo de uma ferramenta para mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão à farmacoterapia em doenças crônicas

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas para obtenção do Título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Medicamentos e Cosméticos

Orientado: Ana Maria Rosa Freato Gonçalves

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Versão corrigida da Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas em 26/04/2023. A versão original encontra-se disponível na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP.

Ribeirão Preto

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

[Freato-Gonçalves, Ana Maria Rosa](#)

Elaboração e validação de conteúdo de uma ferramenta para mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão à farmacoterapia de doenças crônicas. Ribeirão Preto, 2023.

p. :348. ; 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Medicamentos e Cosméticos

Orientador: Pereira, Leonardo Regis Leira

1. Inquéritos e Questionários. 2. Educação de Pacientes como Assunto 3. Adesão à Medicação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Maria Rosa Freato Gonçalves

Elaboração e validação de conteúdo de uma ferramenta para mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão à farmacoterapia de doenças crônicas

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP para obtenção do Título de Doutor em Ciências

Área de Concentração:
Medicamentos e Cosméticos.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____
Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus pais que sempre me apoiaram, incentivaram e me proporcionaram um ambiente em que fosse possível buscar pelos meus sonhos; espero que um dia eu possa fazer para os meus filhos o que vocês fizeram por mim!

Aos meus irmãos os quais eu amo tanto, vocês são parte de mim!

Ao meu marido, amor da minha vida, obrigada pelo apoio e por dividir a caminhada comigo!

Aos meus filhos, razão da minha vida, amo muito vocês!

Agradecimento

Agradeço à Deus pela vida, saúde e inspiração para o trabalho;

Agradeço aos meus pais, Marcelo e Marilda pela dedicação na minha criação, apoio e incentivo e ajuda com os meus filhos: vocês são demais!

Aos meus irmãos: João Francisco, Maria Paula, Luís Manoel e Maria Eduarda, pelo incentivo, apoio e ajuda com os meus filhos, eu não teria conseguido sem vocês!!

Aos meus cunhados: Tiago e Lucas, e cunhadas: Carol e Gabi, pelo incentivo, carinho e ajuda com os meus filhos;

Ao meu marido Eduardo pelo apoio e incentivo nessa pesquisa, eu te amo!

Aos meus filhos: Samuel e Alice por trazerem sentido, alegria e luz à minha vida, motivações as quais me fazem querer trabalhar mais a cada dia, a mamãe ama muito vocês!

Ao meu sogro e a minha sogra: Sr. Aparecido e D. Sirlene, obrigada pelo apoio e ajuda com o Samuel e a Alice;

À minha cunhada Shirley e sobrinha Lili, pelo apoio e ajuda com os meus filhos;

Ao meu orientador Léo, muito obrigada por todo ensinamento, por acreditar em mim, por me incentivar e por me deixar “voar” em terras que por vezes não sabíamos onde iríamos chegar...

Aos meus colegas do CPAFF: Alan, Lucas, Marol, Price, João Paulo Vilela, João Paulo Cunha, Thalita, Lincoln, Vinícius, Fabiana, Suelem, pelo companheirismo de sempre, auxílio em diversos momentos, amizade construída, e por me fazer sentir especial por trabalhar nessa equipe maravilhosa! Vocês são os melhores!!

Agradeço à Carla Assad Lemos por ter coletado os dados comigo, pelo conhecimento em diabetes compartilhado comigo e pela amizade.

Agradeço à Marília de Oliveira Almeida Campos pelo auxílio na revisão escopo e pela amizade.

Agradeço a Lara de Menezes pelo auxílio na análise dos dados oriundos da revisão de escopo;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo apoio financeiro concedido por meio de bolsa de estudos (processos números 140536/2020-5 e 141821/2018-3);

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“A minha palavra é a única forma de atingir o meu próximo. Eu procuro fazer com que essa palavra seja como uma espécie de ponte que se estende para o próximo e eu, através dessa ponte, eu digo 'vem até onde eu estou". Se eu puder ajudar o meu próximo no seu sofrimento, no seu medo, na sua luta - que é a minha luta também, e que é o meu medo, e que também é o meu sofrimento. Se eu puder ajudar o outro com essa palavra, missão cumprida.”

Lygia Fagundes Telles

RESUMO

FREATO-GONÇALVES, A. M. R. **Elaboração e validação de conteúdo de uma ferramenta para mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão à farmacoterapia em doenças crônicas**. 2023.348f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de semelhança entre o comportamento do paciente em relação às instruções prescritas por um profissional de saúde. Identificar a presença de fatores que interferem na adesão em um usuário de medicamentos é essencial para o sucesso na farmacoterapia do mesmo. Existem diversos instrumentos para mensurar a adesão à terapia medicamentosa, porém não foi encontrado na literatura um questionário para identificar as barreiras e os facilitadores para a adesão em pacientes com problemas de saúde crônicos. Em vista desses fatos, com o objetivo de preencher as lacunas encontradas ao mensurar a adesão na prática clínica, bem como em pesquisas em áreas afins, observa-se a relevância de desenvolver e validar um instrumento de estudo que visa identificar as barreiras e os facilitadores para a adesão. O estudo possui delineamento metodológico e caracteriza-se pela elaboração e validação de um instrumento para mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão à farmacoterapia em pessoas com doenças crônicas; foi realizada uma revisão de escopo a fim de identificar as barreiras e facilitadores para a adesão em 144 estudos e ainda foram realizadas entrevistas semiestruturadas com onze profissionais de saúde e dez pacientes com condições crônicas de saúde interpretadas segundo a análise de conteúdo; com os subsídios oriundos dessa etapas, os itens da primeira versão do Questionário para identificação das Barreiras e Facilitadores da para a adesão à farmacoterapia (BFAF) foram elaborados e submetido a avaliação de conteúdo pelos juízes o que resultou em um questionário com 30 itens e IVC relacionado à pertinência de 0,96 e relacionado à clareza de 0,92. O BFAF apresenta evidências da validação de conteúdo o que denota robustez no delineamento utilizado, e ainda, esse instrumento apresenta a capacidade de identificação da barreira ou do facilitador para a adesão, possibilitando ao profissional de saúde nortear a intervenção e promover a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Inquéritos e Questionários, Educação de Pacientes como Assunto, Adesão à Medicação.

ABSTRACT

FREATO-GONÇALVES, A. M. R. **Development and contend validation of a questionnaire to mesure barriers and facilitators for medication adherence in chronic disease.** 2023. 348f. Thesis (Doctoral). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Medication adherence can be defined as the degree of similarity between the patient's behavior in relation to the instructions prescribed by a health professional. Identifying the presence os factors that interfere with medication adherence use ris essencial for successful pharmacoterapy. There are several instruments to measure medication adherence, but no questionnaire was found in the literature to identify barriers and facilitators for adhrence in patients with chronic health problems. In view of these facts, with the objective of filling the gaps found whem measuring adherence in clinical pratice, as well as in research in related áreas, the relevance of developing and validating a study instrument that aims to identify barriers and facilitators is observed. The study has a methodological design and is characterized by the development and validation of an instrument to measure the barriers and facilitators to measure adherence to pharmacotherapy in people with chronic diseases; a scope review was carried out in order to identify barriers and facilitators for adherence in 144 studies and semi-structured interviews were also carried out with eleven health professionals and ten patients with chronic health conditions interpreted according to content analysis. With the subsidies arising from these steps, the items of the first version of the Questionnaire to identify Barriers and Facilitators for adherence to pharmacotherapy (BFAF) were prepared and submitted to content evaluation by the judges, which resulted in a questionnaire with 30 items and IVC related to pertinence of 0.96 and related to clarity of 0.92. The BFAF presents evidence of content validation, which denotes robustness in the design used, and this instrument also presents the ability to identify the barrier or facilitator for adherence, enabling the health professional to guide the intervention and promote medication adherence.

Keywords: Surveys and Questionnaires; Patient Education as Topic; Medication Adherence

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relação entre os conceitos de autogestão e Adesão.	12
Figura 2: Síntese das etapas adotadas para construção e validação do instrumento de estudo segundo Lobiondo-Wood, Haber (2001); Pasquali (2010); Hulley (2008).	24
Figura 4: Fluxograma da seleção dos estudos adaptado de PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018).	36
Figura 5: Categoria não adesão não intencional com barreira a adesão interpretada das entrevistas dos pacientes (n: 11) e dos profissionais de saúde (n:10).	59
Figura 6: Categoria motivação para a utilização da farmacoterapia com subcategorias com facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais e saúde (n: 10)	59
Figura 7: Categoria motivação para a utilização da farmacoterapia com subcategoria seguida dos facilitadores (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)	60
Figura 8: Categoria fatores ligados ao acesso ao medicamento com subcategorias seguidas dos facilitadores (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)	60
Figura 9: Categoria motivação para a utilização da farmacoterapia com subcategoria seguida dos facilitadores (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)	61
Figura 10: Categoria Fatores ligados ao medicamento com subcategorias com facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais e saúde (n: 10)	62
Figura 11: Categoria Fatores ligados ao medicamento com subcategorias com facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11).	63
Figura 12: Categoria Redes de apoio para a utilização do medicamento com subcategoria, facilitador (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 10)	64

Figura 13: Categoria Redes de apoio para a utilização do medicamento com subcategorias e facilitadores (cinza) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11).....	64
Figura 14: Categoria Fatores ligados ao profissional de saúde para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)	65
Figura 15: Categoria Fatores ligados ao profissional de saúde para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)	66
Figura 16: Categoria Fatores ligados aos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)	67
Figura 17: Categoria Fatores ligados aos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11).....	68
Figura 18: Categoria Estigma social sobre a condição de saúde com subcategoria e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10).....	68
Figura 19: Categoria Estigma social sobre a condição de saúde com subcategoria, facilitador (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)	68
Figura 20: Categoria Fatores peculiares a situação de vida da pessoa com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10).....	69
Figura 21: Categoria Fatores peculiares a situação de vida da pessoa com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)	70
Figura 22: Categoria Hábito de utilizar o medicamento com facilitador (cinza) para a adesão interpretada das entrevistas dos pacientes (n: 11).....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Barreiras e facilitadores para a adesão à farmacoterapia oriundas das categorias interpretadas dos profissionais de saúde, pacientes e da revisão de escopo com os respectivos itens do Questionário para identificar barreiras e facilitadores para a adesão	29
Tabela 2: Explicação sobre os escores selecionados no Questionário: Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia	33
Tabela 3: Características dos 114 estudos avaliados na revisão de escopo ...	37
Tabela 4: Frequência total e relativa dos questionários utilizados pelos 81 estudos que mensuraram a adesão autorreferida.....	38
Tabela 5: Frequência Total (n) e relativa (%) dos países cujos estudos avaliaram a adesão (n: 114).	39
Tabela 6: Desenhos de estudo dos 144 artigos que avaliaram os fatores que influenciam da adesão.	40
Tabela 7: Barreiras e facilitadores que influenciam na adesão segundo a revisão de escopo (n: 144) em uma ou mais de uma doença crônica.....	41
Tabela 8: Características sociodemográficas dos profissionais (n: 10) submetidos a entrevista semiestruturada.....	51
Tabela 9: Características sociodemográficas dos pacientes (n: 11) submetidos a entrevista semiestruturada.	52
Tabela 10: Categorias e Subcategorias interpretadas das entrevistas com os profissionais de saúde (n: 11) e com os pacientes (n:10) utilizando farmacoterapia para doenças crônicas.	54
Tabela 11: Resultado da primeira avaliação dos juízes (N: 10) sobre os itens presentes no Questionário “Barreiras e Facilitadores para a Adesão à Farmacoterapia”	71
Tabela 12: Alterações realizadas após a avaliação dos 10 juízes do Questionário: “Barreiras e Facilitados para a Adesão da Farmacoterapia” (BFAF).....	75
Tabela 13: Alterações no BFAF sugeridas pelos juízes (n:5) na segunda avaliação.....	83
Tabela 14: Itens do Questionário “Barreiras e Facilitados para a Adesão à Farmacoterapia” alterados após a 2º avaliação dos juízes (n:5).....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
MeSHterms	<i>Official Medical Heading</i>
IBJE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ICC	Coefficiente de Correlação Intraclases
KR-20	Teste de Kurder-Richardson
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews Checklist</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
PICO	Paciente, Intervenção, Controle e Resultados
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
BFAF	Barreiras e Facilitadores para a Adesão à Farmacoterapia
B	Barreiras
F	Facilitador
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
BMQ	<i>Beliefs About Medicines Questionnaire</i>
MARS	<i>Medication Adherence Report Scale</i>
SMAQ	<i>Simplified Medication Adherence Questionnaire</i>
MUSE	Uso de Medicamentos e Auto-eficácia
PSM	<i>Perceived Sensitivity to Medicines Scale</i>
TABS	<i>Tool for Adherence Behavior Screening</i>
EUA	Estados Unidos da América
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HIV	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i>

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
SUS	Sistema Único de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>

Sumário

1. Apresentação	0
2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	1
3. Revisão da literatura	4
3.1. Adesão ao Medicamento	4
3.2. Conceitualização	4
3.3. Fatores que influenciam da Adesão	8
3.4. Estratégias para mensurar a Adesão	9
3.5. Modelos teóricos para estudar a adesão	10
4. OBJETIVOS	15
4.1. Objetivo Geral	15
4.2. Objetivos Específicos	15
5. Referencial Teórico metodológico	16
5.1. Escalas como instrumentos de medidas	16
5.2. Validade	17
5.2.1. Validade de conteúdo	17
5.2.2. Validade de Critério	18
5.2.3. Validade de Construto	19
5.2.3.1. Teste de Hipóteses	19
5.2.3.2. Validade estrutural ou fatorial	20
5.2.3.3. Validade Transcultural	20
5.3. Confiabilidade	21
5.3.1. Estabilidade	21
5.3.2. Consistência Interna	22
5.3.3. Equivalência	22
6. CASUÍSTICA E MÉTODOS	23
6.1. Classificação do estudo	23
6.2. População de estudo	23
6.3. Delineamento do estudo	23
6.3.1. Elaboração do instrumento de coleta de dados	23
6.3.1.1. Revisão de Escopo	25
6.3.1.2. Abordagem Qualitativa	26
6.3.1.2.1. Categorias e subcategorias	28
6.4. Elaboração dos itens do questionário	28
6.5. Validação de conteúdo do instrumento para a coleta de dados	33
6.6. Análise estatística	34
6.7. Aspectos éticos	35
7. Resultados	35
7.1. Elaboração do questionário	35
8. Discussão	88
9. Conclusão:	107
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE	136
ANEXO	318

1. Apresentação

Sou a primogênita de uma família de cinco irmãos, cresci vendo meus pais superando diversos desafios para criar todos os filhos, dessa maneira, tomei gosto pelo desafio e acho que isso corroborou para que eu me encontrasse no mundo da pesquisa. A farmácia clínica me encantou desde a graduação, quando iniciei a estagiar em uma Unidade Básica de Saúde, desde então não medi esforços para me aprofundar nessa área apaixonante. Promover a adesão ao tratamento é algo muito corriqueiro no cuidado farmacêutico, sendo assim, perceber as lacunas existentes ao mensurar a adesão, alinhado a minha experiência com validação de instrumentos de medida oriunda do mestrado, me motivou a realizar esse trabalho.

2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, 71% dos óbitos foram causados por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), e três quartos desses óbitos ocorreram em países de média e baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, as DCNTs corresponderam, também em 2016, a 74% dos óbitos, sendo que as doenças cardiovasculares corresponderam a 28% desses óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Nesse contexto, as DCNTs representam uma ameaça global de saúde e, por isso, estratégias e condutas são incentivadas tendo em vista a diminuição da incidência dessas doenças e de óbitos prematuros (30 – 69 anos) causados pelas mesmas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Ainda nesse contexto, a população idosa (maior ou igual a 65 anos) no Brasil aumentou nos últimos anos e a estimativa é que em 2045 essa população seja superior a população de jovens (0-14 anos) (BRASIL, 2020a); concomitante à essa transição demográfica, observa-se a transição nutricional no Brasil com o aumento do consumo de alimentos processados e hábitos de vida não saudáveis como a inatividade física (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003); aliados à esses fatores temos os determinantes sociais no Brasil: condições de moradia sem coleta de lixo direta (15,6%), sem rede geral de esgotamento sanitário (31,7%) e sem acesso a rede geral de distribuição de água (14,5%) (IBJE, 2018) e ainda uma taxa de desemprego de 35,3% (de 25-39 anos) (BRASIL, 2020b). Além de todos esses fatores, o contexto de pandemia causada pelo novo Coronavírus impactou negativamente nos serviços oferecidos de manejo e acompanhamento das Doenças Crônicas ao longo do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). Todos esses indicadores proporcionam um cenário favorável para a incidência de novos casos e óbitos prematuros de DCNTs no país (BRASIL, 2011).

Tendo em vista os determinantes apresentados nos parágrafos acima, a OMS estimula os países membros a traçarem políticas e estratégias tendo em vista a diminuição dos fatores de risco passíveis de modificação da DCNTs, tais como: tabagismo, etilismo, alimentação não saudável, inatividade física e acesso e uso correto de medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Nesse sentido, no Brasil o Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNTs estabelece três eixos centrais para prevenção e

controle da DCNTs: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral; e dentro do eixo cuidado integral uma das ações é promover a adesão à farmacoterapia das DCNTs como ferramenta para diminuir e controlar a incidência e a morte prematura das DCNTs (BRASIL,2011).

A OMS estima que 50% dos pacientes não são aderentes ao tratamento prescrito em países desenvolvidos (SABATÉ, 2003); e ainda, existem evidências de que a não adesão à terapia prescrita por um profissional de saúde provoca aumento da morbidade, mortalidade e maiores custos, principalmente quando trata-se de doenças crônicas (BARGIACCHI et al., 2012; BROWN; BUSSELL, 2011; CHISHOLM-BURNS; SPIVEY, 2012; GANDJOUR, 2011; HAYNES et al., 2002; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SIMPSON et al., 2006).

Dentre as intervenções para promover a adesão ao tratamento é possível citar: a educação em saúde, o manejo da farmacoterapia (utilizando estratégias para simplificação da terapia, por exemplo), o acompanhamento pelo farmacêutico clínico, terapia cognitivo-comportamental, dispositivos para lembrar de utilizar o medicamento e incentivos (financeiros, por exemplo) para a utilização do medicamento (KINI; MICHAEL HO, 2018). Dentro desse contexto, com o objetivo de nortear a intervenção a ser realizada, é preciso identificar as razões para a não adesão, e nesse sentido, ressalva-se a importância das estratégias para mensurar a adesão com foco nos motivos que levaram a pessoa a esse comportamento (KINI; MICHAEL HO, 2018).

Além disso, a não adesão ao tratamento proporciona um grande impacto financeiro negativo no que tange aos gastos com saúde (BARGIACCHI et al., 2012; GANDJOUR, 2011); e em consonância com esse fato, Sokol et al., (2005) apresentou evidências de que a adesão ao tratamento em doenças crônicas como o Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Hipercolesterolemia, diminui o custo com hospitalizações e demais desfechos relacionados.

Com a finalidade de mensurar a adesão, vários autores recomendam a utilização de medidas objetivas e subjetivas em conjunto na prática clínica, bem como em pesquisas (KINI; MICHAEL HO, 2018; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005); pois a utilização de ambas provoca maior acurácia para identificação de barreiras existentes na adesão ao tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). No entanto, apesar da recomendação, nem sempre é possível utilizar ambas medidas principalmente na prática clínica, devido a escassez de recursos e tempo; dessa maneira, ferramentas indiretas são comumente utilizadas (KINI; MICHAEL HO, 2018b; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005;

STIRRATT et al., 2015). E ainda, existem evidências de que mensurar a adesão por meio de questionários pode prever resultados clínicos (GARBER et al., 2004; GEHI et al., 2007; NIEUWKERK; OORT, 2005; STIRRATT et al., 2015); contudo, a robustez dos estudos os quais deram origem a tais ferramentas deve ser observada, pois como tais instrumentos almejam mensurar um construto intangível, a adesão ao tratamento, deve ser realizado um estudo criterioso de validação para garantir a confiabilidade dos resultados obtidos (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014).

Nesse contexto, uma revisão sistemática realizada com estudos de validação de questionários utilizados para mensurar a adesão ao tratamento, apresentou evidências de que tais escalas são importantes para a utilização na prática clínica, bem como para a realização de pesquisas afins (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014). Dentre tais escalas é possível citar: o *Morisky Medication Adherence Scale* (MORISKY et al., 2008), o *Krousel-Wood 4-item adherence tool* (KROUSEL-WOOD et al., 2013), *Hill-Bone Compliance Scale* (KIM et al., 2000), o *Medication Adherence Estimator* (MCHORNEY, 2009) e o *Brief Medication Questionnaire* (SVARSTAD et al., 1999). Esses instrumentos foram desenvolvidos em países onde a língua utilizada é o inglês; sendo assim, para utilizá-los no Brasil é necessário realizar a tradução transcultural a qual caracteriza-se pela tradução e adaptação a cultura do país em questão (BEATON et al., 2000).

No Brasil, algumas versões do *Morisky Medication Adherence Scale* e o *Brief Medication Questionnaire* foram traduzidas transculturalmente (BEN et al., 2012); no entanto, essas traduções apresentam divergências e não foram realizadas segundo *guideline* disponível na literatura (BEATON et al., 2000).

Kwan et al., (2020) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de identificar e avaliar a qualidade metodológica dos instrumentos disponíveis para mensurar a adesão, nessa oportunidade foram encontrados 121 instrumentos onde 12 objetivam mensurar adesão em doenças crônicas de maneira geral, e ainda, segundo os critérios de avaliação da qualidade adotados pelos autores, todos os 12 estudos apresentaram lacunas na avaliação das propriedades psicométricas (KWAN et al., 2020). Ainda sobre esses 12 estudos, nenhum instrumento foi elaborado no contexto brasileiro, nem na língua portuguesa e tampouco mensuram as barreiras e facilitadores para a adesão em um só instrumento (ATHAVALE et al., 2019; GÖKDOĞAN; KES, 2017; JERANT et al., 2008; KLEPPE et al., 2015; KRIPALANI et al., 2009; LEE et al., 2017; NAQVI et al., 2019; SIDORKIEWICZ et al., 2016; SVARSTAD et al., 1999; UNNI; OLSON; FARRIS, 2014; WILLEY et al., 2000).

A literatura recomenda, sempre que possível, a utilização de questionários já validados ao invés da elaboração e validação de novos questionários, pois estudos de validação são muito dispendiosos (HAYNES et al., 2008; HULLEY, 2008; MEADOWS, 2003); no entanto, tendo em vista a importância de mensurar a adesão ao tratamento para atingir resultados clínicos positivos, principalmente em doenças crônicas, e ainda, observando o cenário carente de ferramentas robustas elaboradas em contexto brasileiro e, levando em consideração a complexidade de mensurar a adesão pelas inúmeras barreiras existentes, o objetivo deste estudo é preencher as lacunas encontradas ao mensurar a adesão na prática clínica, bem como em pesquisas em áreas afins, por meio do desenvolvimento e validação de uma ferramenta que visa mensurar a adesão à farmacoterapia por meio da identificação das barreiras e dos facilitadores em pessoas com condições de saúde crônicas visando nortear as intervenções dos profissionais de saúde

3. Revisão da literatura

3.1. Adesão ao Medicamento

Não obstante ao arcabouço teórico presente na literatura para explicar e definir os diferentes termos ligados à adesão, os quais serão discutidos nos parágrafos subsequentes, é importante salientar que a adesão ao tratamento implica em um comportamento que é advindo de uma ação (ALSALMAN; SMITH, 2013; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; STIRRATT et al., 2015), ou seja, discutiremos a seguir aspectos importantes referentes ao comportamento de adesão.

3.2. Conceitualização

Desde os tempos de Hipócrates (470-360 a.C.) existem relatos de inquietação pela medicina da época acerca da possibilidade de pacientes não utilizarem o tratamento conforme fora prescrito (AHMED; ASLANI, 2014; BROWN; BUSSELL, 2011). Até meados do Século XX, pacientes em tratamentos de Tuberculose que não seguiam o tratamento prescrito eram chamados de “irresponsáveis”, “descuidados” dentre outros termos que denotavam um sentido pejorativo para esse comportamento (LERNER, 1997); ou seja, nesse cenário, a relação entre o paciente e o prescritor era vertical assumindo que o paciente deveria seguir o tratamento prescrito, independentemente de suas peculiaridades, preferências e concordância (LERNER, 1997).

No início da década de 1970 iniciou-se a utilização do termo: ‘*Patient Compliance*’ que, sob uma perspectiva biomédica, visava avaliar o quanto o paciente seguia a prescrição médica e o impacto de comportamentos contrários, principalmente em estudos clínicos (VRIJENS et al., 2012). Em 1975 o termo ‘*Patient Compliance*’ foi adicionado como um MeSHterms (*Official Medical Heading*) na *US Nacional Library on Medicine* (BLACKWELL, 1992). Nesse cenário, o termo “Compliance” pôde ser definido como o quanto o comportamento do paciente se assemelha aos comportamentos prescritos por um profissional de saúde, tanto no que tange ao tratamento farmacológico e não farmacológico (VRIJENS et al., 2012). Ainda no contexto das publicações internacionais, o termo “Pharmionics” foi utilizado em pesquisas cujo objetivo era estudar como os pacientes utilizavam os medicamentos (URQUHART, 2004).

Nos últimos anos, uma visão sobre a perspectiva do paciente foi cada vez mais incluída na utilização dos medicamentos, dessa maneira, a ideia de um paciente que segue passivamente as instruções do prescritor foi substituída pela cooperação entre paciente ativo e prescritor na utilização da terapia medicamentosa levando em conta as peculiaridades desse processo; nesse contexto há o surgimento do termo “Adherence” o qual é amplamente utilizado nos estudos atuais (DE LAS CUEVAS, 2011; VRIJENS et al., 2012). Adicionalmente, o termo “Medication Adherence” foi introduzido, pela primeira vez, no MeSHterms na *US Nacional Library on Medicine* em 2009(AHMED; ASLANI, 2014)

Em 1995 o termo “Concordance” foi utilizado pela primeira vez com o sentido de selecionar o tratamento mediante o acordo mútuo entre o profissional de saúde e o paciente por meio de diálogo, ou seja, levar em consideração na seleção do tratamento as expectativas e preferências do paciente, não obstante aos casos em que há divergências entre o prescritor e o paciente, mas tendo em vista a promoção da saúde do paciente (DICKINSON; WILKIE; HARRIS, 1999; VRIJENS et al., 2012); no entanto, esse termo ainda é utilizado com cautela na literatura pois não reconhece de forma total os limites entre a decisão do paciente e a medicina baseada em evidências (OLIBONI; CASTRO, 2018).

É importante ressaltar que o termo “Concordance” não é sinônimo de “Adherence”, pois o primeiro abarca, necessariamente, aspectos relacionados ao protagonismo do paciente na tomada de decisões, exigindo um acordo entre as expectativas e desejos do paciente e as intervenções do profissional, situação delicada em casos de paciente psiquiátrico, por exemplo, pois tal paciente nem sempre exerce tal

protagonismo na farmacoterapia, no entanto, esse paciente pode apresentar “adherence” se utilizar a farmacoterapia conforme a prescrição (BELL et al., 2007)

A palavra *adhere* tem origem do termo em latim: *adharere* que significa aderir a, manter próximo ou permanecer constante (ARONSON, 2007), dessa maneira, o termo “Adesão” é comumente utilizado como o grau em que o paciente segue o tratamento prescrito no sentido de uma responsabilidade compartilhada entre o paciente e o prescritor (BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, 2022)

Sendo assim, desde então, a adesão ao tratamento, que já foi considerada de responsabilidade exclusiva do paciente, passou a ser considerada uma responsabilidade mútua entre prescritor e paciente; ou seja, a terapia deve ser selecionada levando em consideração a individualidade do paciente e atentando-se à adesão ao tratamento prescrito, pois caso contrário o sucesso terapêutico não será alcançado (ARONSON, 2007; HUGTENBURG et al., 2013).

Com relação a definição de adesão, não há consenso na literatura sobre esse conceito (OLIBONI; CASTRO, 2018), a OMS juntamente com demais autores definem a adesão ao tratamento como o grau de semelhança entre o comportamento do paciente, no que tange a utilização da terapia, em relação às instruções prescritas por um profissional de saúde (CRAMER et al., 2008; HAYNES et al., 2002; SABATÉ, 2003; WU et al., 2008); no entanto, em uma revisão realizada por Oliboni; Castro, (2018) é possível observar que existem diversos conceitos na literatura para o comportamento de adesão que por vezes diferem entre si em alguns aspectos(OLIBONI; CASTRO, 2018).

Em vista dessa lacuna na falta de consenso no que tange a definição de adesão ao tratamento, seguem Wahl et al., (2005), Vrijens et al. (2012) e Diemert; Weber; Price, (2017) propuseram modelos para conceituar a adesão. Wahl et al., (2005) estabelecem três aspectos para o comportamento de adesão: aceitação do tratamento a qual trata-se da decisão inicial de realizar o tratamento; a persistência definida como a utilização contínua do medicamento até a renovação da prescrição; e o cumprimento caracterizado pela utilização do tratamento conforme a prescrição (WAHL et al., 2005).

Ainda nesse contexto, Vrijens et al., (2012) propuseram uma taxonomia para definir esse comportamento dividido em três elementos: *Adherence to medications*, *Management of adherence*, *Adherence-related sciences*; o termo “*Adherence to medications*” consiste em três etapas divididas em iniciação que é o momento o qual o paciente utiliza a primeira dose do medicamento; a implementação caracterizada pela medida entre a primeira e última dose utilizada pelo paciente conforme a prescrição; a

descontinuação que pode ocorrer durante a implementação em que o paciente deixa de seguir o tratamento por quaisquer razões, e ainda nesse contexto, temos a persistência que é o intervalo de tempo entre a iniciação e a descontinuação do tratamento. Ainda dentro da referida taxonomia, o termo “*Management of adherence*” caracteriza-se pelo processo de monitoramento da utilização do tratamento enquanto a “*Adherence-related sciences*” são as disciplinas que visam estudar as diferenças entre a prescrição e a utilização do tratamento (VRIJENS et al., 2012). Em adição Diemert; Weber; Price, (2017) estabelecem um modelo com relações triangulares para definir a adesão, em que o cumprimento pode ser mensurado como a distância entre a prescrição e o tratamento relatado pelo paciente, ou seja, quanto maior for a semelhança entre ambos, maior o grau de cumprimento da terapia; ainda dentro desse modelo, a concordância é a distância entre a prescrição e o tratamento realizado pelo paciente, quanto menor a distância entre estes, maior a concordância; finalizando, a persistência se baseia na distância entre o tratamento relatado pelo paciente e o tratamento realizado pelo mesmo (DIEMERT; WEBER; PRICE, 2017).

É importante ressaltar que o termo persistência não é sinônimo de adesão, pois o paciente pode ser persistente e não ter adesão ao tratamento, como no exemplo apresentado por Ahmed, Aslani (2014) o qual um paciente pode utilizar do primeiro ao último dia um antibiótico foi prescrito, ou seja, foi persistente, no entanto, ao longo dessa utilização ele pode ter esquecido uma dose, dessa maneira, não houve adesão.

Oliboni; Castro, (2018) apresentam uma comparação dos modelos citados acima e propõem que o termo adesão pode ser caracterizado como um “guarda-chuva” o qual engloba vários aspectos comportamentais os quais estão envolvidos a utilização de medicamentos. Ainda nesse contexto, Alsaman; Smith, (2013) definem “Medication Taking-Behavior” como um termo generalista para incluir os aspectos que envolvem a utilização do medicamento, definindo “overall adherence” como uma subcategoria do termo citado destinado para a mensuração da utilização de medicamentos variando entre 0% a 100% (ALSALMAN; SMITH, 2013). Nesse sentido, mesmo tendo em vista a carência de um conceito “padrão-ouro”, e tendo em vista todo esse arsenal teórico apresentado, levou-se em consideração nesse estudo o sentido do termo adesão para definir o comportamento de realizar uma terapia prescrita por um profissional de saúde, e, portanto, no questionário elaborado nesse estudo, o construto mensurado será a adesão à farmacoterapia por meio da identificação de barreiras e facilitadores para a realização desse comportamento.

Ainda no contexto das definições que envolvem a adesão, com o objetivo de nortear as intervenções dos profissionais de saúde, alguns autores defendem a importância de definir o tipo da não-adesão que pode ser intencional, ou seja, quando há uma decisão racional e consciente do paciente em não realizar o tratamento prescrito e não-intencional ou esporádica a qual caracteriza-se pela não realização do tratamento causada por uma atitude passiva do paciente devido a fatores que fogem do seu domínio, como falta de acesso ao medicamento ou esquecimento (FAHRNI et al., 2022; LEHANE; MCCARTHY, 2007; OLIBONI; CASTRO, 2018)

3.3.Fatores que influenciam da Adesão

Existem vários fatores comportamentais que influenciam no cumprimento das orientações fornecidas por um profissional de saúde, e, portanto, é importante, além de identificar a não adesão ao tratamento, os motivos os quais levaram o paciente a não ser aderente ao tratamento como ferramenta para medidas que objetivam motivar a adesão ao tratamento (ARONSON, 2007).

Dentre os diversos fatores que influenciam o paciente a não seguir as recomendações prescritas por um profissional de saúde, pode-se citar: reações adversas a medicamentos; receio que o medicamento interaja com bebidas alcoólicas ou demais fármacos; custo do tratamento; não reconhecer a necessidade de continuar o tratamento; substituir por tratamentos alternativos; preocupação com uma possível ocorrência de intoxicação e até o esquecimento de utilizar o mesmo (ANDRADE et al., 2002; CAVALARI et al., 2010; KINI; MICHAEL HO, 2018c; NAIR et al., 2011). E ainda, uma revisão sistemática encontrou evidências de que o letramento em saúde aumenta a adesão à farmacoterapia (MILLER, 2016). Nesse sentido, é possível agrupar esses fatores em cinco dimensões: socioeconômicas, relacionados ao paciente, relacionados ao serviço e à equipe de saúde, relacionadas à farmacoterapia e relacionadas a doença (SABATÉ, 2003).

Dentre os fatores socioeconômicos podemos citar a idade, gênero, renda, apoio social, condições de moradia, dentre outros; os fatores relacionados ao paciente estão a educação em saúde, crenças e perspectivas com relação à farmacoterapia, personalidade, dentre outros; já os relacionados ao serviço e a equipe de saúde podemos citar a confiança do paciente em relação a esses atendimentos, tempo da consulta, recebimento de orientações, dentre outros fatores; com relação ao fatores ligados a farmacoterapia pode-se citar o aparecimento de Reações Adversas a Medicamentos, número de medicamentos utilizados, frequência de uso, dentre outros; e por fim, dentre os fatores relacionados a doença tem-se a severidade, número e tipo de doenças (SABATÉ, 2003).

No item **7. Resultados** é possível observar os diversos fatores que influenciam na adesão resultantes da revisão de escopo e das análises das entrevistas qualitativas realizadas nesse estudo e os quais foram utilizados para compor os itens do Instrumento para Mensurar a Adesão elaborado ao longo deste estudo e que serão discutidas no item **8. Discussão**.

3.4. Estratégias para mensurar a Adesão

Haynes et al., (2002) apresentaram evidências de que as medidas para aumentar a adesão ao tratamento prescrito promove grande impacto na saúde e devem ser intensificadas; nesse sentido, levando em consideração a importância de mensurar a adesão tendo em vista o planejamento e seleção de intervenções para promover a realização do tratamento, faz-se importante dispor de estratégias de medida para atingir tal objetivo (KINI; MICHAEL HO, 2018)

A vista desses fatos, ressalta-se a importância de mensurar a adesão ao tratamento prescrito com o objetivo de identificar quais as barreiras existentes para dessa maneira, propor medidas para aumentar a adesão e, conseqüentemente, atingir melhores resultados clínicos (ARONSON, 2007; NADERI; BESTWICK; WALD, 2012; SIMPSON et al., 2006). Sendo assim, a literatura apresenta várias ferramentas para mensurar a adesão e tais ferramentas podem ser divididas em objetivas e subjetivas (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014).

Dentre as ferramentas objetivas é possível mensurar a adesão por meio de observação de resultados clínicos inerentes ao uso de medicamentos (SCHEDLBAUER et al., 2004); cálculos envolvendo o número de medicamentos prescritos e dispensados por um período de dias (SABERI et al., 2008); dosagens das concentrações séricas dos medicamentos (EIDLITZ-MARKUS et al., 2003), uso de dispositivos para contagem de medicamentos utilizados como a “Pill Box” (CONN et al., 2015), dentre outros; a vantagem das ferramentas diretas é que não dependem de informações fornecidas pelo paciente e/ou cuidador (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014); no entanto, além das medidas diretas normalmente possuem custo alto, apresentam desvantagens como algumas dosagens séricas serem dependentes de fisiologia individual e normalmente apresentam resultados qualitativos e não quantitativos; e ainda, a contagem de medicamentos e controle de medicamentos dispensados não garante que o paciente utilizou de fato (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

As ferramentas subjetivas visam mensurar quantitativamente o grau de adesão ao tratamento por meio de instrumentos como questionários respondidos pelos pacientes

e/ou cuidadores (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014; PEACOCK; KROUSELWOOD, 2017). Dentre as vantagens de utilizar medidas subjetivas em comparação às medidas objetivas, é possível elencar o menor custo, não utilização de medidas invasivas nos pacientes e a possibilidade de quantificar a adesão (KINI; MICHAEL HO, 2018; NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014); no entanto, as medidas subjetivas dependem da colaboração do paciente o qual pode omitir informações o que prejudica a acurácia dessa medida (NGUYEN; CAZE; COTTRELL, 2014; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

3.5. Modelos teóricos para estudar a adesão

Com o objetivo de descrever um cenário para a observação e discussão da dinâmica da adesão, construto complexo discutido nos parágrafos anteriores, faz-se relevante ressaltar que a saúde na atualidade é percebida como um fenômeno de interação entre os fatores que cercam o indivíduo, ou seja, compreender a saúde como fruto de uma produção social, ou seja, os diversos determinantes sociais (a saber, alguns exemplos: situação de moradia, renda, situação familiar, emprego, dentre outros) têm influência sobre a saúde da pessoa (SANTOS, WESTPHAL, 1999). Nesse contexto, considerando a complexidade da pessoa, a saúde da família surge como novo paradigma visando entender que a promoção da saúde deve ser personalizada, protagonizar o relacionamento humano e estimular a intersectorialidade (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

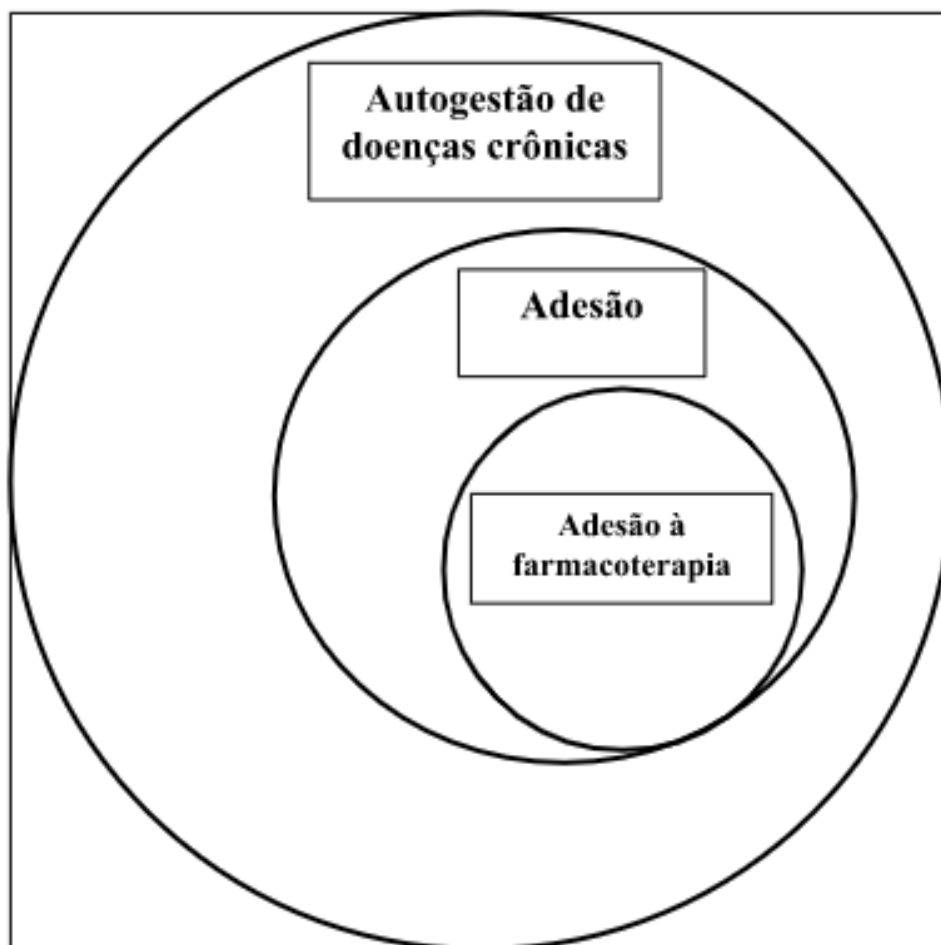
Nesse contexto, a OMS define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, ou seja, não se caracteriza pela ausência de doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946); no entanto, alguns autores questionam essa definição tendo em vista a complexidade e subjetividade do ser humano e o qual intangível seria atingir o “completo” bem estar físico, mental e social (SEGRE; CARVALHO FERRAZ, 1996), dessa maneira, visando uma perspectiva mais holística da definição e saúde, Oleribe et al., (2018) definem a saúde como: satisfatório e aceitável estado físico, mental, emocional, econômico e social (OLERIBE et al., 2018).

Á luz dessa reflexão, no que tange ao modelo de cuidado de doenças crônicas, a autogestão caracteriza-se por uma série de atividades planejadas juntamente com profissionais de saúde realizadas por pessoas com o objetivo de controlar os problemas de saúde (MATARESE et al., 2018). A gestão das diversas doenças crônicas envolve uma série de atividades as quais devem ser desenvolvidas para o controle das mesmas, como o controle da alimentação, uso de medicamentos, prática de atividade física, e também

tarefas que perpassam a vida social e emocional da pessoa como controle emocional, adaptação do trabalho, relações interpessoais (CLARK et al., 1991).

Nesse contexto, levando em consideração a definição de Adesão proposta pela OMS (e discutida anteriormente): grau de semelhança entre o comportamento do paciente em relação às instruções prescritas por um profissional de saúde (CRAMER et al., 2008; HAYNES et al., 2008; SABATÉ, 2003; WU et al., 2008), é possível observar que o conceito de autogestão abarca tais tarefas requeridas dos pacientes para o manejo de seus problemas de saúde, inclusive, com relação à utilização da farmacoterapia (Figura 01).

Figura 1: Relação entre os conceitos de autogestão e Adesão.



Fonte: Próprio autor

Nesse contexto, com o objetivo de entender os aspectos dentro do construto adesão ao tratamento é preciso dispor de modelos teóricos oriundos da psicologia para compreender esse comportamento, dentro dos quais pode-se citar:

- Modelo de crenças em saúde: explica que o comportamento de cuidado em doenças crônicas perpassa quatro dimensões: as duas primeiras “susceptibilidade percebida” (percepção de risco de contrair a doença), “gravidade percebida” (medo das consequências da doença, por exemplo) são influenciadas pelos fatores relacionados à pessoa (como conhecimento sobre a doença, personalidade) e podem proporcionar na pessoa a percepção da ameaça da doença, o qual também é influenciada por estímulos de ação, como por exemplo orientações vindas do profissional de saúde; as duas dimensões

restantes são os “benefícios percebidos” (percepção benéfica relacionada à adesão ao tratamento, por exemplo), “barreiras percebidas” (por exemplo custo com o medicamento) que também são influenciadas pelos fatores relacionados à pessoa e somados a ameaça percebida da doença resultam na probabilidade de praticar a ação (ROSENSTOCK, 1974).

- Teoria sociocognitiva: O comportamento humano é fruto da interação entre os fatores pessoais (relacionados à cognição e os fatores emocionais), influência comportamental do indivíduo, e do meio em que a pessoa está inserida (fatores sociais e físicos), o controle desses fatores para atingir um objetivo (por exemplo a utilização do medicamento) consiste na auto-regulação (CLARK et al., 1991).
- Teoria do comportamento planejado: A intenção em realizar determinado comportamento é influenciada pelas crenças comportamentais (subjéctivas ao sujeito), as crenças normativas relacionadas à influência social e a crença acerca do controle exercido pela pessoa em determinada situação, ou seja, o quanto ela percebe as dificuldades e facilidades para exercer tal comportamento, esses são os fatores que influenciam o comportamento, por exemplo, a adesão ao tratamento (BOSNJAK; AJZEN; SCHMIDT, 2020; FERNANDES et al., 2019).
- Teoria da proteção-motivação: A intenção de realizar um comportamento é fruto da percepção da severidade da doença e da efetividade do tratamento, em conjunto com a percepção de que é capaz de realizar o tratamento (autoeficácia) (PREISSNER et al., 2022).
- Modelo transteórico: O comportamento é alterado seguindo cinco fases: a fase de pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Na fase de pré-contemplação a pessoa ainda não considera adotar determinado comportamento, nessa etapa a pessoa não se sente capaz de realizar tal comportamento, apesar de conhecê-lo. Na fase de contemplação a pessoa tem a intenção de realizar tal comportamento, mas não começou a fazê-lo, muitas vezes por observar obstáculos para realizar tal ação. Na fase de ação a pessoa já faz o comportamento desejado superando as barreiras percebidas. Na fase

de manutenção a pessoa já modificou e manteve o comportamento por mais de seis meses, o foco aqui é a prevenção de recaídas e retorno ao estágio inicial (TORAL; SLATER, 2001).

A vista desses modelos comportamentais é possível observar o quão complexo é o comportamento humano e dessa maneira, ter subsídios para discutir os diversos fatores que envolvem o comportamento de adesão ao tratamento, os quais serão descritos no item **7. Resultados** e **8. Discussão**.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Elaborar e realizar a validação de conteúdo de um questionário para mensurar as barreiras e os facilitadores para a adesão da farmacoterapia em doenças crônicas.

4.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar os fatores que influenciam na adesão à farmacoterapia em doenças crônicas;
- b) Identificar a percepção dos profissionais de saúde e dos pacientes sobre os fatores que influenciam da adesão à farmacoterapia;
- c) Elaborar um questionário para mensurar as barreiras e os facilitadores para mensurar a persistência na farmacoterapia em doenças crônicas;
- d) Realizar a validação de conteúdo da ferramenta elaborada.

5. Referencial Teórico metodológico

5.1. Escalas como instrumentos de medidas

A utilização de itens (questões individuais) que em conjunto (escalas) objetivam mensurar um fenômeno específico, ou seja, um construto de interesse é largamente utilizado em diversas áreas como a psicologia, na saúde e nas ciências sociais (FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014; SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Tais escalas são utilizadas, sobretudo na área da saúde, com o objetivo de obter resultados objetivos para nortear decisões clínicas advindas tanto da área da pesquisa (estudos publicados) quanto na prática clínica (FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014).

Nesse contexto, no início do século XX surgiu uma área do conhecimento que busca explicar o sentido que tem as respostas de um sujeito à uma série de itens estruturados: a psicometria (PASQUALI, 2009). O surgimento dessa área do conhecimento foi oriunda da necessidade tanto da psicologia de origem empirista (baseada no comportamento humano) quanto da psicologia mentalista (experiência subjetiva) de mensurar o comportamento humano em um contexto (PASQUALI, 2010); e ainda, nesse contexto histórico encontram-se o avanço da ciência positivista e a necessidade de medidas objetivas e válidas para as pesquisas clínicas (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

Segundo Pasquali, (2009), a psicometria moderna possui duas vertentes: A Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Na TCT os itens são avaliados em conjunto, ou seja, essa vertente avalia qual o significado do escore total para o indivíduo. Enquanto na TRI é possível avaliar os traços latentes dos participantes da pesquisa, ou seja, as habilidades desse indivíduo; isso é possível estimando a probabilidade desse indivíduo assinalar tal resposta com a sua habilidade ou proficiência (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013); dessa maneira, na TRI é avaliado a probabilidade do indivíduo acertar cada item avaliado e não o escore total obtido.

Não obstante às diferenças existentes entre as TRI e a TCT, é importante salientar que a TRI apresentou estratégias, sobretudo no campo dos métodos estatísticos, para superar as limitações da TCT e não entrar em contradição com os seus princípios (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013); dessa maneira, a TRI é complementar à TCT e a recomendação é utilizar, sempre que possível, os avanços das mesmas.

Apesar de a literatura mostrar divergências nas terminologias e abordagens, vários autores apresentam os conceitos de validade e de confiabilidade como o arcabouço teórico

para nortear a avaliação da robustez dos instrumentos de medida (COOK; BECKMAN, 2006; FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014; PITTMAN; BAKAS, 2010; SALMOND, 2008).

Sendo assim, as escalas que visam mensurar um construto necessitam oferecer resultados robustos e confiáveis, pois tais resultados são utilizados em diversas áreas do conhecimento como a psicologia e a saúde, sendo assim, tais escalas podem influenciar em decisões clínicas de maneira direta (utilização de escalas para decisões clínicas, como por exemplo uma escala para a medida da intensidade da dor) ou indiretamente (escalas são utilizadas em estudos que podem permear as decisões na prática clínica); nesse sentido, a fim de assegurar-se dessa robustez, é preciso verificar a confiabilidade e a validade desses instrumentos (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Nos parágrafos subsequentes serão apresentados os conceitos de validade e confiabilidade segundo a TCT.

5.2. Validade

A validação é necessária durante o processo de construção de instrumentos de estudo para certificar-se de que tal instrumento é capaz de mensurar aquilo que o mesmo se propõe a medir, principalmente quando o objetivo é aferir aquilo que é intangível, como exemplo o construto adesão à farmacoterapia (ARMANDO et al., 2009; FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014; MEADOWS, 2003; PASQUALI, 2009; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O processo de validação de instrumentos de estudo pode ser realizado ao longo da elaboração desse instrumento, da adaptação transcultural ou ainda de modificações em instrumentos já validados como redução de escalas de medida. É importante salientar que diversos autores recomendam a utilização de instrumentos previamente testados e validados (HAYNES et al., 2008; HULLEY, 2008; MEADOWS, 2003), ou seja, optar pela elaboração de um instrumento somente quando não houver outro que mensura o construto desejado.

A validade (ou acurácia) significa quanto os dados mensurados correspondem ao fenômeno verdadeiro aferido (FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014). E para tanto, podemos realizar essa análise em quatro grandes estruturas: Validade de conteúdo, Validade de critério, Validade de Construto e Validade transcultural; tais análises são complementares e serão explicitadas a seguir.

5.2.1. Validade de conteúdo

A validade de conteúdo, também conhecida como validação de face e conteúdo, visa mostrar se os conceitos (construtos) de interesse no referido questionário foram contemplados de maneira clara e pertinente (LO et al., 2013; PASQUALI, 2009; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; STREINER; NORMAN, 2008).

Nesse contexto, a validade de conteúdo objetiva reunir evidências de que a amostra de itens selecionada é representativa levando em consideração o universo de interesse do construto a ser avaliado (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Para realizar tal análise são utilizadas abordagens qualitativas no que se refere ao julgamento por uma banca de especialistas, quanto à pertinência e clareza de cada item incluído na escala a ser validada, levando em consideração o construto em questão (STREINER; NORMAN, 2008; TERWEE et al., 2007). Após a análise pelos especialistas é calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que mede a proporção de especialistas que concordam com determinados aspectos contidos na escala (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017); é recomendável que o valor de IVC seja no mínimo 0,8, mas de preferência que esse valor seja maior do que 0,9 (POLIT; BECK, 2006).

Além da análise supracitada, é importante realizar a análise semântica ou pré-teste, que se caracteriza pela avaliação da compreensibilidade do instrumento pela população alvo, ou seja, avaliar se os itens estão claros e facilmente compreendidos pela população a qual se destina (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; MOKKINK et al., 2016; PASQUALI, 1998); no pré-teste é importante aplicar o instrumento em uma amostra de 30 – 40 pessoas (da população alvo do referido instrumento) de maneira individual e logo após a participação, o sujeito é indagado quanto a dificuldades de entendimento e/ou de preenchimento do referido instrumento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

5.2.2. Validade de Critério

A validade de critério se caracteriza pela avaliação da capacidade do instrumento em questão de apresentar a mesma medida em comparação a um instrumento, ou medida existente e validada na literatura, ou seja, que mede o mesmo construto nas mesmas condições estabelecidas do instrumento a ser validado (AUER et al., 2015; HIGGINSON, 2007; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Para a comparação dos

resultados é preciso utilizar um coeficiente de correlação, e são desejáveis valores maiores do que 0,7 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Se a aplicação do questionário e a outra medida considerada válida forem realizadas concomitantemente, podemos denominar de validade concorrente, e ainda, se essas medidas forem aplicadas em tempos distintos pode-se denominar validade preditiva (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Um desafio dentro da validade de critério é utilizar outra medida existente na literatura válida a ponto de ser passível de comparação com o instrumento a ser validado, ou seja, um “padrão-ouro” a ser utilizado (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A depender do construto a ser medido, o desafio de selecionar um padrão-ouro torna-se ainda maior, tendo em vista que para alguns construtos não há consenso ou indicação na literatura sobre o padrão-ouro a ser utilizado para realizar sua mensuração (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017); nesses casos, a alternativa é utilizar outra medida existente na literatura, mesmo não sendo um “padrão-ouro”, e ao comparar a correlação dos resultados de ambos os instrumentos, demonstrar também as vantagens da utilização da nova medida, como custo ou tempo para aplicação (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

5.2.3. Validade de Construto

A validade de construto se caracteriza pela análise do quanto o instrumento representa o construto o qual se propõe a mensurar (MOKKINK et al., 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Nesse contexto, a(s) hipótese(s) ligada(s) ao arcabouço teórico ao qual o construto a ser mensurado está inserido, são correlacionadas ao instrumento em questão (MOKKINK et al., 2016; POLIT; BECK, 2006; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; STREINER, 2003).

Segundo Mokking et al., (2016), pode-se dividir a análise de conteúdo em: teste de hipóteses, validade estrutural e validade transcultural, os quais serão descritos nos parágrafos subsequentes.

5.2.3.1. Teste de Hipóteses

É possível avaliar a validade de construto por meio da realização de um teste de hipóteses utilizando a técnica dos grupos conhecidos, a qual se baseia na aplicação do

instrumento em grupos que diferem entre si com relação às características do construto mensurado pelo instrumento e o resultado obtido é comparado entre esses grupos a fim de verificar se tais diferenças foram mensuradas pelo instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Um exemplo de aplicabilidade da técnica dos grupos conhecidos é aplicar um instrumento que mensura depressão em pessoas com o diagnóstico prévio da doença e em pessoas que não estão doentes, espera-se obter diferenças nos resultados obtidos (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

Outra estratégia para avaliar a validade de construto, ainda utilizando o teste de hipótese, é por meio da avaliação da validade convergente e da validade discriminante do instrumento em questão (POLIT, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). É possível avaliar as semelhanças entre os resultados obtidos entre o instrumento a ser validado e outro instrumento presente na literatura que avalie o mesmo construto, os resultados são correlacionados a fim de verificar a semelhança entre os mesmos, trata-se da validade convergente (POLIT, 2015). Na validade discriminante, aplica-se em uma amostra um instrumento que apresenta um construto divergente ao construto mensurado pelo instrumento a ser validado, os resultados são correlacionados a fim de verificar se há diferenças entre os mesmos (POLIT, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

5.2.3.2. Validade estrutural ou fatorial

Na validade estrutural ou fatorial a validade de construto é avaliada por meio da verificação das correlações entre os fatores (variáveis fortemente correlacionadas entre si) (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Nesse sentido, é recomendado que a Análise Fatorial Exploratória (AFE) deve ser utilizada para verificar a quantidade de fatores necessários para representar os dados, enquanto a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) deve ser utilizada para avaliar a validade estrutural, ou seja, avaliar o quão bem os itens selecionados no instrumento são capazes de mensurar o construto em questão (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Um exemplo da aplicação da AFC citado por Souza; Alexandre; Guirardello (2017) é a realização de uma AFC para verificar se autonomia e *feedback* são preditores da satisfação profissional no ambiente de trabalho.

5.2.3.3. Validade Transcultural

A validade transcultural é a medida do quanto um instrumento adaptado culturalmente proporciona medidas semelhantes ao original correspondente (POLIT, 2015).

Beaton et al., (2000) estabeleceu critérios para realizar a validação transcultural como tradução e retrotradução, aplicação para verificar o entendimento na população alvo, dentre outros fatores. Atualmente, (MOKKINK et al., 2016) também apresentam critérios a serem seguidos para realizar a adaptação transcultural de instrumentos, a fim de levar em consideração as características culturais da região a ser aplicado.

5.3.Confiabilidade

A confiabilidade, ou fidedignidade caracteriza-se pela verificação da capacidade do instrumento em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou seja, o qual o instrumento apresenta estabilidade, precisão e consistência (FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

É importante salientar que a confiabilidade dos instrumentos de medida é relacionada às condições e população as quais foram avaliadas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017), dessa maneira a confiabilidade não é uma propriedade estática do instrumento e deve ser avaliada sempre quando as condições de aplicações são alteradas (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

É possível avaliar a confiabilidade de uma medida verificando a estabilidade, a consistência interna e a equivalência; esses termos serão explicados nos itens subsequentes.

5.3.1. Estabilidade

A estabilidade é a medida do quanto os resultados obtidos na aplicação do instrumento, em tempos distintos, proporcionam resultados semelhantes (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Na avaliação da estabilidade é preciso que o questionário a ser avaliado seja aplicado em dois momentos distintos para uma mesma pessoa, ou seja, realizar o teste-reteste (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017); é recomendável que a reaplicação seja realizada entre 10 e 14 dias (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Além disso, para a avaliação da estabilidade

é importante que o construto a ser medido não seja capaz de sofrer mudanças entre as aplicações (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A literatura recomenda a utilização do Coeficiente de Correlação Intraclasses (ICC) para a comparação dos resultados obtidos no teste-reteste, pois essa análise leva em consideração os erros de medida (DE VET et al., 2005; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Valores de ICC acima de 0,7 são considerados adequados (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

5.3.2. Consistência Interna

A consistência interna caracteriza-se pela avaliação do quão os itens mensuram em conjunto o mesmo construto, ou seja, a medida da correlação entre os itens (CORTINA, 1993; CRONBACH, 1951; HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Para realizar essa análise, é possível utilizar o alfa de Cronbach's, tratando-se de questionários com possibilidade de múltiplas escolhas (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017; STREINER; NORMAN, 2008; TERWEE et al., 2007b). Para instrumentos cujas opções de respostas são dicotômicas é mais adequado utilizar o teste de Kurder-Richardson (KR-20) (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017). Quanto ao valor ideal, a literatura recomenda que sejam superiores a 0,7 para essa análise (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Segundo Streiner, (2003) a avaliação da consistência interna é pertinente quando o construto a ser avaliado possui modelos reflexivos. O modelo reflexivo ocorre quando os itens contidos no questionário representam uma manifestação do construto em questão (MOKKINK et al., 2010); nesse caso, os itens devem ter uma alta correlação entre si; em contrapartida, para instrumentos cujo modelo é formativo, ou seja, os itens junto formam o construto em questão, os itens não estão, necessariamente, correlacionados, e dessa maneira, não é pertinente avaliar a consistência interna (MOKKINK et al., 2010; STREINER, 2003).

Equivalência

A equivalência é o grau de concordância entre os resultados obtidos por um instrumento de medida quando aplicado por diferentes entrevistadores (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Essa medida é comumente realizada por meio da confiabilidade interobservadores a qual consiste na avaliação da correlação dos resultados obtidos por dois ou mais avaliadores ao aplicar o instrumento em uma mesma pessoa (HEALE; TWYXCROSS, 2015).

O Coeficiente Kappa é muito utilizado como uma medida de avaliação da concordância entre os resultados obtidos na avaliação da confiabilidade interobservadores, e quanto mais próximo do 1,0 esse coeficiente estiver, maior a concordância entre os avaliadores (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

6. CASUÍSTICA E MÉTODOS

6.1. Classificação do estudo

No estudo em questão realizou-se a elaboração e validação de conteúdo de um instrumento que visa mensurar a adesão à terapia medicamentosa utilizada, dessa maneira, esse estudo possui delineamento metodológico de corte transversal. Estudos metodológicos caracterizam-se pelo desenvolvimento de metodologias inovadoras, ou seja, investigação aplicada a diferentes métodos de coletas de dados, matemática, estatística e desenvolvimento de instrumentos para serem utilizados posteriormente (HULLEY, 2008; LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001).

6.2. População de estudo

A população desse estudo foi composta por dois grupos: profissionais de saúde e pacientes com doenças crônicas. No que tange aos profissionais de saúde, foram convidados profissionais com pelo menos um ano de experiência no cuidado de pessoas com doenças crônicas, graduados em uma das seguintes áreas: farmácia, medicina, enfermagem, psicologia e nutrição e que fosse capaz de participar de entrevista *on line* utilizando o aplicativo *Google meet*.

Os pacientes selecionados foram pessoas maiores de 18 anos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus, utilizando insulina e pelo menos mais um medicamento de uso contínuo para outra condição crônica de saúde. Além disso, essa pessoa precisava ser capaz de participar de uma entrevista *on line* utilizando o aplicativo *Google meet*.

6.3. Delineamento do estudo

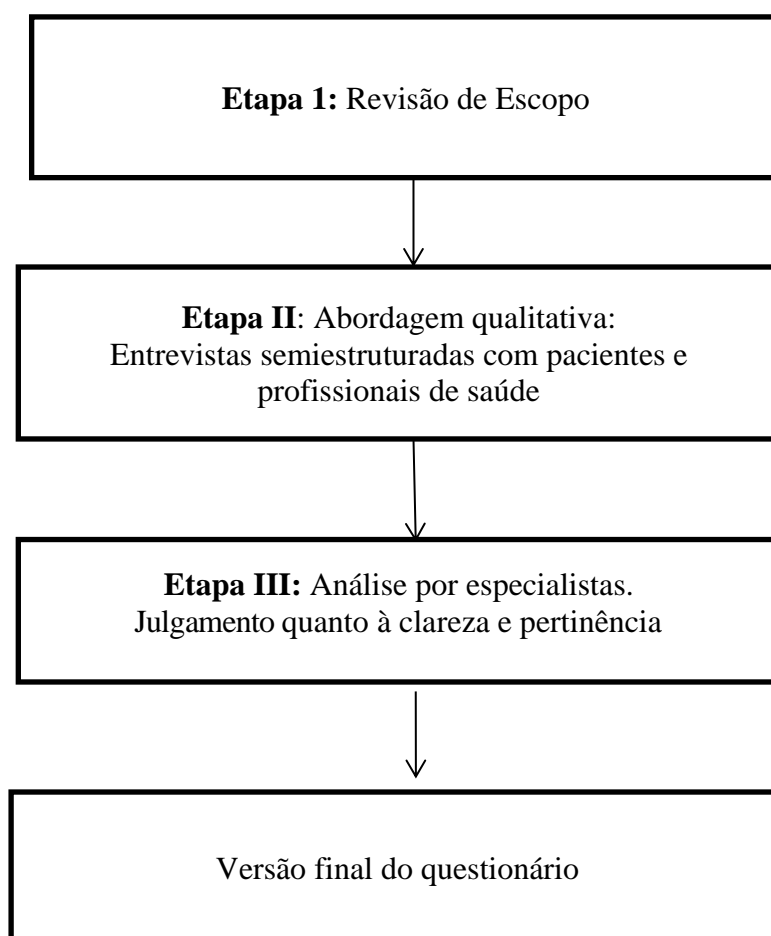
6.3.1. Elaboração do instrumento de coleta de dados

Para iniciar a elaboração de um instrumento é necessário determinar o objetivo que se almeja alcançar com tal instrumento (GUNTHER, 2003). Tendo em vista os fatos apresentados no item **3. Revisão da literatura**, o objetivo do instrumento em questão é mensurar a adesão à farmacoterapia.

Depois da definição do objetivo, é preciso selecionar os conceitos acerca do construto adesão à farmacoterapia os quais estarão contidos no instrumento a ser construído (RODRIGUES DA SILVA et al., 2012; ROISEMAN, 2008). A maioria dos autores recomenda realizar uma revisão da literatura sobre o tema (CHOR et al., 2013; FRIEND et al., 2011; HSAIO et al., 2010a), dessa maneira foi realizada uma revisão de escopo com a finalidade de identificar assuntos relevantes para mensurar a adesão e conhecimento sobre o tratamento medicamentoso. Além disso, Hulley (2008) defende, nessa etapa, a utilização de abordagens de cunho qualitativo por meio de entrevistas individuais e/ou coletivas com pessoas relevantes para a pergunta da pesquisa.

Após essas etapas, a luz das etapas descritas, a primeira versão do instrumento em questão foi elaborada e submetida à avaliação por especialistas; essas etapas estão descritas nos itens subsequentes (Figura 02).

Figura 2: Síntese das etapas adotadas para construção e validação do instrumento de estudo segundo Lobiondo-Wood, Haber (2001); Pasquali (2010); Hulley (2008).



6.3.1.1.Revisão de Escopo

A revisão de escopo foi realizada segundo o protocolo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews Checklist) (TRICCO et al., 2018), com a finalidade de identificar assuntos relevantes para mensurar a adesão; essa revisão foi registrada no PROSPERO (Internacional Prospective Register of Sistematic Reviews): 2020 CRD42020157637. A revisão objetivou responder a seguinte pergunta: Quais fatores influenciam na adesão do paciente/pessoa a farmacoterapia de doenças crônicas? E tem o seguinte acrônimo PCC (População, conceito e contexto):

P: pacientes com doenças crônicas utilizando farmacoterapia

C: Fatores associados a adesão a farmacoterapia C: Não se aplica

Foram utilizados os seguintes descritores: Tratamento Farmacológico / Drug Therapy / Tratamiento Farmacológico; Educação de Pacientes como Assunto / Patient Education as Topic / Educación del Paciente como Assunto; Doença Crônica / Chronic Disease / Enfermedad Crónica; Adesão à Medicação / Medication Adherence / Cumplimiento de la Medicación; Patient Compliance; Treatment Adherence and Compliance.

A busca sistematizada foi realizada em junho de 2019 nas seguintes bases de dados: Scopus, Embase, PubMed e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as estratégias de buscas utilizadas em cada uma dessas bases estão descritas no apêndice A. A seleção dos estudos foi realizada utilizando o Software *Ryyan QCRI*®.

Os Critérios de inclusão desses artigos foram: escritos em inglês, espanhol ou português; tratar de fatores associados a adesão sobre farmacoterapia de doenças crônicas; estudo com adultos e/ou idosos, e pacientes com capacidade cognitiva. Os critérios de exclusão nessa revisão foram: editoriais, revisão narrativa, protocolo de estudo, adaptação transcultural, pacientes em cuidados paliativos, estudos envolvendo pacientes oncológicos, estudos realizados com cuidadores e população carcerária.

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes (AMRFG e MSAC) para evitar viés na inclusão e exclusão dos estudos, sendo as disparidades resolvidas por uma reunião de consenso.

Inicialmente, os títulos e/ou nos resumos foram triados para identificar os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos que não continham dados suficientes para a seleção pelo título e resumo, passaram pela leitura integral do texto.

Após a seleção dos estudos, as seguintes variáveis foram coletadas: autor e ano de publicação, localidade do estudo, idioma, doença/comorbidade crônica, desenho do estudo, número amostral, os fatores associados à adesão avaliados e se houve evidência estatística de associação. E ainda, os fatores associados à adesão foram classificados como barreira ou facilitador e alocados em um dos seguintes grupos, conforme proposto pela OMS: Fatores relacionados à farmacoterapia; Fatores relacionados à pessoa; Fatores relacionados com o sistema e equipe de saúde; Fatores socioeconômicos; Fatores relacionados à farmacoterapia e Fatores relacionados à doença (SABATÉ, 2003).

6.3.1.2. Abordagem Qualitativa

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (MAYKUT; MOREHOUSE R, 2001; MILLER; GLASSNER, 1997); visando responder a seguinte lacuna: “Identificar os fatores que influenciam na adesão à farmacoterapia segundo a percepção dos participantes”. Para a realização dessas entrevistas, foram convidados pacientes e profissionais de saúde cujos critérios de inclusão foram citados no item **5.2. População de estudo**.

A seleção dos profissionais de saúde foi realizada utilizando a amostragem intencional a qual se caracteriza pela escolha deliberada dos entrevistados visando obter dados mais fartos tendo em vista o objeto de estudo (YIN, 2016), dessa maneira, utilizando a rede de contatos do laboratório de pesquisa os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e ao aceitarem, durante a entrevista, foi perguntado sobre demais profissionais de saúde com o perfil requerido como possíveis indicações para participar da pesquisa, tal estratégia denomina-se *SnowBall* (MCINTOSH; MORSE, 2015). As entrevistas ocorreram até que a saturação dos dados fosse atingida, ou seja, os seja até que houve a repetição dos dados oriundos das entrevistas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Um total de dez profissionais de saúde foram entrevistados, sendo três farmacêuticos, dois enfermeiros, dois médicos, dois psicólogos e um nutricionista. O apêndice B apresenta a análise da saturação dos dados dos oriundos das entrevistas com os profissionais de saúde. Tais entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2021.

A seleção dos pacientes foi realizada utilizando a técnica de amostragem por conveniência a qual se caracteriza pela seleção de pessoas levando em consideração a sua pronta disponibilidade (YIN, 2016); nesse contexto, para a captação dos pacientes foi realizado um vídeo convidando os pacientes a participarem da pesquisa e divulgado em

redes sociais das pesquisadoras, do grupo de pesquisa “Centro de Pesquisas em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica” da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, bem como das redes sociais da referida Faculdade; esse vídeo tinha o contato para que o paciente demonstrasse interesse em participar da pesquisa, após esse contato, se o paciente dispusesse dos critérios de seleção, a entrevista era agendada em dia e horário combinados previamente. Essa estratégia foi importante uma vez que a coleta de dados foi realizada no contexto de pandemia provocada pelo novo coronavírus, dessa maneira, como se tratava de pacientes com doenças crônicas e, e então, propensos a desenvolver complicações oriundas da pandemia em questão (HAYBAR; KAZEMNIA; RAHIM, 2020) o isolamento social foi respeitado. As entrevistas foram realizadas até que se atingisse a saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008); um total de onze entrevistas foram realizadas e a saturação dos dados pode ser observada no apêndice C.

As entrevistas foram realizadas em conjunto com o trabalho: “Estudo das demandas educacionais necessárias para a autogestão do diabetes de pessoas que utilizam a insulina: avaliação qualitativa e revisão sistemática”, desenvolvido pela pesquisadora Carla Assad Lemos. Foi utilizada a plataforma *Google meet* e as entrevistas foram gravadas, bem como a leitura e aceite do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido). Após o agendamento da entrevista, o entrevistado foi avisado que deveria dar preferência por um ambiente tranquilo, reservado, sem poluição sonora que poderia desconcentrá-lo, com boa conexão da internet e que o faça se sentir à vontade; no caso de participantes que vão utilizar notebooks (checar se a câmera e os fones de ouvido estão funcionando).

As entrevistas foram realizadas com a presença das pesquisadoras: AMRFG e de CAL, sendo que AMRFG entrevistou os pacientes e CAL os profissionais, no entanto, ambas as pesquisadoras estiveram presentes em todas as entrevistas com a permissão do entrevistado e com câmera e áudio desligados; após a realização da entrevista, as pesquisadoras discutiram pontos estratégicos tendo em vista a melhora da condução da entrevista.

Para a condução da entrevista foi elaborado um roteiro semiestruturado com perguntas a serem realizadas aos profissionais de saúde (Apêndice D) e aos pacientes (Apêndice E). Com a finalidade de testar a validade do roteiro e a condução das entrevistas, foram realizadas duas entrevistas piloto com uma paciente e um profissional de saúde (as quais não compuseram o resultado final), após a transcrição e análise prévia dessas entrevistas os roteiros foram alterados, dessa maneira, as entrevistas posteriores

dos profissionais foram realizadas utilizando o roteiro presente no apêndice F e com os pacientes o roteiro presente no apêndice H.

As entrevistas foram transcritas com o auxílio do software de transcrição de entrevistas *Reshape* e conferidas pelas pesquisadoras AMRFG e CAL. Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas utilizando o *Atlas Ti* e segundo a análise de conteúdo dos dados, a qual caracteriza-se por estratégias que visam “dissecar” uma comunicação (seja escrita, falada, uma imagem...), ou seja, realizar uma interpretação profunda observando as palavras, gestos, expressões a fim de explicar/discutir sobre o objeto de estudo (BARDIN, 2016). Dentre as possibilidades acessíveis dentro da análise de conteúdo, e tendo em vista o delineamento de estudo adotado (entrevistas semiestruturadas) optou-se pela interpretação dos dados utilizando a seguinte estratégia: leitura flutuante (estabelecimento de contato com as transcrições das entrevistas por meio da leitura, juntamente com as impressões sobre as mesmas) e posterior interpretação com o objetivo de dividir em categorias e subcategorias pré-estabelecidas as quais serão descritas a seguir (BARDIN, 2016).

6.3.1.2.1. Categorias e subcategorias

Com o objetivo de responder a seguinte questão norteadora: “Quais os fatores que influenciam na adesão à farmacoterapia segundo a percepção dos profissionais de saúde e dos pacientes?”, e levando em consideração a que percepção pode ser definida como uma experiência consciente, interna e única de algo, ou seja, uma interpretação pessoal e subjetiva de uma experiência (HORTENSIUS et al., 2015; MARLEAU-PONTY, 2002) Nesse contexto, e tendo em vista o referencial teórico sobre a adesão apresentado no item 1.1. Revisão da literatura, as categorias foram elaboradas após a leitura e reflexão sobre o material obtido com as entrevistas e estão descritas no item 7. Resultados.

Além da alocação das interpretações oriundas das entrevistas em categorias e subcategorias, tais recortes foram classificados como uma barreira ou um facilitador para a adesão à farmacoterapia.

6.3.1.3. Elaboração dos itens do questionário.

Para a elaboração do referido questionário, tendo em vista a necessidade de abarcar as doenças crônicas de maneira geral, os fatores que influenciam a adesão encontrada na

revisão de escopo específica de uma única doença crônica, não foram considerados para a elaboração dos itens.

Todos os fatores (barreira ou facilitador) relacionados à adesão oriunda das entrevistas qualitativas foram correlacionados com os fatores oriundos da revisão de escopo com o objetivo de elaborar os itens do Questionário: “Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia” (BFAF) (Tabela 01); com relação ao escore, considerou-se a frequência absoluta do aparecimento da barreira ou facilitador durante a análise das entrevistas e revisão de escopo (Tabela 02).

Tabela 1: Barreiras e facilitadores para a adesão à farmacoterapia oriundas das categorias interpretadas dos profissionais de saúde, pacientes e da revisão de escopo com os respectivos itens do Questionário para identificar barreiras e facilitadores para a adesão

Profissionais (B ou F ¹)	Pacientes (B ou F ¹)	Revisão de escopo (B ou F ¹)	Item do questionário
Situação de desemprego (B)	-	Estar empregado (F)	<i>Item 1</i>
-	-	Estar aposentado (B)	<i>Item 1</i>
Presença de ansiedade, depressão e outros (B)	-	Doença mental (B)	<i>Item 2</i>
Paciente ter conhecimento sobre os medicamentos utilizados (F)	Orientação quanto a indicação, dose e horário do medicamento prescrito (F)	Educação em saúde (F)	<i>Item 3</i>
Falta de conhecimento sobre os medicamentos utilizados (B)	Falta de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa (B)	-	<i>Item 3</i>
Não ter conhecimento sobre a condição de saúde (B)	-	-	<i>Item 3</i>
-	Sentir-se motivado para o autocuidado pelos entes queridos (F)	-	<i>Item 4</i>
Disponer de uma rede de apoio para a aquisição e utilização do medicamento (F)	Incentivo da família, amigos e associação de pessoas com diabetes para a utilização do medicamento (F)	Apoio social (F)	<i>Item 4 e 5</i>
Não dispor de uma rede de apoio para a utilização do medicamento (F)	-	-	<i>Item 4 e 5</i>
Paciente com problemas de ordem emocional (B)	-	-	<i>Item 6</i>
Importância da escolaridade para entender as orientações (F)	-	Baixa escolaridade (B)	<i>Item 7</i>

Continua

Continuação

Profissionais (B ou F ¹)	Pacientes (B ou F ¹)	Revisão de escopo (B ou F ¹)	Item do questionário
Paciente adulto (B)	Paciente adulto (B)	Paciente idoso menor de 80 anos (F)	<i>Item 8</i>
-	-	Ter complicações relacionadas a doença crônica (F)	<i>Item 9</i>
-	Necessidade de cuidar de um familiar (B)	-	<i>Item 10</i>
Esquecimento (B)	Esquecimento (B)	Esquecimento (B)	<i>Item 11</i>
Não percepção da gravidade dos sintomas (B)	Utilizar o medicamento por “medo das consequências negativas” (F)	Percepção da gravidade da doença (F)	<i>Item 12</i>
Avanço científico na saúde como subsídio para adesão do paciente a terapêutica medicamentosa (F)	-	-	<i>Item 13</i>
Motivação para a autogestão dos problemas relacionados à terapia medicamentosa (F)	Não se sentir motivado para a utilizar o medicamento (B)	Sentir-se confiante (F)	<i>Item 13</i>
Aceitar a condição de saúde (F)	Aceitação da condição de saúde (F)	-	<i>Item 14</i>
Não aceitação da condição de saúde (B)	-	-	<i>Item 14</i>
-	Utilizar o medicamento em situações que diferem da rotina (F)	-	<i>Item 15</i>
Conhecimento sobre a condição e saúde (F)	-	Percepção de que se trata de uma doença crônica (F)	<i>Item 15</i>
-	-	Parar de utilizar o medicamento quando se sente melhor (B)	<i>Item 16</i>
Possibilidade de obtenção de medicamentos via SUS ² (F)	Facilidade para obtenção dos medicamentos devido aos programas oriundos do SUS (F)	Facilidade para de subsídios para aquisição de medicamentos (F)	<i>Item 17</i>
-	-	Acesso a medicamentos no consultório médico (F)	<i>Item 17</i>

Continua

Continuação

Profissionais (B ou F ¹)	Pacientes (B ou F ¹)	Revisão de escopo (B ou F ¹)	Item do questionário
Alto custo do tratamento para diabetes mellitus (B)	Alto custo do tratamento para diabetes mellitus (B)	Menor custo com o medicamento (F)	<i>Item 18</i>
-	O profissional de saúde adaptar a terapêutica medicamentosa segundo a situação econômica do paciente (F)	-	<i>Item 18</i>
Número de medicamentos utilizados (B)	Necessidade de organização do tempo/rotina (B)	Número de medicamentos utilizados (F)	<i>Item 19</i>
-	Não sentir à vontade em utilizar outros medicamentos devido ao grande número de medicamentos já utilizados (B)	-	<i>Item 19</i>
Tamanho do medicamento (B)	-	-	<i>Item 20</i>
Não percepção dos benefícios da terapêutica medicamentosa (B)	Não percepção dos benefícios da terapêutica medicamentosa (B)	Percepção dos malefícios da terapêutica medicamentosa (B)	<i>Item 21</i>
-	Percepção dos benefícios da terapêutica medicamentosa (F)	Percepção dos benefícios da terapêutica medicamentosa (F)	<i>Item 21</i>
-	-	Preocupação com a terapêutica medicamentosa (B)	<i>Item 21</i>
Acreditar no tratamento medicamentoso (F)	-	-	<i>Item 22</i>
Não acreditar no tratamento medicamentoso (B)	-	-	<i>Item 22</i>
-	-	Percepção da necessidade da terapêutica medicamentosa (F)	<i>Item 22</i>
-	-	Acreditar que o medicamento não é necessário (B)	<i>Item 22</i>
Presença de Reação Adversa ao Medicamento – RAM (B)	Suspensão do medicamento devido a RAM (B)	Reação Adversa ao Medicamento (B)	<i>Item 23</i>

Continua

Continuação

Profissionais (B ou F ¹)	Pacientes (B ou F ¹)	Revisão de escopo (B ou F ¹)	Item do questionário
-	Modificação da rotina provocado pela RAM (B)		<i>Item 24</i>
Adaptação dos horários dos medicamentos à rotina do paciente (F)	-	-	<i>Item 24</i>
-	Motivação para utilizar os medicamentos pois tem dificuldade de seguir o tratamento não medicamentoso (F)	Satisfação do paciente com a terapêutica medicamentosa (F)	<i>Item 25</i>
Decisões compartilhadas entre profissional de saúde e paciente (F)	Considerar as preferências do paciente para a seleção da terapêutica medicamentosa (F)	Incluir o paciente nas decisões sobre terapêutica medicamentosa pelos profissionais de saúde	<i>Item 25</i>
-	Não levar em consideração as preferências do paciente para a seleção da terapêutica medicamentosa (B)	-	<i>Item 25</i>
Profissional de saúde considerar a complexidade da pessoa (F)	-	-	<i>Item 26</i>
Profissional de saúde propor estratégias efetivas para a orientação na utilização de medicamentos (F)	-	Demonstração de respeito pelo prescritor às perguntas do paciente (F)	<i>Item 26</i>
Tempo gasto na consulta (F)	-	Tempo gasto na consulta médica (F)	<i>Item 26</i>
-	Paciente sentir-se acolhido pelo prescritor (F)	-	<i>Item 26</i>
-	Paciente sentir-se à vontade para esclarecer dúvidas (F)	-	<i>Item 26</i>
Validar o entendimento do paciente sobre a utilização dos medicamentos pelos profissionais de saúde (F)	-	Falar espanhol ²	<i>Item 27</i>

Continua

Conclusão

Profissionais (B ou F ¹)	Pacientes (B ou F ¹)	Revisão de escopo (B ou F ¹)	Item do questionário
Falta de informações sobre a terapia medicamentosa (B)	Falta de orientação sobre a terapêutica medicamentosa (B)	Ida a consulta médica (F)	<i>Item 27</i>
-	Importância da orientação sobre a terapêutica medicamentosa pelo profissional de saúde (F)	Orientações fornecidas pelo profissional ao paciente (F)	<i>Item 27</i>
Confiança no profissional de saúde (F)	Ter confiança no prescritor (F)	Confiança no prescritor	<i>Item 28</i>
-	Não ter confiança no prescritor (B)	-	<i>Item 28</i>
Incrementar estímulos positivos relacionados a utilização de medicamentos	-	-	<i>Item 29</i>
-	Ter o hábito de utilizar o medicamento (F)	-	<i>Item 30</i>
Paciente em situação de vulnerabilidade social (B)	-	-	<i>Item - cancelado</i>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 2: Explicação sobre os escores selecionados no Questionário: Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia

<i>Número de aparecimento na coleta de dados</i>	<i>Barreira</i>	<i>Facilitador</i>
<i>Uma vez</i>	-1	1
<i>Duas vezes</i>	-2	2
<i>Três vezes</i>	-3	3
<i>Não apareceu*</i>	0	0

*Para os casos em que somente a barreira ou o facilitador apareceu.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

A descrição dos itens da primeira versão do questionário BFAF está apresentada no 6.4. Elaboração e validação de conteúdo do Questionário: “Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia” (BFAF).

6.4. Validação de conteúdo do instrumento para a coleta de dados

O método utilizado para o processo de validação desse instrumento de estudo foi baseado nas recomendações de Streiner; Norman, (2008); Terwee et al., (2007) e de Pasquali, (2010).

Para a realização da validação de conteúdo foi utilizado um grupo de juízes composto por especialistas na área de farmácia clínica (STREINER, 2003; TERWEE et al., 2007). Os especialistas convidados foram profissionais de saúde doutores ou doutorandos com experiência em serviços de atendimento clínico a pacientes com doenças crônicas, e a seleção se baseou na rede de contatos do laboratório da pesquisadora em questão, antes da realização do convite, a pesquisadora observou a presença dos critérios de seleção no currículo anexado na plataforma Lattes pelo especialista. Foram convidados 22 juízes para participar dessa validação (LO et al., 2013) por meio de um convite via correio eletrônico, sendo que 10 juízes aceitaram participar do estudo.

Além disso, os especialistas receberam, também via correio eletrônico, uma carta com informações relevantes para realizar tal julgamento com o objetivo de esclarecer eventuais dúvidas (Apêndice H), além disso, a pesquisadora esteve à disposição via correio eletrônico e telefone para esclarecimentos.

Os juízes avaliaram a clareza e a pertinência de cada item, além de explanar sugestões sempre que julgarem necessário, para tanto o questionário foi enviado utilizando o aplicativo *Googleforms*, dessa maneira, a avaliação foi realizada utilizando o formato *on line*. O questionário com as sugestões e avaliações foi alterado pela pesquisadora e enviado novamente aos juízes juntamente com uma nova carta atualizada (Apêndice I), e as novas sugestões foram acatadas, quando pertinentes segundo o julgamento dos autores do instrumento, e foi calculado o IVC, sendo que é recomendável que o valor de IVC seja no mínimo 0,8, mas de preferência que esse valor seja maior do que 0,9 (POLIT; BECK, 2006).

6.5. Análise estatística

Os dados obtidos serão tabulados pelo programa Microsoft Office Excel® (Office 2013). Para a estatística descritiva dos dados coletados nesse estudo será utilizado a frequência absoluta e relativa (%) para as variáveis categóricas; bem como será utilizado a média e desvio padrão, ou mediana, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foi utilizado o software *AtlasTI*. Os dados obtidos foram analisados e categorizados utilizando a análise de conteúdo (BARDIN, 2016). Foi calculado o IVC sobre a pertinência e a clareza dos itens da seguinte maneira: número de itens considerados pertinentes divididos pelo número total de juízes e o

número de itens considerados claros divididos pelo total número de juízes (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017),

6.6.Aspectos éticos

Para assegurar os direitos dos participantes dessa pesquisa e cumprir as diretrizes e normas presentes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, esse trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – FCFRP número CAE: 15135519.0.0000.5403 (Anexo A). Os juízes foram convidados a participar da pesquisa por meio de assinatura do TCLE (Apêndice J).

O item 5.3.2.1. Abordagem qualitativa foi realizado conjuntamente ao trabalho “Estudos das demandas educacionais necessárias para a autogestão do diabetes de pessoas que utilizam a insulina: avaliação qualitativa e revisão sistemática” sob o parecer consubstanciado nº 4.418.475.

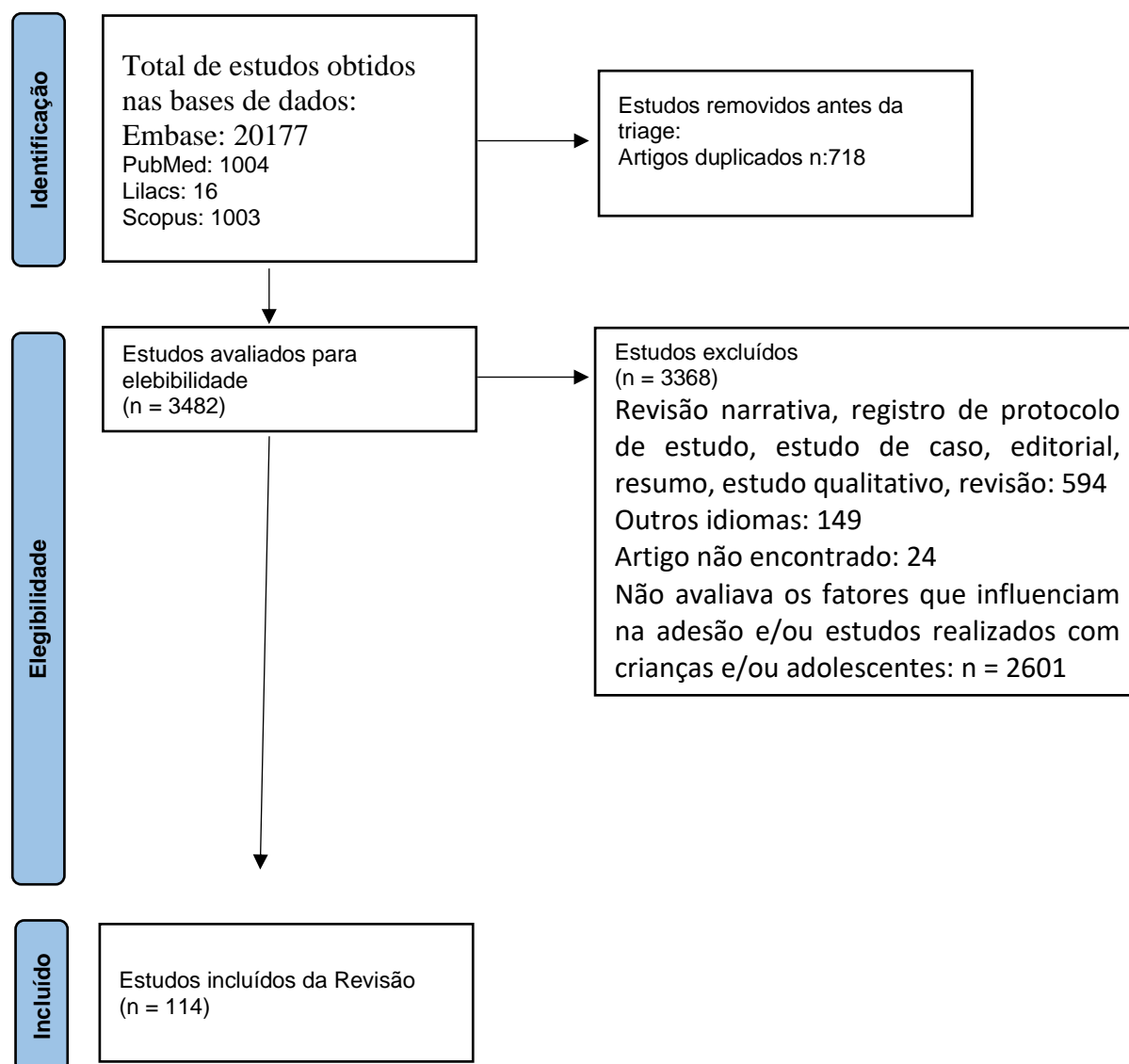
Os participantes serão informados sobre os objetivos dessa pesquisa, além de ser sido garantido pela pesquisadora o anonimato e a liberdade dos participantes de desistir a qualquer momento, todas essas informações estão contidas no TCLE.

7. Resultados

7.1.Elaboração do questionário

No que tange a revisão de escopo realizada nesse estudo, a busca na literatura resultou em 4200 artigos, dos quais, 718 (17,09%) eram duplicados e 3368 artigos (80,19%) foram excluídos segundo os critérios estabelecidos. Os fatores que influenciam na adesão foram extraídos de 114 estudos selecionados. A figura 4 apresenta o fluxograma de seleção dos estudos.

Figura 3: Fluxograma da seleção dos estudos adaptado de PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018).



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Com relação às características dos estudos, 13 (11,40%) foram realizados apenas com a população idosa e um (0,88%) foi realizado com gestantes, enquanto o restante (N: 100, 92,98%) foram realizados somente com adultos ou com adultos e idosos. A maioria dos (59,65%) estudos avaliaram os fatores que influenciam na adesão em somente uma condição crônica de saúde, e 38,42% (78) mensuraram a adesão por meio de técnicas subjetivas, 28 estudos (24,56%) utilizaram técnicas objetivas, enquanto oito (7,02%) utilizaram técnicas subjetivas e objetivas (Tabela 03).

Tabela 3: Características dos 114 estudos avaliados na revisão de escopo

Características dos estudos	Valores
População estudada n (%)	
Somente adultos, ou adultos e idosos e/ou idosos	100 (92,98%)
Gestantes	1 (0,88%)
Idosos	13 (11,40%)
Quantidade de condição crônica de saúde n (%)	
Apenas uma condição crônica de saúde	68 (59,65%)
Mais de uma condição crônica de saúde	46 (40,35%)
Técnica utilizada para mensurar a adesão n (%)	
Apenas técnicas subjetivas*	78 (68,42)
Apenas técnicas objetivas ¹	28 (24,56%)
Técnicas objetivas e subjetivas	8 (7,02%)
Número Amostral (Mediana, valor mínimo e máximo)	
114 estudos	357 (23, 66.4675)

*Questionários estruturados

¹Contagem de medicamentos, caixas organizadoras de medicamentos, monitorização terapêutica, resultado terapêutico.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Ainda no que tange a adesão por estratégias indiretas, a adesão autorreferida foi a mais utilizada (n: 81; 71,5%) e a maioria desses estudos utilizou o *Morisk Medication Adherence Scale* (41,97%) seguido pelo *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ) (20,98%). A **Tabela 04** apresenta os questionários utilizados para mensurar a adesão nos estudos que utilizaram a adesão autorreferida.

Tabela 4: Frequência total e relativa dos questionários utilizados pelos 81 estudos que mensuraram a adesão autorreferida.

Instrumento utilizado e referências^a	N* (%)
Morisk Medication Adherence Scale ¹	34 (41,97%)
Beliefs about Medicines Adherence Scale (BMQ) ²	17 (20,98%)
Medication Adherence Report Scale (MARS) ³	7 (8,64%)
Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)(DEGROOTE et al., 2014; HUERTAS-VIECO et al., 2014)	2 (2,46%)
Uso de medicamentos e Auto-eficácia (MUSE)(ZHANG et al., 2018); Adherence Refills and Medication Sacale Korean (PARK et al., 2018a); Basel Assesmtment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (DENHAERYNCK et al., 2018); Case Adherence Index (DEGROOTE et al., 2014); Chinese Medication Adherence Sacale (CMAS)(XIA et al., 2015); Hill Bone Complice Questionnaire(ETEBARI; PEZESHKI; FAKOUR, 2019); Medication Adherence Self-Efficacy Scale (UNNI; SHIYANBOLA, 2016); Medication Complice Questionnaire(AHMED; ASLANI, 2014); Perceived Sensitivity to Medicines Scale (PSM) (WEI et al., 2017); The 6*item Girerd Complice Test(LEFORT et al., 2018); The Hipertensive Patient’s Drug Adherence Questionnaire(HSAIO et al., 2010b); Tool for Adherence Bahavior Screening (TABS)(WEST; BORG THEUMA; CORDINA, 2020)	1 (1,23%)

^aAlguns estudos utilizaram mais de um questionário, porém, a frequência relativa foi calculada da seguinte maneira: $n*100/81$.

*Frequência total e absoluta dos estudos que avaliaram os fatores que influenciam na adesão realizado em cada questionário citado na linha.

¹(AMBAW et al., 2012; AWAD; OSMAN; ALTAYIB, 2017; AWWAD et al., 2015; BURGE et al., 2005; IDIÁQUEZ et al., 2018; CANTUDO-CUENCA et al., 2014; DABAGHIAN et al., 2016; DE LOURDES SOUZA DEWULF et al., 2006, 2007; DING et al., 2018; DURAND et al., 2018; FORTUNA et al., 2018; HAINES et al., 2018; HARO MÁRQUEZ COLS, 2015; HATAH et al., 2015; HEISSAM; ABUAMER; EL-DAHSHAN, 2015; HERNANDEZ-TEJADA et al., 2012; HOLT et al., 2010; KELLICI; MIRACI; FIDA, [s.d.]; KOLIOS et al., 2019; LANGLEY; BUSH, 2014; LI et al., 2016; MANN et al., 2009; MARCUM et al., 2013; MEKONNEN et al., 2017; NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016; PARK et al., 2018a, 2013; PRADHAN; PANDA, 2018; REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014; SMALLS et al., 2015; TAN et al., 2016; UNNI; SHIYANBOLA, 2016; WEISS; BARTOV, 2011)

²(CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; DURAND et al., 2018; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007; HARO MÁRQUEZ COLS, 2015; KOLIOS et al., 2019; KRAUSKOPF et al., 2015; LEMAY et al., 2018; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; PARK et al., 2018a; RUSSELL; KAZANTZIS, 2008; TAVARES et al., 2016; TURRISE, 2016; UNNI; SHIYANBOLA, 2016; WEI et al., 2017; WEST; BORG THEUMA; CORDINA, 2020)

³(AXELSSON et al., 2011; CHEUNG et al., 2014; KRAUSKOPF et al., 2015; LEMAY et al., 2018; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; TURRISE, 2016; WEI et al., 2017)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Os estudos foram realizados em 41 diferentes países, a maioria nos Estados Unidos da América (EUA) (38,6%) e seis estudos (5,62%) foram realizados no Brasil (Tabela 05).

Tabela 5: Frequência Total (n) e relativa (%) dos países cujos estudos avaliaram a adesão (n: 114).

País	N* (%)
EUA	44 (38,6%)
Brasil, Reino Unido	6 (5,26%)
China, Espanha	5 (4,39%)
Etiópia	4 (3,51%)
Alemanha, Bélgica, Canadá, França,	3 (2,63%)
Índia, Irã, Israel, Itália, Coreia	
Austrália, Malásia, Suécia, Suíça e	2 (1,75%)
Taiwan	
Albânia, Áustria, Catar, Chile, Egito,	1 (0,88%)
Emirados Árabes Unidos, Irlanda, Japão,	
Jordânia, Kuwait, Líbano, Malta, México,	
Nova Zelândia, Países Baixos, Singapura,	
Sudão, Turquia	

*Frequência total e absoluta dos estudos que avaliaram os fatores que influenciam na adesão realizado em cada país citado na linha.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Com relação ao desenho de estudo adotado para avaliar os fatores que influenciam na adesão, apenas 4 (3,51%) eram ensaios clínicos, sendo que o restante apresentou delineamento observacional e destes, a maioria (N: 48, 42,11%) apresentou delineamento transversal (Tabela 06). A descrição completa dos estudos encontra-se no Apêndice J.

Tabela 6: Desenhos de estudo dos 144 artigos que avaliaram os fatores que influenciam da adesão.

Desenho de estudo*	N¹ (%)
Estudo transversal	48 (42,11%)
Observacional	29 (25,44%)
Estudo de coorte	17 (14,91%)
Estudo prospectivo observacional	5 (4,39%)
Estudo retrospectivo observacional	4 (3,51%)
Estudo longitudinal, Revisão retrospectiva	2 (1,75%)
Caso controle, Inquérito de base populacional transversal e self-controlled case-crossover	1 (0,88%)

*Segundo a classificação apresentada pelos autores do estudo.

¹ Frequência total e absoluta dos estudos que avaliaram os fatores que influenciam na adesão realizado em cada país citado na linha

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Dos 114 estudos foi extraído um total de 1080 fatores relacionados com a adesão à farmacoterapia; destes, a maioria (n:415; 38,42%) foram classificados dentro da dimensão socioeconômico, 241 (22,40%) relacionados ao paciente, 172 (18,92%) relacionados com a farmacoterapia, 169 (15,64%) relacionados com a doença e 82 (7,59%) relacionados com a equipe e o sistema de saúde. Todos os fatores encontrados (que tinham ou não evidência de associação) juntamente com as referências dos 144 estudos estão descritos no apêndice J.

Os fatores que apresentaram evidência de associação da adesão com a doença crônica correspondente estão descritos na tabela 07; é possível observar que a maioria dos fatores se repetem nas mais diversas doenças crônicas. O apêndice K apresenta todos os fatores extraídos dos respectivos 144 estudos.

No que tange aos fatores socioeconômicos, dentre os facilitadores para a adesão, ressalva-se a renda, idosos menores de 80 anos e não residir sozinho, o gênero feminino aparece tanto nos facilitadores, como nas barreiras; fatores como consumo de álcool, tabagismo, e drogas ilícitas apareceram dentre as barreiras, no entanto, encontrou-se tais fatores somente em estudos no contexto do hipotireoidismo e do HIV, respectivamente.

Com relação aos fatores relacionados à farmacoterapia, destacam-se a percepção da melhora após utilizar o medicamento, e dificuldades para utilizar o medicamento como aparecimento de Reação Adversa ao Medicamento (RAM) e desconfortos causados

pelo medicamento na rotina; o maior número de medicamentos utilizados foi coletado como barreira e facilitador nos estudos incluídos nessa revisão.

Os fatores relacionados à formação e vínculo com a equipe de saúde destacam-se dentre os facilitadores na dimensão sistema e equipe de saúde, indo ao encontro com a falta de vínculo (utilização de maior número de médicos e farmácias) que estão entre as barreiras, juntamente com maiores visitas aos serviços de urgência e emergência.

Dentre os facilitadores relacionados à pessoa, vale destacar a motivação, o sentir-se capaz de realizar o tratamento (autoeficácia) e a educação em saúde, dentre as barreiras, destaca-se não estar motivado, sentir-se incapaz e parar de utilizar o medicamento quando percebe melhoras clínicas. Com relação aos fatores relacionados à doença, observa-se que a severidade da doença, presença de comorbidades se destacam, porém aparecem tanto nos facilitadores quanto nas barreiras.

Tabela 7: Barreiras e facilitadores que influenciam na adesão segundo a revisão de escopo (n: 144) em uma ou mais de uma doença crônica.

<i>Uma doença crônica</i>	<i>Duas ou mais doenças crônicas</i>
Facilitadores	
<i>Fatores socioeconômicos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diabetes Melitus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Maior idade
Ter companheiro	Renda
Acesso à subsídios para a aquisição de medicamentos	Falar espanhol ²
Suporte social	Escolaridade
Ter plano de saúde	Gênero (feminino)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Doença Renal crônica</i> 	Acesso à subsídios para aquisição de medicamentos
Maior Idade	Etnia
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dor Crônica</i> 	Estar empregado
Maior Idade	Ter companheiro
Acesso à subsídios para a aquisição de medicamentos	Custo do medicamento (menor custo)
Escolaridade	Ter uma religião
<ul style="list-style-type: none"> • DPOC¹ 	Histórico prévio de adesão familiar
Maior idade	Apoio social
Etnia	
Renda	
<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 	
Gênero (feminino)	
<ul style="list-style-type: none"> • Glaucoma 	
Maior idade	

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Facilitadores

Fatores socioeconômicos

- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Maior idade
- Escolaridade
- Estar empregado
- Gênero (mulher)
- Residir em área urbana
- Apoio familiar
 - Hipotireoidismo
- Maior idade
- Ser aposentado
 - Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Maior idade
- Osteoporose
- Gênero (mulheres)
 - Urticária crônica
- Maior idade
 - Esquizofrenia
- Educação em saúde
 - Doenças inflamatórias intestinais
- Ter companheiro
- Residir em cidade diferente da qual se recebe o atendimento
 - HIV
- Renda
- Escolaridade
 - Depressão
- Idade
- Asma
- Renda
- Escolaridade

Barreiras

- Dor crônica
 - Depressão
 - Gênero (mulheres)
 - Epilepsia
 - Idade (mais velhos)
 - Diabetes
 - Gênero (mulher)
 - Estar desempregado
- Ocupação (estar aposentado)
 - Gênero (mulher)
 - Etnia (negros)
 - Ter companheiro
 - Filhos economicamente ativos
 - Número de pessoas vivendo em casa
 - Custo do medicamento
 - Local de residência (locais mais carentes)
 - Adicionar um familiar no plano de saúde

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Barreiras

Fatores socioeconômicos

Custo com a insulina

- Dislipidemia

Gênero (mulher)

- HAS

Gênero (mulher)

- Esquizofrenia

Etnia (negros)

- HIV

Tabagismo

Uso de drogas ilícitas

- Esclerose múltipla

Nível socioeconômico do bairro de residência

- Gota

Escolaridade

- Doenças respiratórias crônicas

Idade superior a 80 anos

Pessoas que se vacinaram contra a influenza

- Hipotireoidismo

Consumo de álcool

Tabagismo

Fatores relacionados com a farmacoterapia

Facilitadores

- HAS

Número de medicamentos utilizados (maior)

Utilização de medicamentos para outras comorbidades

Maior número de administração por dia

Número de Medicamentos Utilizados

Tempo que utiliza os medicamentos (maior)

- Epilepsia

Maior frequência de doses ao dia

Ter crise epilética após uma dose esquecida do medicamento

- Depressão

Utilizar o medicamento de referência

Número de medicamentos utilizados (maior)

- HIV

Número de medicamentos utilizados

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Facilitadores

Fatores relacionados à farmacoterapia

- Asma

Utilizar monoterapia
Número e medicamentos utilizados (maior)

- Diabetes Melitos

Transportar a insulina

- Artrite reumatoide

Utilizar o medicamento de origem biológica

Barreiras

- Insuficiência Cardíaca Congestiva

Utilização de dose menor da digoxina
Número de medicamento utilizados

- Dor crônica

Reações Adversas ao Medicamento
Número de medicamentos utilizados

Uso de estatinas com antidepressivos
Reação Adversa á medicamentos
Número de medicamentos utilizados (maior)
Frequência e dose diária de medicamentos (maior)
Utilizar organizadores de medicamentos
Utilização de medicamento inadequados para idosos*

Automedicação

- HAS

Maior tempo de utilização do medicamento

- HIV

Mudança do Antirretroviral
Número de medicamentos utilizados (maior)
Posologia mais complexa

- Diabetes Melitos

Reação Adversa a Medicamento

- Artrite Reumatoide

Utilizar o medicamento tradicional (não biológico)

Relacionado com o sistema e a equipe de saúde

Facilitadores

- Insuficiência Cardíaca Congestiva

Maior número de consultas ao médico
Maior duração da consulta médica

Acesso à serviços de saúde no ambiente de trabalho
Ser acompanhado por um agente de saúde
Acesso a medicamentos no consultório médico

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Facilitadores

Relacionados ao sistema e a equipe de saúde

- HIV

Monitoramento da adesão pelos prescritores

Confiança no médico

- Depressão

Acesso ao serviço de *delivery* das farmácias

Frequência das consultas

- HAS

Menor distância até o serviço de saúde

Boa relação com o prescritor

Preocupação que o prescritor demonstrou

a respeito das perguntas do paciente

Esforço do profissional para incluir o

paciente nas decisões

Informações fornecidas pelo profissional

ao paciente

- Asma

Diagnóstico fornecido pela Atenção

Básica de Saúde

Consulta ao médico clínico geral

- Artrite Reumatóide

Ida à consulta médica

Hipotireoidismo

Satisfação com as orientações médicas

recebidas

Barreiras

- Hipotireoidismo

Adiar consulta médica

- HAS

Maior número de prescritores utilizado

Número de farmácias utilizadas (maior)

Número de atendimentos nos serviços de urgência e emergência

Insatisfação com o sistema de saúde

Relacionados com a pessoa

Facilitadores

- HAS

Satisfação do paciente com a farmacoterapia

Percepção dos benefícios da farmacoterapia

Capacidade de ler rótulos

Percepção da severidade da doença

Motivação

Qualidade de vida relacionada à saúde

Educação em saúde

Qualidade de vida relacionada à saúde física

Traço de personalidade: amabilidade

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Facilitadores

Relacionados com a pessoa

Qualidade de vida relacionada à saúde mental

Atitude sobre a doença

Educação em saúde

Estilo de vida saudável

Aceitação da farmacoterapia

Metamemória

Boa autoavaliação do estado de saúde

Hábito de utilizar o medicamento

Autoeficácia

- Doença renal crônica

Comportamento vigilante com a informação recebida

Percepção da necessidade do medicamento maior do que a preocupação com o mesmo

- Insuficiência Cardíaca Congestiva

Educação em saúde

Percepção da necessidade do medicamento

- HIV

Crença na autoeficácia

Confiança na farmacoterapia

Acreditar nos benefícios da farmacoterapia

Qualidade de vida

Percepção da necessidade da farmacoterapia

Valorizar as pessoas

Valorizar Deus e as crianças

Acreditar que a medicação impede que a doença piore

- Depressão

Maior crença na necessidade do que nos malefícios da farmacoterapia

- Dor crônica

Percepção de que se trata de uma doença crônica

Traço de personalidade:

conscienciosidade

Conhecimento sobre as complicações

Autopercepção da saúde

Necessitar de ajuda para realizar as atividades diárias

Conhecimento sobre a farmacoterapia

Percepção dos benefícios da farmacoterapia

Preocupação com a aprovação social

Sentir-se confiante

Percepção na necessidade da farmacoterapia

Maior crença na necessidade do que nos malefícios da farmacoterapia

Ter um membro da família com doença crônica

Autoavaliação em saúde

Consciência sobre a doença

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Facilitadores

Relacionados com a pessoa

Acreditar na necessidade da farmacoterapia

- Epilepsia

Autoeficácia

- Diabetes Mellitos

Empoderamento

DM

Educação em saúde

Motivação

- Asma

Personalidade: neuroticismo

Personalidade: Conscienciosidade

Percepção sobre a farmacoterapia: alta necessidade e baixa preocupação e baixa percepção de "ameaça")

Alto controle pessoal, baixa consequência da doença, alto controle do tratamento, bom entendimento sobre a doença e baixa representação emocional

Aceitação estimulada pela doença

- Hipotireoidismo

Conhecimento em saúde

- Esquizofrenia

Educação em saúde

- HAS

Ansiedade no diagnóstico

Baixa qualidade de vida relacionada à saúde

Preocupação com a farmacoterapia

Cuidados elevados com a saúde

- Dor crônica

Crença que o controle da doença depende de si próprio

Sentir-se incapaz

Sentir- debilitado fisicamente devido a dor

Barreiras

Percepção dos malefícios da farmacoterapia

Traço de personalidade: neuroticismo

Ter estresse pós-traumático

Limitação da função física

Quedas

Acreditar que os medicamentos prescritos podem ser substituídos por medicamentos tradicionais (caseiros)

Acreditar que a Reação Adversa ao medicamento é pior do que os efeitos da doença

Tensão no trabalho

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Barreiras

Relacionados a pessoa

Desejo de comportamento de solicitude dos outros

Percepção de que os sintomas são cíclicos

Percepção pessoal de que pode controlar os sintomas

Preocupação com a farmacoterapia

- HIV

Percepção dos malefícios da farmacoterapia

Preocupar-se com a medicação

- Depressão

Percepção dos malefícios da farmacoterapia

- Diabetes Mellitos

Acreditar que tem DM somente quando a glicose está alta

Não acreditar nas consequências do DM

Acreditar que o DM tem sintomas leves

Acreditar que tem baixo controle do DM

Acreditar que não precisa dos medicamentos quando a glicose está normal

Preocupar-se com os efeitos adversos dos medicamentos

Preocupar-se com a dependência do medicamento

Acreditar que é difícil utilizar os medicamentos

Não ter confiança que seja possível controlar o DM

Acreditar que o DM interfere na vida social

DPOC

Sentir-se preocupado com a doença

Sentir-se afetado emocionalmente pela doença

Sentir-se preocupado com a medicação

Parar de utilizar o medicamento quando se sente melhor

Sentir-se preocupado com a farmacoterapia

Sofrer uma lesão pessoal

Hospitalizações na família

Esquecimento

Acreditar que o medicamento não é necessário

Continua

Continuação

Uma doença crônica

Duas ou mais doenças crônicas

Barreiras

Relacionados com a pessoa

- **Glaucoma**

Ter necessidade de cuidados

- **Artrite Reumatoide**

Interromper o medicamento aos
melhora clínica

Relacionados à doença

Facilitadores

HAS

Ter complicações causadas pela doença
crônica

Impacto da HAS no estilo de vida
Comorbidade

Severidade da doença crônica

Doenças inflamatórias intestinais
Tempo com doença de Crow (até cinco
anos de duração são mais aderentes)

Ter câncer

Ter HIV

Severidade da doença (Envolvimento do
cólon e doença de Crow)

Dependência para realizar as atividades
diárias

Dor crônica

Boa condição e saúde

Intensidade da dor

AIDS

Modo de transmissão (Os que tiveram
transmissão sexual do HIV são mais
aderentes)

Asma

Depressão

DM

Comorbidade

Hipotireoidismo

Tempo com hipotireoidismo

Artrite reumatoide

Comorbidade

Barreiras

- Depressão

Comorbidades

Severidade da doença (estudo
transversal) ³

Severidade da depressão

Ter depressão

- DM

Ter osteoporose

Sintomas depressivos

Número de doenças crônicas

Comorbidades

Limitação causada pela doença crônica

- Epilepsia

Ansiedade e pânico

Comorbidade

Reação aguda provocada pelo stress

Continua

Conclusão

*Uma doença crônica**Duas ou mais doenças crônicas***Barreiras***Relacionados à doença*

Glaucoma

Duração da doença (mais de um ano)

Sintomas de depressão

- HAS

Maior Tempo desde o diagnóstico

Doença mental

Comorbidade

- AIDS

Número de doenças crônicas

Queixas neurocognitivas³Estágio do HIV³

Depressão

- Hemodiálise crônica

Depressão

- Doenças respiratórias crônicas

Comorbidade

Gravidade da doença³

- Hipotireoidismo

Comorbidade

- Urticária crônica

Maior tempo de duração da doença

Ter comorbidade

Glaucoma

Maior tempo de diagnóstico

Estado saúde

Miastenia gravis

Baixa qualidade de vida associada á

miastenia gravis

Depressão

¹Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica²Língua a qual, no contexto do estudo realizado, facilitava a comunicação com os profissionais de saúde.³Paciente não aderente, portanto, doença com maior severidade

*Situação peculiar dessa faixa etária

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Ainda dentro do escopo da elaboração do questionário em questão, no que tange a abordagem qualitativa, todos os profissionais de saúde entrevistados tinham mais de cinco anos de experiência no atendimento de pacientes utilizando medicamentos para condições de saúde crônicas, e as demais características sociodemográficas podem ser observadas na tabela 08.

Tabela 8: Características sociodemográficas dos profissionais (n: 10) submetidos a entrevista semiestruturada.

Categoria profissional	Nome	Idade	Tempo de experiência	Local de trabalho atual	Cidade/Estado	Pós-graduação
Farmacêutica	Alice	46	17 anos	Unidade Básica de Saúde	Ribeirão Preto / SP	Não
Enfermeira	Mara	41	15 anos	Unidade Básica de Saúde	Pontal / SP	Latu Sensu
Enfermeira	Sara	40	17 anos	Consultoria em saúde; clínica de diabetes; voluntariado em um centro de diabetes	São Paulo /SP	Latu e Strito Sensu
Psicóloga	Roberta	38	14 anos	Consultório privado; clínica de diabetes	São Paulo	Strito e Latu Sensu
Médica	Sônia	59	36 anos	Consultório privado	Ribeirão Preto/SP	Strito e Lato Sensu
Psicóloga	Fernanda	36	13 anos	Consultório Privado	São Paulo/SP	Strito Sensu
Farmacêutica	Márcia	36	11 anos	Unidade Básica de Saúde	Flores da Cunha / RS	Strito e Lato Sensu
Nutricionista	Raqueil	28	5 anos	Unidade Básica de Saúde	Luiz Antônio / SP	Lato Sensu
Farmacêutico	Jonas	55	32 anos	Estratégia da Saúde Família; Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Divinópolis /MG	Lato Sensu
Médica	Flávia	42	19 anos	Docente em uma faculdade de medicina	São Paulo/SP	Strito e Lato Sensu

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Os pacientes entrevistados são oriundos de seis diferentes estados do Brasil, e todos possuem pós-graduação completa (Tabela 9).

Tabela 9: Características sociodemográficas dos pacientes (n: 11) submetidos a entrevista semiestruturada.

Nome	Idade	Escolaridade	Cidade onde reside	Condições Crônicas de Saúde	Profissão	Medicamento/dia ¹
Flávia	51	Pós-graduação	Barueri/SP	HAS e DMI	Empresária	7
Lídia	40	Pós-graduação	São Paulo/SP	Hipotireoidismo e Diabetes Melitos Tipo I	Jornalista	4
Joana	47	Pós-graduação	Primavera do Leste/MT	Ansiedade e DMI	Professora	4
Carina	32	Pós-graduação	Inconfidentes/SP	DMI e Hipotireoidismo	Bióloga / Estudante de Doutorado	6
Helena	54	Superior completo	São Sebastião do Paraíso/MG	HAS e DMI	Autônoma	4
Sérgio	71	Superior completo	Indaiatuba/SP	DMII e HAS	Aposentado	4 ²
Nicole	59	Superior completo	Orlândia/SP	Diabetes Melitos Tipo II e HAS	Engenheira Civil	13
Sara	41	Superior Completo	Rio Grande/RS	HAS E DMI	Farmacêutica	7
Marlene	47	Superior Completo	Teresina/PI	DMI	Administradora	4
Geralda	53	Superior Completo	Petrolina/PE	DMI, Tireóide de Hasimoto, Vitiligo	Professora	4 ²
Célia	44	Superior Completo	Teresina/PI	HAS e DMI	Servidora pública federal	9

¹ Número de medicamentos utilizados por dia autorreferido pelo entrevistado.

²Paciente não soube relatar com certeza a posologia utilizada

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Tendo em vista facilitar a comparação entre os fatores que foram interpretados das falas dos pacientes e dos profissionais de saúde, e a semelhança, sobretudo das categorias, entre os dois grupos de entrevistados supracitados, as categorias, as subcategorias, os fatores de ambos os grupos e alguns trechos das entrevistas estão descritos na tabela 10 juntamente com as figuras ilustrando cada uma das categorias interpretadas, e ainda, todos os trechos alocados em cada uma das categorias podem ser consultados no Apêndice K (profissionais de saúde) e Apêndice L (Pacientes).

Tabela 10: Categorias e Subcategorias interpretadas das entrevistas com os profissionais de saúde (n: 11) e com os pacientes (n:10) utilizando farmacoterapia para doenças crônicas.

Categoria	Descrição	Trecho correspondente oriundo da entrevista com os profissionais e pacientes
Não Adesão Não intencional	O esquecimento, não correlacionado com comorbidades, emergiu das entrevistas dos profissionais de saúde, bem como dos pacientes, como uma barreira para a adesão no que diz respeito a um comportamento não intencional ¹	<p>“<i>Guardar os horários, porque tem muita gente que vai dormir, dorme, e esquece de tomar</i>” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).</p> <p>Nicole: “<i>o que afeta é realmente lembrar, é igual tudo isso que eu tenho que tomar, de manhã, na hora do almoço. Igual, na hora do almoço eu sempre esqueço, se o José (marido dela) não está aqui, eu acabo esquecendo. É realmente lembrar que eu tenho que tomar, é uma coisa que eu tomo há tanto tempo e mesmo assim parece que tem uma coisa que me faz – antes eu era mais assim, igual agora eu tô ficando muito em casa por causa dessa pandemia, mas antes assim, eu deixava a insulina na gráfica também, e aí eu esquecia, aí eu tomava lá no meio do caminho, mas é mais o esquecimento</i>” (59 anos, superior completo).</p>
Motivação para utilizar Farmacoterapia	A motivação para a utilização da farmacoterapia foi apontada pelos profissionais de saúde como um fator que influencia na adesão, dentro dessa categoria estão incluídos as seguintes subcategorias que emergiram da interpretação dos profissionais de saúde: percepção da severidade dos sintomas, avanço científico na área da saúde; motivação para a autogestão; aceitação da condição de saúde ² e a subcategoria sentir-se motivado para utilizar a farmacoterapia a qual emergiu das entrevistas com os pacientes ³	<p>“<i>É que não tem dor, né, porque quando a pessoa tá com dor, ela vai tomar aquele medicamento, vamos supor, um antiinflamatório certinho, agora, a diabete como não tá causando nada e tá dando alguma reação adversa, eles guardam o medicamento</i>” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).</p> <p>Lídia: “<i>Então seja pra comer fora, seja pra sair, seja pra dançar, seja pra qualquer coisa, ela tá comigo, então ela é essencial, ela simboliza a minha vida, sem ela eu não existiria, não estaria mais aqui.</i>” “<i>Mas não é um fator impeditivo, então eu não tenho problema não, eu tenho que ter coragem, tenho que fazer a disciplinada, metódica, então chata também, porque eu acabei me tornando uma pessoa mais disciplinada e mais chata por causa disso sim.</i>” (40 anos, pós-graduação).</p>

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Trecho correspondente oriundo da entrevista com os profissionais e pacientes
Fatores Ligados ao Acesso aos Medicamentos	Um outro fator interpretado das entrevistas foram fatores relacionados ao acesso ao medicamento, os quais foram divididos nas seguintes subcategorias oriundas das entrevistas dos profissionais de saúde: acesso aos medicamentos via Sistema Único de Saúde (SUS) e custo com a farmacoterapia ⁴ ; e com relação aos pacientes, as subcategorias são: custo com o medicamento; acesso aos medicamentos via SUS; acesso aos serviços de dispensação de medicamentos ⁵ .	<p>“esses medicamentos, por exemplo, eles (os pacientes dela) têm acesso pela secretaria da saúde, então não é uma dificuldade financeira pra aquisição dos mesmos.” (Roberta, psicóloga, 14 anos.</p> <p>Joana: “faz uns dois anos que a insulina tem vindo direto no SUS, não tem faltado, então tem que renovar o processo a cada três meses, foi difícil agora na pandemia, por conta, ah, o diabético tem que se cuidar em relação ao vírus, então evitar saídas, mas aqui no Mato Grosso eles não autorizaram o processo automaticamente, renovação do processo, então teve que ir pra médico, teve que ir pra laboratório, faz exame, mas fui fiz com todos os cuidados e até a semana passada fui novamente fazer a renovação de todos os exames pra levar pra Farmácia de alto custo, então isso aí é um pouquinho chato, mas é necessário” (47 anos, pós-graduação).</p>
Fatores ligados ao medicamento	Os profissionais de saúde e os pacientes relataram fatores relacionados aos medicamentos os quais, segundo a suas perspectivas, influenciam na adesão à farmacoterapia, das subcategorias emergidas da interpretação da fala dos profissionais de saúde: Complexidade da farmacoterapia; Aspectos envolvendo a aplicação da insulina; Crença na farmacoterapia; Reação Adversa ao Medicamento; Número de medicamentos utilizados ⁶ ; e dos pacientes: Crença na farmacoterapia; Número de Medicamentos utilizados; Reação Adversa ao Medicamento; Complexidade da farmacoterapia ⁷ .	<p>“Tem os mais variados né, às vezes quando você fala, por exemplo, hipotireoidismo, que ele só tem que tomar um remedinho de manhã em jejum, ou você tem que falar da metformina enfim falar outros medicamentos, às vezes é difícil colocar numa rotina, né, às vezes esse paciente também tá estafado, ele fala assim: - “eu não aguento mais uma medicação. É mais uma coisa pra eu cuidar” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).</p> <p>Nicole: “É igual o, como chama o lá, o Glifage sabe?! Ele assim, às vezes a dose não me faz sentir nada, mas tem dia que a dose parece que “aí que dose excessiva, sabe?!” (olha pra cima, revira os olhos, e expira forte). Então agora, eu tô conseguindo fazer e ir ao banheiro e fazer, vou usar o termo normal, fazer cocô todo dia, entendeu?! Porque teve um tempo que eu não tava funcionando meu intestino, né, aí dóia sabe?! Aí eu falei assim “nossa, então agora tá funcionando”. [participante relatou utilizar a seguinte posologia do referido medicamento: 0/0/4]. (59 anos, superior completo).</p>

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Trecho correspondente oriundo da entrevista com os profissionais e pacientes
Redes de apoio para a utilização do medicamento	Das falas dos participantes, emergiram as redes de apoio para a utilização do medicamento como facilitador para a adesão ao medicamento, tanto nos profissionais de saúde com a subcategoria apoio social ⁸ , quanto nos pacientes com as subcategorias: importância da participação em associação de pessoas com diabetes e apoio social para o uso do medicamento ⁹ .	<p><i>“Outro fator pra que ele entenda eu acho que é também o apoio familiar, eu acho isso muito importante, o acompanhamento nas consultas, porque de fato quando você, muitas vezes, até recebe o diagnóstico é algo muito impactante, então ter outra pessoa pra te apoiar, pra lembrar das orientações, pra tá lá, é algo que faz o meu trabalho de fato acontecer”</i> (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).</p> <p>Geralda: <i>“antes meu filho brigava muito, ele também tem diabetes e usa insulina, que ele dizia: manhinha olha você esqueceu de tomar a sua insulina, você esqueceu, sabe, então ele tava sempre oh: tá alta agora porque a senhora não deve ter tomado a sua correção, não deve ter feito, entendeu? Mas de tanto ele reclamar e ficar me chamando atenção, eu acabei ficando mais é, me policiando mais, entendeu? Graças a Deus, eu acho que já foi outro passo bom foi eu ter me disciplinado a usar com frequência essa danada”</i> (53 anos, pós-graduação).</p>
Fatores ligados ao prescritor	Por meio da interpretação oriunda falas dos profissionais de saúde e dos pacientes entrevistados, existem fatores que influenciam na adesão e que estão ligados ao profissional de saúde, as subcategorias interpretadas das entrevistas com os profissionais de saúde são: preferências do paciente para a seleção da farmacoterapia; orientação sobre a farmacoterapia; vínculo com o prescritor ¹⁰ ; e as subcategorias interpretadas das entrevistas dos pacientes são: Vínculo com o prescritor; Não confiança nos medicamentos dispensados pro parte do prescritor; Preferências do paciente para a seleção da farmacoterapia ¹¹ .	<p>(...) <i>“porque eu acho que toda vez que a gente fala das pessoas no geral, a gente não pode esquecer desse princípio básico e que são pessoas que por mais que queiram se cuidar, se tratar, eu acho que é muito difícil a gente ter pessoas que falam assim: -“nossa, não quero fazer nada mesmo”. Eu acho que é importante a gente entender, porque que cada um tá sofrendo daquela forma e o que que o impede de colocar essas ações em prol da sua saúde, em prol do seu cuidado em jogo né, colocar na prática mesmo.”</i> (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).</p> <p>Carina: <i>“Eu levei os mesmos exames para uma outra profissional, uma outra médica que me acompanha hoje e ela, ela leu os mesmo números, ela leu o mesmo resultado e ela disse olha não está bom mas o que a gente tem que fazer agora é, e ela me deu o passo a passo, e com o passo a passo eu fui melhorando [gesticula com as mãos enquanto fala], eu não melhorei de uma semana para outra, mas hoje eu tô, assim, infinitamente melhor do que quando eu cheguei com ela.”</i> (32 anos, pós-graduação).</p>

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Trecho correspondente oriundo da entrevista com os profissionais e pacientes
Fatores ligados aos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento	Da interpretação das falas dos profissionais de saúde e dos pacientes a categoria: fatores ligados aos conhecimentos e a habilidades para a utilização do medicamento foi criada com as subcategorias dos profissionais de saúde: Habilidade de ajuste de dose com base na rotina; Conhecimento sobre a farmacoterapia; Conhecimento sobre a doença ¹² ; e dos pacientes: Conhecimento sobre a farmacoterapia; Habilidade de ajuste de dose da insulina com base na rotina ¹³ .	<p>“Mas o que eu acho, na minha opinião, a maior questão é que as pessoas não entendem o significado daquele número, então como que a gente (se referindo aos pacientes) vai aderir a alguma coisa que eu não sei basicamente pra que serve” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).</p> <p>Sara: “eu não usava diurético né aí comecei a usar né agora, em questão, por causa que também fico muito tempo em pé e coisa aí incha muitos os pés né aquela coisa, então ele disse assim: então vamos entrar com o diurético aí para te ajudar né, então...” (41 anos, superior completo).</p>
Estigma social da condição de saúde	Das falas dos entrevistados emergiram o estigma social no que tange ao uso da insulina, tanto nos profissionais entrevistados ¹⁵ , quanto nos pacientes ¹⁶ .	<p>“Porque tem muitos pacientes, é, até eu hoje eu ainda vejo “ah eu vou trabalhar, eu não levo meus medicamentos” (como se estivesse reproduzindo falas dos pacientes), tem muita gente “ah eu não vou tomar a insulina na frente dos meus amigos de trabalho, eles vão achar que eu sou o que?” (como se estivesse reproduzindo falas dos pacientes), então tem todo um trabalho” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).</p> <p>Joana: “então ponho ali no colo, tento fazer escondidinho ali na mesa, mas sempre tem um que fica olhando, né (risos). Hoje eu já ligo menos. No começo, assim, aquilo me incomodava bastante, tipo assim “Tá me olhando por quê, né?! Nunca viu um diabético se furando?!” (risos), mas hoje já lido melhor com isso, mas isso assim acaba sendo meio chato, porque o outro também não tem obrigação de ficar vendo alguém se furar todo dia” (47 anos, pós-graduação).</p>

Continua

Conclusão

Categoria	Descrição	Trecho correspondente oriundo da entrevista com os profissionais e pacientes
Fatores peculiares a situação de vida da pessoa	Algumas características das pessoas foram apontadas como fatores que influenciam na adesão ao tratamento, oriundas das entrevistas com os profissionais resultando nas seguintes subcategorias: Estado emocional do paciente; Transtornos mentais; Acuidade visual; Habilidade cognitiva para compreender as orientações; Paciente em situação de vulnerabilidade social; Idade mais jovem; Gênero ¹⁷ ; e oriundas das entrevistas com os pacientes, resultados nas seguintes subcategorias: Gravidez e autocuidado; Necessidade de cuidar de um familiar; Idade mais jovem ¹⁸ .	“os fatores emocionais na mudança do estilo de vida, eles tão, uma pessoa que está instável emocionalmente, ela também não tem muita vontade de mudar nada. Uma pessoa com depressão, uma pessoa, ela não tem vontade de mudar nada. Ela não pensa no futuro igual a gente tá propondo pra ela” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência). “É, assim, a minha experiência...em primeiro lugar, no começo, é de negação, né, na gravidez eu fui muito correta, né, tanto é que eu era gorda na época mais gorda do que eu sou hoje, e eu não engordei um quilo, o que eu engordava, tipo assim, o que o meu filho engordava, eu emagrecia, né, então assim ficou ali, mas depois teve muitas épocas, ahh, tô nem aí sabe, vou comer mesmo, então fazia assim...eu media direto e reto, sabe?! Tem época que eu fico histérica, aí eu meço cinco, seis vezes por dia, aí tem época que eu não quero medir mais entendeu?!entrevistadas motivaram a adesão ao tratamento” (59 anos, superior completo).
Hábito de utilizar o medicamento	Ter o hábito de utilizar o medicamento também emergiu das falas dos pacientes como um facilitador para a adesão, sobretudo no que tange ao tempo que utiliza o medicamento ¹⁹ .	Sara: “É bem tranquilo, porque já tô acostumada, né, imagina quase 30 anos né fazendo uso, então para mim é bem, bem tranquilo, né, bem tranquilo... Não tenho problema nenhum, até prefiro, né porque eu sei que se eu for comer alguma coisa, pelo menos eu eu tenho a insulina ali que vai vai me ajudar” (41 anos, superior completo).

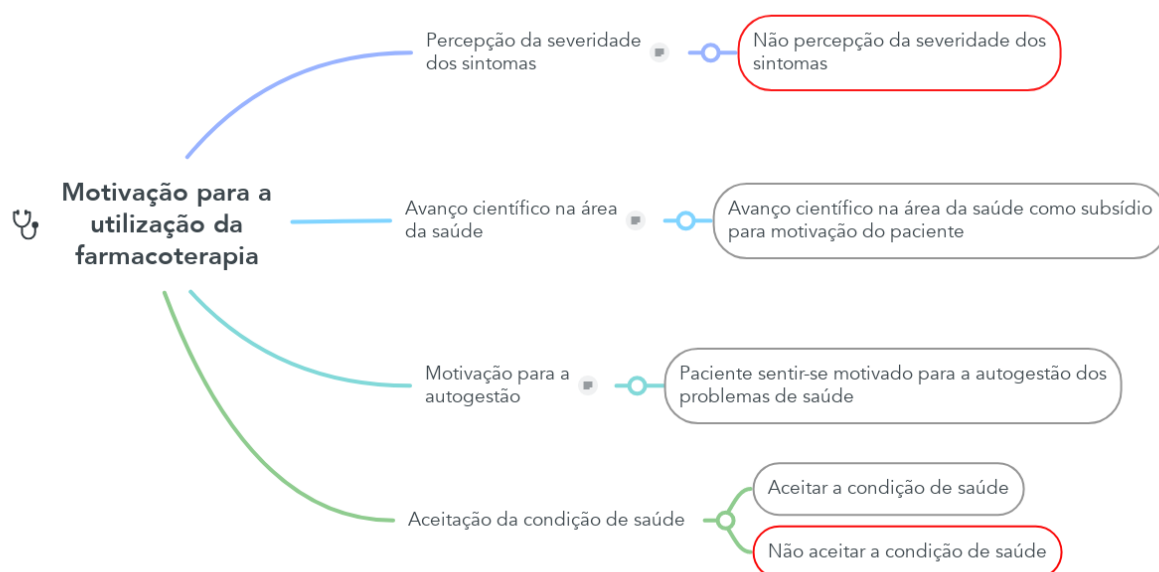
¹Categoria apresentada na Figura 05; ² Categoria apresentada na Figura 06; ³Categoria apresentada na Figura 07; ⁴Categoria apresentada na Figura 08; ⁵Categoria apresentada na Figura 09; ⁶Caegoria apresentada na Figura 10; ⁷Categoria apresentada na Figura 11; ⁸Categoria apresentada na Figura 12; ⁹Categoria apresentada na Figura 13; ¹⁰Categoria apresentada na Figura 14; ¹¹Categoria apresentada na Figura 15; ¹³Categoria apresentada na Figura 16; ¹⁴Categoria apresentada na Figura 17; ¹⁵Categoria apresentada na Figura 18; ¹⁶Categoria apresentada na Figura 19; ¹⁷Categoria apresentada na Figura 20; ¹⁸Categoria apresentada na Figura 21; ¹⁹Categoria apresentada na Figura 22

Figura 4: Categoria não adesão não intencional com barreira a adesão interpretada das entrevistas dos pacientes (n: 11) e dos profissionais de saúde (n:10).



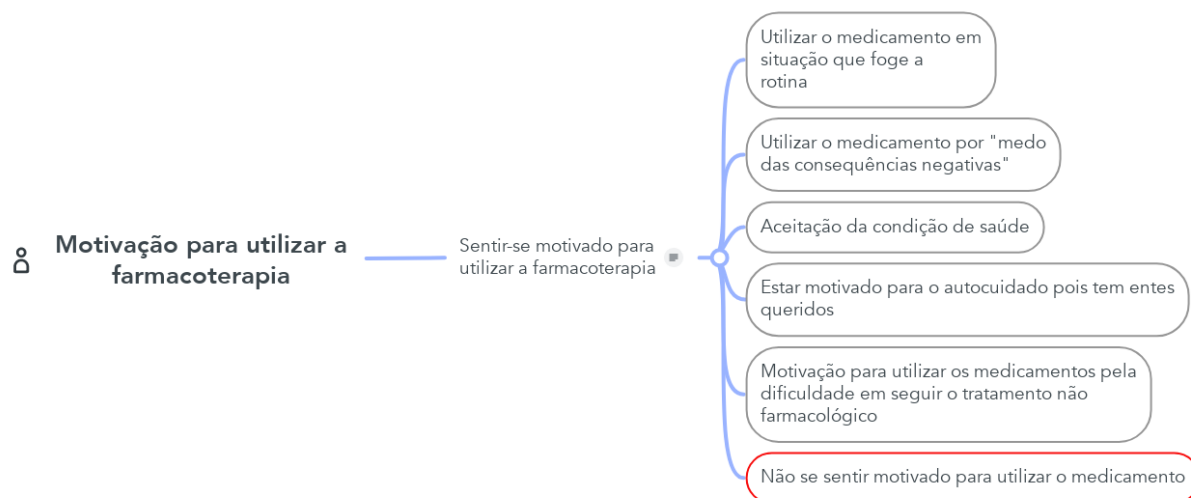
Fonte: Próprio autor

Figura 5: Categoria motivação para a utilização da farmacoterapia com subcategorias com facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais e saúde (n: 10)



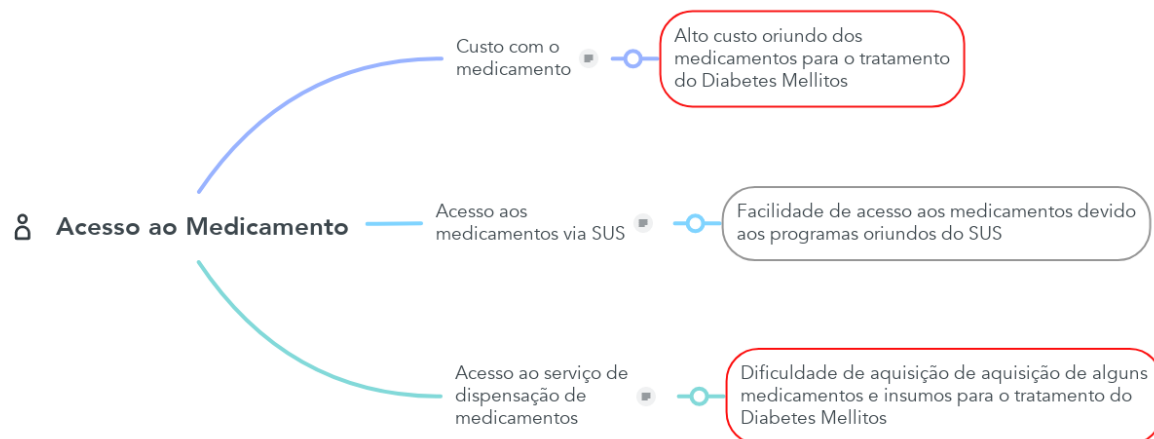
Fonte: Próprio autor

Figura 6: Categoria motivação para a utilização da farmacoterapia com subcategoria seguida dos facilitadores (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



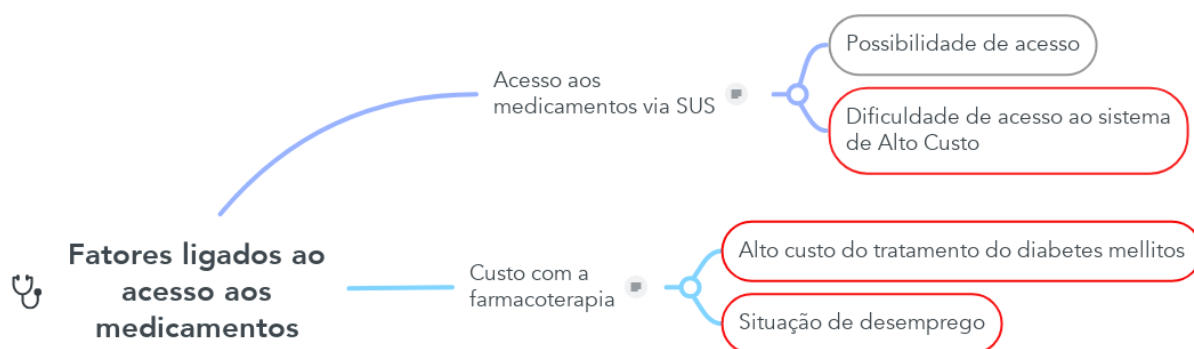
Fonte: Próprio autor

Figura 7: Categoria fatores ligados ao acesso ao medicamento com subcategorias seguidas dos facilitadores (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)



Fonte: Próprio autor

Figura 8: Categoria motivação para a utilização da farmacoterapia com subcategoria seguida dos facilitadores (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



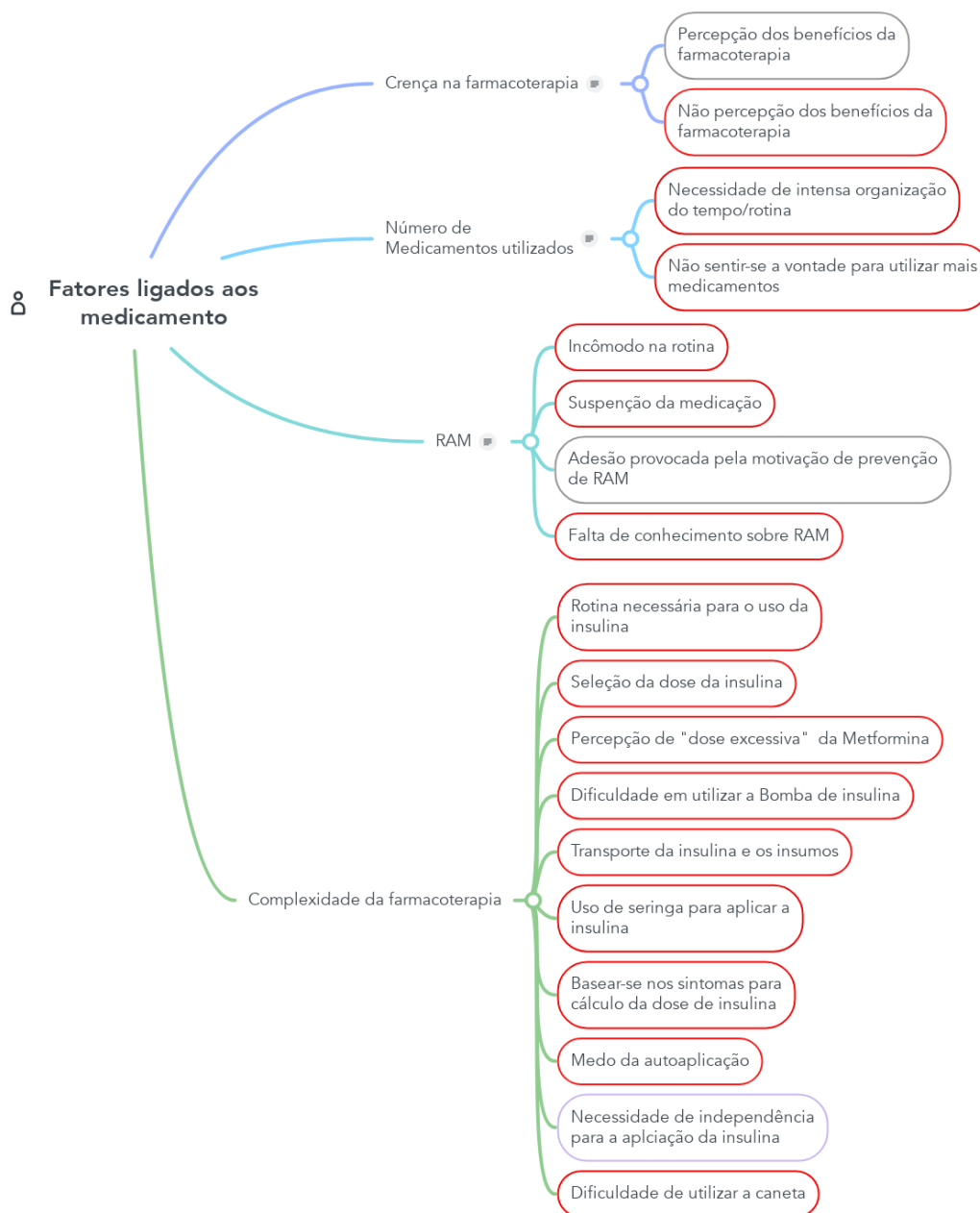
Fonte: Próprio autor

Figura 9: Categoria Fatores ligados ao medicamento com subcategorias com facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais e saúde (n: 10)



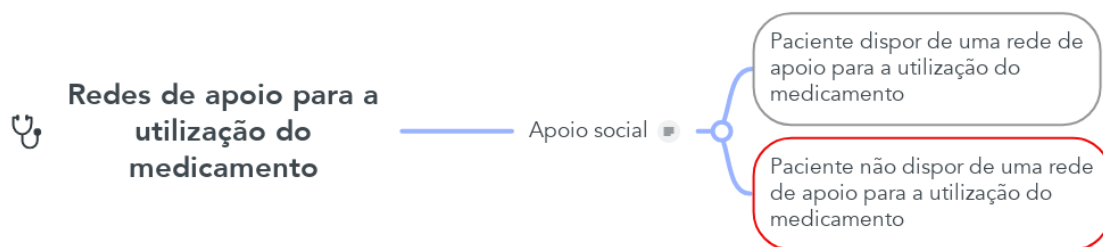
Fonte: Próprio autor

Figura 10: Categoria Fatores ligados ao medicamento com subcategorias com facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



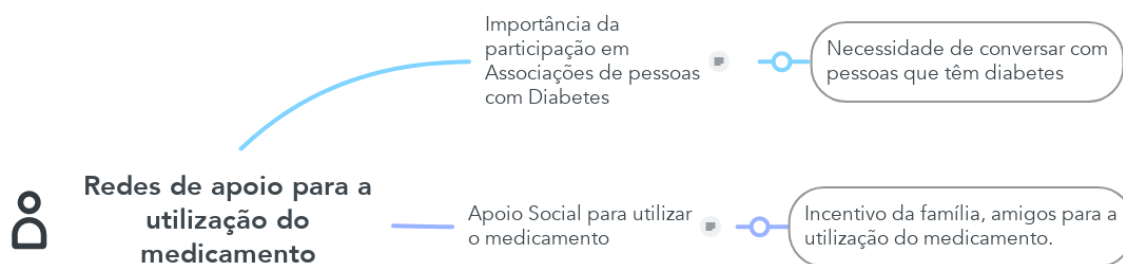
Fonte: Próprio autor

Figura 11: Categoria Redes de apoio para a utilização do medicamento com subcategoria, facilitador (cinza) e barreira (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 10)



Fonte: Próprio autor

Figura 12: Categoria Redes de apoio para a utilização do medicamento com subcategorias e facilitadores (cinza) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



Fonte: Próprio autor

Figura 13: Categoria Fatores ligados ao profissional de saúde para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)



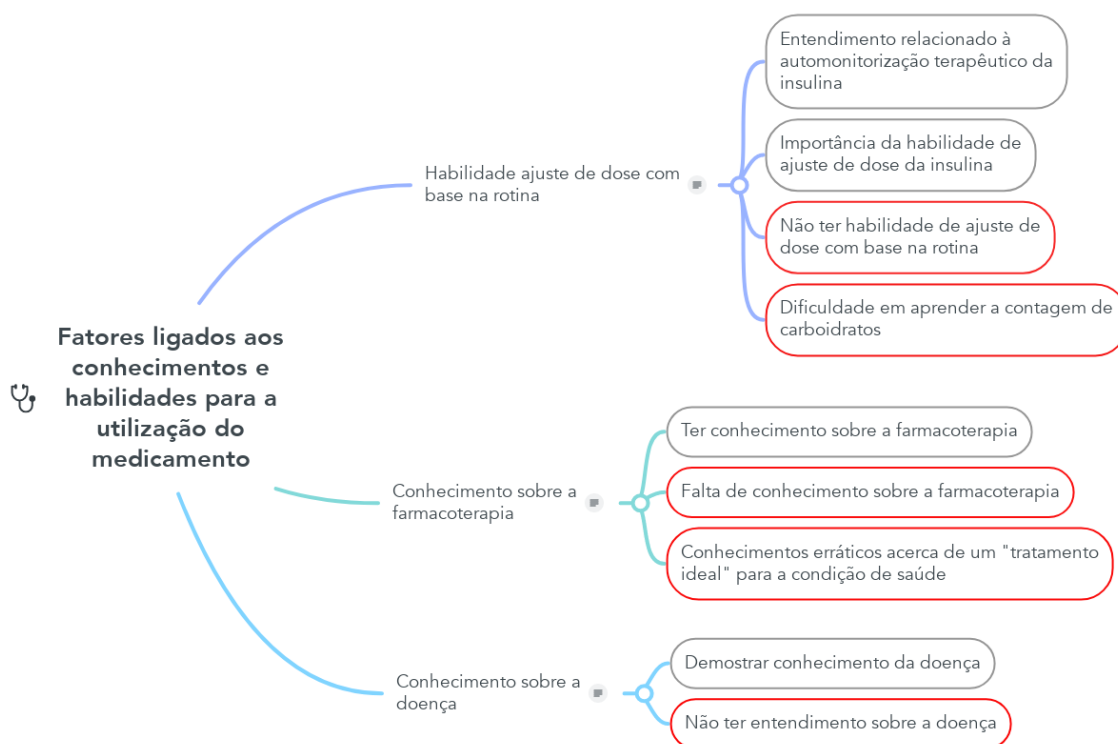
Fonte: Próprio autor

Figura 14: Categoria Fatores ligados ao profissional de saúde para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



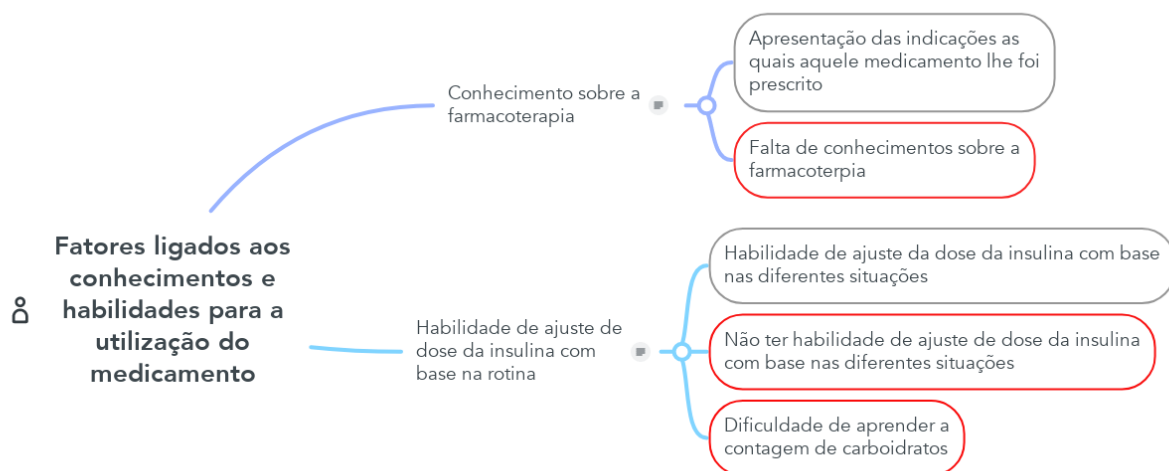
Fonte: Próprio autor

Figura 15: Categoria Fatores ligados aos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)



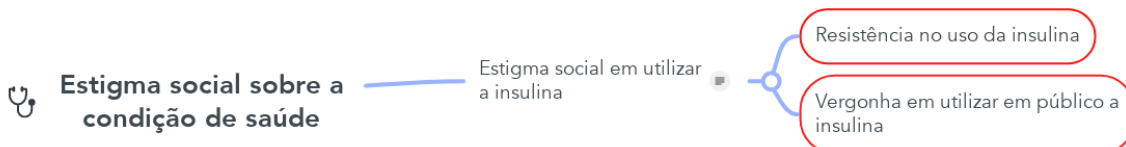
Fonte: Próprio autor

Figura 16: Categoria Fatores ligados aos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



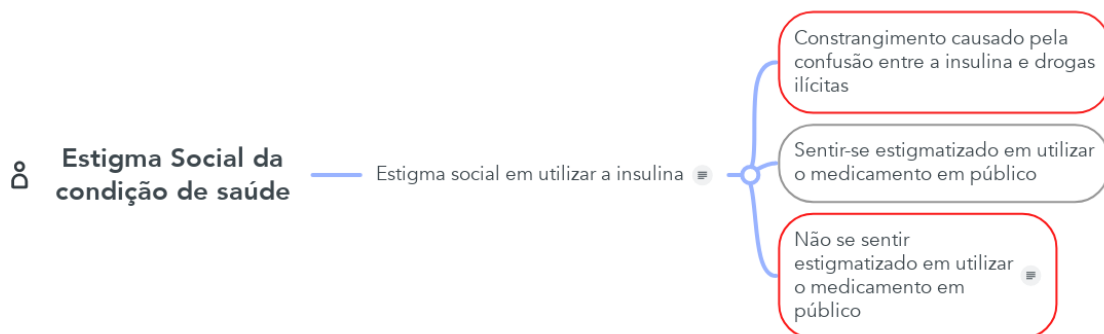
Fonte: Próprio autor

Figura 17: Categoria Estigma social sobre a condição de saúde com subcategoria e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)



Fonte: Próprio autor

Figura 18: Categoria Estigma social sobre a condição de saúde com subcategoria, facilitador (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



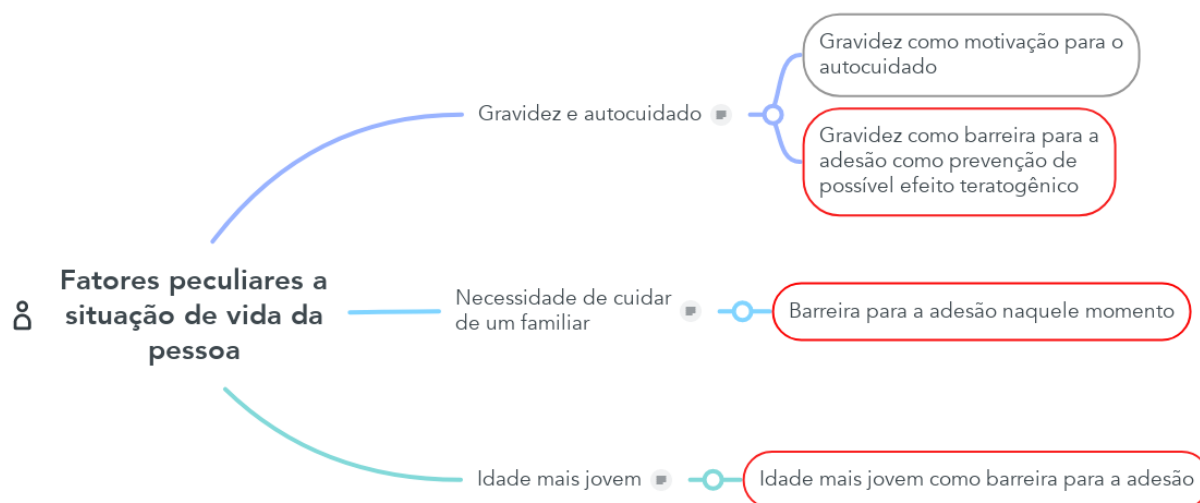
Fonte: Próprio autor

Figura 19: Categoria Fatores peculiares a situação de vida da pessoa com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos profissionais de saúde (n: 10)



Fonte: Próprio autor

Figura 20: Categoria Fatores peculiares a situação de vida da pessoa com subcategorias, facilitadores (cinza) e barreiras (vermelho) para a adesão interpretadas das entrevistas dos pacientes (n: 11)



Fonte: Próprio autor

Figura 21: Categoria Hábito de utilizar o medicamento com facilitador (cinza) para a adesão interpretada das entrevistas dos pacientes (n: 11)



Fonte: Próprio autor

A luz da revisão de escopo e da interpretação das entrevistas semiestruturadas apresentadas nos parágrafos acima, tendo em vista mensurar as barreiras e os facilitadores nas pessoas utilizando medicamentos para condições de saúde crônicas, abrangendo os achados descritos nos parágrafos anteriores, a primeira versão do BFAF com 34 itens foi elaborada (Apêndice O).

6.2. Validação de conteúdo do Questionário: “Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia” (BFAF).

A primeira versão do BFAF (apêndice O) foi avaliada por dez juízes e 13 itens foram considerados pertinentes por todos os juízes e um item foi considerado claro por todos os juízes, as sugestões e IVC por item estão presentes na tabela 11; o IVC total do questionário com relação à pertinência foi de 0,88 e com relação à clareza foi de 0,65.

Após a avaliação dos dez juízes, as alterações realizadas em cada item estão descritas na tabela 12.

Tabela 11: Resultado da primeira avaliação dos juízes (N: 10) sobre os itens presentes no Questionário “Barreiras e Facilitadores para a Adesão à Farmacoterapia”

Item	Síntese da questão	IVC por item Clareza ²	IVC por item Pertinência ³	Síntese da sugestão de mudança
Considerações iniciais	Instruções iniciais	0,4	1	Tamanho excessivo; alteração de termos para facilitar o entendimento; incluir instruções para o paciente.
1	Situação de emprego do paciente	0,8	0,8	Situação de emprego não está ligada ao acesso aos medicamentos; adicionar situação de trabalho informal e formal; inverter a ordem das opções de resposta; retirar esse item e adicionar o item relacionado à dificuldades financeiras; adicionar se há renda fixa.
2	Pessoa vivendo em situação de vulnerabilidade social	0,7	0,8	Dificuldade em classificar o paciente em situação de vulnerabilidade social
3	Paciente possui diagnóstico de doença mental	0,7	0,8	Incluir informação que será verificado no prontuário; definir quais doenças dentro do universo da saúde mental; incluir item sobre dificuldade motora; inverter ordem das opções de resposta.
4.	Conviver com pessoas que incentivam a utilização dos medicamentos	0,4	1	Texto muito longo; adicionar instruções que a partir daqui a pergunta será lida para o paciente; separar a participação de associações do incentivo de familiares.
5.	Se o paciente está passando por algum problema de cunho emocional	0,8	0,9	Adicionar período de avaliação, utilizar termos mais claros para o paciente; não se trata de um fator não modificável.
6.	Anos de estudo	0,7	1	Definir a pessoa não analfabeta
7.	Idade	1	1	Anotar quantidade de anos; substituir termo da alternativa
8.	Ter comorbidade provocada pelo problema de saúde	0,4	0,7	Alteração de termos para entendimento; alterar a ordem das alternativas.

Continua

Continuação

Item	Síntese da questão	IVC por item Clareza ²	IVC por item Pertinência ³	Síntese da sugestão de mudança
9.	Ser cuidador de um familiar	0,5	0,5	Deixar claro que se trata de um familiar com doença crônica.
10.	Esquecimento de utilizar o medicamento	0,7	1	Adicionar a palavra “dose” nas alternativas; retirar sim e não das alternativas; alternativas “a” e “b” estão muito parecidas.
11.	Preocupação com a gravidade da doença	0,6	1	Substituir “Preocupação” por conhecimento; não utilizar o termo “doença”; substituir o termo “indiferente”
12.	Motivação para utilizar os medicamentos	0,6	1	Adicionar período de tempo; substituir termos para entendimento do paciente;
13.	Aceitação da doença	0,7	0,8	Adicionar o termo “aceitação” no enunciado do item; alteração de termos para melhor entendimento do paciente.
14.	Utilizar o medicamento em situações que fogem da rotina	0,8	1	Retirar “sim” e “não” das opções de resposta; alterar texto para melhor entendimento do paciente.
15.	Parar de utilizar o medicamento quando se sente melhor	0,9	1	Retirar opções “sim e “não”; alterar texto para melhor entendimento do paciente.
16.	Prescritor considerar a condição econômica para prescrever o medicamento	0,4	0,9	Melhorar o texto para entendimento do paciente; adicionar recorte de tempo; incluir a respeito do custo do medicamento conforme o item coletado na pesquisa qualitativa.
17.	Acesso ao medicamento sem custo	0,8	0,9	Retirar a palavra “gratuito” do enunciado; adicionar período de tempo a questão.
18.	Custo do medicamento	0,5	0,9	Alterar o enunciado para melhor entendimento do paciente.
19.	Percepção de que utiliza muitos medicamentos	0,6	0,8	Adicionar o termo “quantidade de medicamentos” no item; adiciona a opção de percepção da falta de medicamentos.
20.	Incomodo com o tamanho do medicamento	0,4	1	Adicionar a dificuldade de tomar o medicamento no item; retirar o termo “ingerir”; retirar a opção “indiferente”
21.	Percepção dos benefícios da farmacoterapia	0,8	1	Adicionar a percepção dos benefícios no item; adicionar período de tempo.
22.	Acreditar na farmacoterapia	0,6	1	Alterar o enunciado do item para melhor entendimento do paciente; retirar alternativa b; substituir “indiferente” por prefiro não opinar; adicionar tempo de memória.

Continua

Continuação

Item	Síntese da questão	IVC por item Clareza ²	IVC por item Pertinência ³	Síntese da sugestão de mudança
23.	Deixar de utilizar o medicamento devido à uma possível RAM ¹	0,7	0,8	Corrigir escore; adicionar nome do medicamento; retirar esse item porque questionário está muito extenso.
24.	Se o medicamento atrapalha as atividades diárias	0,6	0,9	Substituir “atividades diárias”;
25.	Se o paciente concordou com a prescrição	0,3	0,7	Item parecido com o 16 (que foi retirado)
26.	Satisfação do paciente com o atendimento prestado	0,6	0,8	Adicionar o profissional de saúde pontualmente; não ficou clara a relação entre a adesão;
27.	Receber as orientações sobre a farmacoterapia	0,8	0,9	Não ficou clara a relação entre a adesão; corrigir erro de digitação; adicionar prescritor.
28.	Confiar no prescritor	0,9	0,9	Não ficou clara a relação entre a adesão
29.	Se o profissional de saúde motiva a utilizar a farmacoterapia	0,5	0,9	Não ficou clara a relação entre a adesão; adicionar qual profissional e saúde; substituir termos para melhor entendimento do paciente.
23.	Deixar de utilizar o medicamento devido à uma possível RAM ¹	0,7	0,8	Corrigir escore; adicionar nome do medicamento; retirar esse item porque questionário está muito extenso.
24.	Se o medicamento atrapalha as atividades diárias	0,6	0,9	Substituir “atividades diárias”;
25.	Se o paciente concordou com a prescrição	0,3	0,7	Item parecido com o 16 (que foi retirado)
26.	Satisfação do paciente com o atendimento prestado	0,6	0,8	Adicionar o profissional de saúde pontualmente; não ficou clara a relação entre a adesão;
27.	Receber as orientações sobre a farmacoterapia	0,8	0,9	Não ficou clara a relação entre a adesão; corrigir erro de digitação; adicionar prescritor.
28.	Confiar no prescritor	0,9	0,9	Não ficou clara a relação entre a adesão

Continua

Conclusão

Item	Síntese da questão	IVC por item Clareza ²	IVC por item Pertinência ³	Síntese da sugestão de mudança
29.	Se o profissional de saúde motiva a utilizar a farmacoterapia	0,5	0,9	Não ficou clara a relação entre a adesão; adicionar qual profissional e saúde; substituir termos para melhor entendimento do paciente.
30.	Se o prescritor atentou-se a rotina do paciente para prescrever o medicamento	0,7	0,8	Não ficou clara a relação com a adesão; alterar texto para melhor entendimento do paciente.
31.	Se o paciente se sente à vontade para tirar dúvidas sobre a medicação	0,7	0,8	Item muito amplo; vários profissionais de saúde podem ter atendido o paciente; não ficou clara a relação com a adesão; corrigir erro de português
32.	Hábito de utilizar o medicamento	0,7	0,6	Alterar medicamento por medicamentos.
33.	Conhecimento sobre a farmacoterapia	0,8	1	Alterar ordem dessa questão; rever possibilidades de resposta.
34.	Conhecimento sobre a doença crônica	0,5	0,9	Alterar opções de resposta pois são excludentes; alterar texto do item para melhor entendimento do paciente.

¹ Reação Adversa ao Medicamento

² Índice de Validade de Conteúdo por item: número de vezes que o item foi avaliado como claro / número total e juízes

³ Índice de Validade de Conteúdo por item: número de vezes que o item foi avaliado como pertinente / número total de juízes

Fonte: próprio autor

Tabela 12: Alterações realizadas após a avaliação dos 10 juízes do Questionário: “Barreiras e Facilitados para a Adesão da Farmacoterapia” (BFAF)

1º Versão do BFAF	Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF
<p>Orientações iniciais do questionário: Objetivo do Questionário: Identificar a presença de barreiras e facilitadores para a adesão e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde; alocar o paciente em um dos grupos – paciente possivelmente não persistente e paciente possivelmente persistente.</p> <p>População alvo do questionário: Pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais – o questionário mensura as barreiras e facilitadores para a persistência.</p> <p>Instruções: O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento. Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar as condições de saúde do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições.</p>	<p>Orientações iniciais do questionário: O objetivo desse questionário é identificar a presença de barreiras e facilitadores para a persistência na farmacoterapia em condições crônicas de saúde e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde para promover a adesão à farmacoterapia. Esse questionário é destinado para a aplicação em pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais</p> <p>Instruções: O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza e/ou doença crônica diagnosticada, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento; e ainda, se o paciente possui mais de uma doença crônica diagnosticada, o item correspondente deve ser perguntado para cada doença crônica e o escore final será calculado por cada doença crônica.</p> <p>Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar os seguintes dados do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições.</p> <p>Antes de iniciar a aplicação do questionário, ler as seguintes instruções para o paciente: Vou fazer algumas perguntas sobre os medicamentos que o senhor (a) utiliza atualmente com o objetivo de te ajudar a utilizar os seus medicamentos:</p>

Continua

Continuação

1º Versão do BFAF

1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: a) Sim, mas possui fonte de renda b) Não c) Sim e não possui fonte de renda. Escore: a) 1 b) 1 c) -1
2. Segundo a sua perspectiva, esse paciente vive em situação de vulnerabilidade social? (Preenchido pelo profissional de saúde). Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) -1 b) 0 c) 0
3. Paciente possui diagnóstico de doença mental? (preenchido pelo profissional de saúde). Opções de resposta: a) Sim b) Não há acesso à essa informação d) Não. Escore: a) -1 b) 0 c) 0.
- 4) Você convive com pessoas que te incentivam a utilizar o medicamento? Opções de resposta: a) Não, eu moro sozinho e não participo de associações com pessoas com doenças semelhantes à minha; b) Sim, eu moro sozinho mas participo de associações com pessoas com doenças semelhantes à minha; c) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento e não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha; d) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento e participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha; e) Não, apesar de morar com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento, porém, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha; f) Não, apesar de morar com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento, e eu não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha. Escore: a) -3 b) 1 c) 1 d) 2 e) 1 f) -3.

Continua

Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF

1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: b) Não a) Sim, mas possui fonte de renda c) Sim e não possui fonte de renda fixa. Escore: a) 1 b) 1 c) -1
- Retirada
2. Paciente possui diagnóstico de depressão no prontuário de saúde? (preenchido pelo profissional de saúde) Opções de resposta: a) Não; b) Não há acesso à essa informação; c) Sim. Escore: a) 0 b) 0 c) -1
- 4) Você convive com pessoas em seu ambiente familiar que te incentivam a utilizar o (s) seu (s) medicamento (s)?
 - a) Não, eu moro sozinho.
 - b) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento.
 - c) Não, apesar de morar com familiares com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento. Escore: a) -1; b) +2; c) -1
- 5) Você participa de alguma associação de pessoas com doenças semelhantes à sua?
 - a) Sim, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha.
 - b) Não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha. Escore: a) +2; b) -1

Continuação

1º Versão do BFAF

5) Você está passando por algum problema de cunho emocional (Exemplo: sentindo-se em crise, desanimado, dentre outros)? Opções de resposta: a) Sim b) Não. a) -1 b) 0.

6) Por favor, me fale quantos anos você estudou. Anotar a quantidade de anos: _____. Escore: Analfabeto (pessoa com 15 anos ou mais que possui menos de quatro anos de estudo) -1, não analfabeto 1.

7) Qual a sua idade? Opções de respostas: a) Paciente menor que 60 anos b) Paciente com 60 anos ou mais. Escore: a) -1 b) +1.

8) Você tem algum outro problema de saúde causado pela sua doença crônica? Opções de resposta: a) Não b) Não sei c) Sim. Escore: a) 0 b) 0 c) 1.

9) Você é cuidador de um familiar idoso e/ou que tenha alguma doença? Opções de resposta: a) Sim b) Não. a) -1 b) 0.

10) Considerando os últimos 7 dias, você esqueceu de tomar alguma dose do medicamento----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim, quase todos os dias eu esqueço de tomar esse medicamento; b) Sim, esqueci alguns dias de tomar esse medicamento; c) Sim, esqueci apenas um dia de tomar esse medicamento; d) Não, é bem difícil esquecer de tomar esse medicamento; e) Não, nunca esqueço de tomar esse medicamento. Escore: a) -1 b) -1 c) 0 d) 1 e) 1.

Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF

6) Nos últimos sete dias você passou por algum problema que te causou tristeza ou desanimo?

a) Sim. B) Não

Escore: a) -1 b) 0

7) Por favor, me fale quantos anos você estudou. *Anotar a quantidade de anos:* _____. Me diga se você sabe ler e escrever? A) Sim; b) Não.

Escore: Analfabeto funcional (pessoa com 15 anos ou mais que possui menos de quatro anos de estudo, ou que declara não saber ler e escrever) -1

Alfabetizada pessoa com 15 anos ou mais que possui mais de quatro anos de estudo e declara saber ler e escrever¹

8) Qual a sua idade? *Anotar a idade:* _____

(Os itens abaixo devem ser preenchidos pelo profissional de saúde)

a) Paciente com idade inferior a 60 anos.

b) Paciente com idade igual ou superior a 60 anos

Escore: a) -1 b) +1

9) Você tem alguma complicação ou problema de saúde causado pela sua doença: _____ (dizer o nome de cada doença crônica que o paciente possui diagnóstico)

a) Sim. B) Não c) Não sei.

Escore: a) 1; b) 0; c) 0

10) Você é cuidador de um familiar que tenha alguma doença crônica?

a) Sim. B) Não

a) -1 b) 0.

11) Considerando os últimos 7 dias, você esqueceu de tomar alguma dose do medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Quase todos os dias eu esqueço de tomar a dose desse medicamento. B) Esqueci alguns dias de tomar a dose desse medicamento.

c) Esqueci apenas um dia de tomar a dose desse medicamento.

d) É bem difícil esquecer de tomar esse medicamento

e) Eu nunca esqueço de tomar esse medicamento.

Escore: a) -1 b) -1 c) 0 d) 1 e) 1

Continua

Continuação

1º Versão do BFAF

11) Com que frequência você se preocupa com a gravidade da sua doença ----- (dizer o nome da doença)? Opções de resposta: a) Nunca me preocupo b) Sou indiferente c) Sempre me preocupo. Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

12) Você se sente motivado para cuidar da sua doença ----- (dizer o nome da doença)? Opções de resposta: a) Nunca me sinto motivado b) Sou indiferente c) Sempre me sinto motivado. Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

13) Com relação à sua doença ----- (dizer o nome da doença), qual a melhor opção de resposta? Opções de resposta: a) Para mim é difícil aceitar ter essa doença b) Eu não sei que tenho essa doença c) Eu aceito ter a minha doença. Opções de resposta: a) -1 b) -1 c) 2.

14) Em situações em que você sai da sua rotina habitual, como por exemplo: ir a uma festa ou viajar, você costuma utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim eu costumo utilizar o meu medicamento, quando saio da minha rotina; b) Não lembro se costumo utilizar o meu medicamento quando saio da minha rotina; c) Não, eu não costumo utilizar o meu medicamento quando saio da minha rotina. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.

15) Quando você se sente melhor, você costuma parar de utilizar o seu medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim eu costumo parar de utilizar o meu medicamento, quando me sinto melhor; b) Não lembro se costumo parar de utilizar o meu medicamento quando me sinto melhor; c) Não, eu não costumo parar de utilizar o meu medicamento quando me sinto melhor. Escore: a) -1 b) 0 c) 0.

Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF

12) Você tem conhecimento sobre a gravidade/severidade do (a) _____ (dizer o nome da doença)?

- a) Não tenho conhecimento.
- b) Nunca me preocupei com isso
- c) Tenho conhecimento

Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

13) Nos últimos 7 dias, você se sentiu interessado em cuidar do (a) _____ (dizer o nome da doença)?

a) Nunca me sinto interessado. B) Nunca me preocupei com isso. C) Sempre me sinto interessado.

Escore: a) -1 b) 0 c) 2

14) Como tem sido a sua aceitação com relação a _____ (dizer o nome da doença)?

- a) Para mim é difícil aceitar essa condição de saúde.
- b) Eu não sei que tenho essa condição de saúde.
- c) Eu aceito ter essa condição de saúde.

Escore: a) -1 b) -1 c) 2

15) Em situações em que você sai da rotina, como por exemplo: ir a uma festa ou viajar, você costuma utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu costumo utilizar esse medicamento, quando saio da minha rotina.
- b) Não lembro se costumo utilizar esse medicamento quando saio da minha rotina.
- c) Eu não costumo utilizar esse medicamento quando saio da minha rotina.

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

16) Quando você se sente melhor, você costuma parar de utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.
- b) Não lembro se costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.
- c) Eu não costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.

Escore: a) -1 b) 2 c) 0

Continua

Continuação

1º Versão do BFAF

16) Você concordou em utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Não concordei com a prescrição desse medicamento; b) Eu concordei com a prescrição desse medicamento.

Score: a) 0 b) 2.

17) Você recebe o medicamento ----- gratuitamente? Opções de resposta: a) Sim b) Não. Score: a) 3 b) 0.

18) Você considera o custo com o medicamento ----- muito caro para o seu custo de vida? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Score: a) -3 b) 0 c) 1.

19) Com relação aos medicamentos que você utiliza, me diga qual melhor alternativa se enquadra para você: Opções de resposta: a) Eu acho que utilizo muitos medicamentos b) Eu acho que utilizo os medicamentos necessários. Score: a) -3 b) 1.

20) Com relação ao medicamento ----- (dizer o nome do medicamento), diga qual melhor alternativa se enquadra para você: Opções de resposta: a) Eu não tenho problemas para ingerir esse medicamento; b) Sou indiferente c) Eu tenho problemas para ingerir esse medicamento porque considero o mesmo muito grande. Score: a) 0 b) 0 c) -1.

Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF

Adicionado ao item 18 que já contempla os custos com o medicamento (facilitador desse item).

17) Você precisou comprar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) nos últimos 30 dias?

a) Eu não recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e precisei comprar;

b) Eu recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e não precisei comprar;

c) Eu recebi esse medicamento gratuitamente e também precisei de comprar nos últimos 30 dias.

Score: a) 0 b) 3 c) 0

18) Você considera alto o custo com o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Sim

b) Não sei

c) Não

Score: a) -2 b) 0 c) 2

19) Qual a sua opinião em relação a quantidade de medicamentos que você toma?

a) Eu acho que utilizo muitos medicamentos

b) Eu acho que utilizo quantidade suficiente de medicamentos.

c) Eu acho que utilizo poucos medicamentos.

Score: a) -3 b) 1 c) -1

20) Você tem dificuldade ou desconforto ao tomar ou aplicar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Eu não tenho dificuldades ou desconforto em tomar ou aplicar esse medicamento.

b) Eu tenho dificuldades ou desconforto em tomar ou aplicar esse medicamento.

Score: a) 0 b) -1

Continua

Continuação

1º Versão do BFAF

21) Com relação ao medicamento -----(dizer o nome do medicamento): Opções de resposta: a) Utilizar esse medicamento me faz bem b) Utilizar esse medicamento não me faz bem nem mal c) Utilizar esse medicamento me faz mal. Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

22) Com relação ao medicamento ----- (dizer o nome do medicamento): Opções de resposta: a) Eu considero que esse medicamento é importante para controlar a minha doença b) Sou indiferente em relação a esse medicamento c) Eu não considero que esse medicamento é importante para controlar a minha doença. Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

23) Nos últimos 7 dias você deixou de utilizar o medicamento porque te fez mal? Opções de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) 3 b) 0.

24) Utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento) atrapalha as suas atividades diárias? Opção de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) -2 b) 0.

25) Você esteve de acordo com o seu médico quando ele te receitou o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) 3 b) -2.

Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF

21) O que você acha que o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) faz para a sua saúde?

- a) Utilizar esse medicamento me faz bem.
- b) Utilizar esse medicamento não me faz bem nem me faz mal.
- c) Utilizar esse medicamento me faz mal.

Escore: a) 2 b) 0 c) -3

22) Você considera importante utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) para controlar o seu problema de saúde?

- a) Eu acho que utilizar esse medicamento é importante para controlar o meu problema de saúde.
- b) Prefiro não opinar.
- c) Eu acho que esse medicamento não é importante para controlar o meu problema de saúde.

Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

23) Nos últimos 7 dias você deixou de utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) por que te fez mal?

- a) Sim
- b) Eu não lembro
- c) Não

Escore: a) -3 b) 0 c) 0

24) "Utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento) atrapalha as suas atividades do dia a dia ou na sua rotina?

- a) Sim
- b) Não

Escore: a) -1 b) 1

25) Você esteve de acordo com o seu médico quando ele te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Concordei com a prescrição desse medicamento.
- b) Não fui esclarecido pelo médico sobre o uso desse medicamento.
- c) Eu não concordei com a prescrição desse medicamento.

Escore: a) 5 b) 0 c) -1

Continua

Continuação

1º Versão do BFAF

26) Você está satisfeito com o atendimento recebido pelo profissional de saúde que te atendeu? Opções de resposta: a) Sim b) Me sinto indiferente c) Não. Escore: a) 3 b) 0 c) 0.

27) Você considera que recebeu todas as orientações necessárias sobre o medicamento ----- pelo profissional de saúde que me atendeu? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

28) Você confia no médico que te receitou o medicamento-----? Opções de resposta: a) Sim b) Indiferente c) Não. Escore: a) 3 b) 0 c) -1.

29) Os profissionais de saúde que te atendem te motivam a utilizar os seus medicamentos de maneira positiva, ou seja, sem a utilização palavras agressivas? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.

30) Você acha que o médico considerou a sua rotina ao prescrever o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.

31) Você se sente à vontade para tirar as dúvidas sobre medicamentos com os profissionais de saúde que te atende? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei, ou não costumo ter dúvidas c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.

Versão posterior da avaliação dos juizes do BFAF

26) Você está satisfeito com o atendimento recebido pelo profissional de saúde que te receitou esse medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu estou satisfeito.
- a) Prefiro não opinar.
- c) Eu não estou satisfeito.

Escore: a) 6 b) 0 c) 0

27) Você considera que recebeu todas as informações necessárias sobre o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) pelo profissional de saúde que te prescreveu esse medicamento?

- a) Sim
- b) Não sei
- c) Não

Escore: a) 2 b) 0 c) -2

28) Você confia no profissional de saúde que te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu confio no profissional de saúde que me receitou esse medicamento.
- b) Prefiro não opinar
- c) Eu não confio no profissional de saúde que me prescreveu esse medicamento.

Escore: a) 3 b) 0 c) -1

29) O profissional de saúde que te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) te motiva a utilizar esse medicamento de maneira positiva?

- a) Sim
- b) prefiro não opinar
- c) Não

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

Escore Adicionado ao item 24 o qual versa sobre o incômodo na rotina causado pelo medicamento.

Item 31 - cancelado e o escore foi para o item 26 – tópico está incluído dentro da satisfação com o atendimento prestado

Continua

Conclusão

1° Versão do BFAF	Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF
32) Você considera que está acostumado a utilizar o medicamento -----? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.	30) Você considera que está acostumado a utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)? a) Eu estou acostumado (a) a utilizar esse medicamento. b) Não estou acostumado a utilizar esse medicamento c) Prefiro não opinar. Escore: a) 1 b) 0 c) 0
33) Por qual motivo você utiliza o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: Resposta aberta. Escore: 3 – se a resposta for correta -2 se a resposta for incorreta ou o paciente não saber.	Profissional de saúde: leia para o paciente os itens abaixo na íntegra, ou seja, leia todas as alternativas e depois marque a alternativa escolhida pelo paciente. 3) Por qual motivo você utiliza o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)? <i>Resposta aberta</i> Escore: 3 se a resposta estiver correta
34) Com relação ao medicamento ----- (dizer o nome do medicamento): Opções de resposta: a) Eu sei que vou utilizar esse medicamento por tempo indeterminado b) Se eu me sentir melhor, eu pretendo não utilizar mais esse medicamento. Escore: a) 2 b) -1.	-2 se a resposta estiver incorreta ou o paciente alegar que não sabe. Item cancelado, pois, o escore foi incluído no item 15 que relaciona ter conhecimento sobre a doença crônica e a utilização do medicamento.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A 2° versão do BFAF contém 30 itens (Apêndice P) foi enviada aos 10 juízes, porém cinco juízes responderam a avaliação e as alterações sugeridas, dessa avaliação, 25 itens foram considerados pertinentes por todos os juízes e 20 itens foram considerados claros por todos os juízes; as alterações sugeridas e o IVC de cada item estão presentes na tabela 13. Seis itens e as instruções iniciais foram submetidas à pequenas alterações e estão descritos na tabela 14. O IVC da escala final relacionado à pertinência foi de 0,96 e o IVC geral relacionado à clareza foi de 0,93. A 3° versão do BFAF está descrita no apêndice Q.

Tabela 13: Alterações no BFAF sugeridas pelos juízes (n:5) na segunda avaliação

Item	Síntese da questão	IVC por item Clareza²	IVC por item Pertinência³	Síntese da sugestão de mudança
Considerações iniciais	Instruções iniciais	0,8	1	Incluir as doenças e o termo “remédio” para facilitar o entendimento.
1	Situação de emprego do paciente	0,8	1	Adicionar a renda variável nas opções de resposta
2	Paciente possui diagnóstico de depressão	1	1	–
3.	Motivo que utiliza o medicamento	1	1	–
4.	Conviver com pessoas que incentivam a utilização dos medicamentos	1	1	–
5.	Participação em Associações de pessoas com doenças semelhantes	1	1	Definir o que seria uma Associação
6.	Se o paciente está passando por algum problema de cunho emocional	1	1	Alterar a ordem desse item
7.	Anos de estudo	1	1	Alterar a ordem do item
8.	Idade	1	1	-
9.	Ter comorbidade provocada pelo problema de saúde	1	1	–
10.	Ser cuidador de um familiar	1	1	Explicar o que é doença crônica

Continua

Continuação

1º Versão do BFAF	Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF	1º Versão do BFAF	Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF	1º Versão do BFAF
11.	Esquecimento de utilizar o medicamento	1	1	–
12.	Preocupação com a gravidade da doença	0,8	1	Retirar o termo “severidade”
13.	Motivação para utilizar os medicamentos	0,8	1	Redigir opções de resposta levando em consideração o tempo recordatório
14.	Aceitação da doença	0,8	1	–
15.	Utilizar o medicamento em situações que fogem da rotina	1	1	–
16.	Parar de utilizar o medicamento quando se sente melhor	1	1	–
17.	Acesso ao medicamento sem custo	1	1	–
18.	Custo do medicamento	1	1	Introduzir se nunca precisa comprar nas opções de resposta
19.	Percepção de que utiliza muitos medicamentos	1	1	–
20.	Incomodo com o tamanho do medicamento	1	1	Se tem ajuda de um cuidador para utilizar o medicamento
21.	Percepção dos benefícios da farmacoterapia	0,8	0,8	Termos “bem” e “mal” muito amplos

Continua

Conclusão

1º Versão do BFAF	Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF	1º Versão do BFAF	Versão posterior da avaliação dos juízes do BFAF	1º Versão do BFAF
22.	Acreditar na farmacoterapia	1	1	–
23.	Deixar de utilizar o medicamento devido à uma possível RAM ¹	0,8	0,8	Item semelhante ao 21
24.	Se o medicamento atrapalha as atividades diárias	0,8	1	Citar exemplos de atividades diárias
25.	Se o paciente concordou com a prescrição	1	1	–
26.	Satisfação do paciente com o atendimento prestado	1	0,8	–
27.	Receber as orientações sobre a farmacoterapia	1	1	–
28.	Confiar no prescritor	0,8	0,8	Similar ao item 26
29.	Se o profissional de saúde motiva a utilizar a farmacoterapia	0,8	0,8	–
30.	Hábito de utilizar o medicamento	0,8	0,8	Definir acostumado

Reação Adversa ao Medicamento

² Índice de Validade de Conteúdo por item: número de vezes que o item foi avaliado como claro / número total e juízes

³ Índice de Validade de Conteúdo por item: número de vezes que o item foi avaliado como pertinente / número total de juízes

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Tabela 14: Itens do Questionário “Barreiras e Facilitados para a Adesão à Farmacoterapia” alterados após a 2ª avaliação dos juízes (n:5)

2º Versão do BFAF	3º Versão BFAF
<p>Orientações iniciais do questionário: O objetivo desse questionário é identificar a presença de barreiras e facilitadores para a persistência na farmacoterapia em condições crônicas de saúde e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde para promover a adesão à farmacoterapia. Esse questionário é destinado para a aplicação em pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais Instruções: O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza e/ou doença crônica diagnosticada, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento; e ainda, se o paciente possui mais de uma doença crônica diagnosticada, o item correspondente deve ser perguntado para cada doença crônica e o escore final será calculado por cada doença crônica. Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar os seguintes dados do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições. Antes de iniciar a aplicação do questionário, ler as seguintes instruções para o paciente: Vou fazer algumas perguntas sobre os medicamentos que o senhor (a) utiliza atualmente com o objetivo de te ajudar a utilizar os seus medicamentos:</p>	<p>Orientações iniciais do questionário: O objetivo desse questionário é identificar a presença de barreiras e facilitadores para a persistência na farmacoterapia em condições crônicas de saúde e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde para promover a adesão à farmacoterapia. Esse questionário é destinado para a aplicação em pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais Instruções: O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza e/ou doença crônica diagnosticada, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento; e ainda, se o paciente possui mais de uma doença crônica diagnosticada, o item correspondente deve ser perguntado para cada doença crônica e o escore final será calculado por cada doença crônica. Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar os seguintes dados do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições. Antes de iniciar a aplicação do questionário, ler as seguintes instruções para o paciente: Vou fazer algumas perguntas sobre os medicamentos (remédios) que o senhor (a) utiliza atualmente, ou sobre a condição crônica (doença) que o senhor (a) tem, com o objetivo de te ajudar a utilizar os seus medicamentos:</p>

Continua

Continuação

2º Versão do BFAF	3º Versão BFAF
<p>1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: b) Não a) Sim, mas possui fonte de renda fixa c) Sim e não possui fonte de renda fixa. Escore: a) 1 b) 1 c) -1</p>	<p>1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: b) Não a) Sim, mas possui fonte de renda fixa e ou variável c) Sim e não possui fonte de renda fixa e ou variável Escore: a) 1 b) 1 c) -1</p>
<p>5) Você participa de alguma associação de pessoas com doenças semelhantes à sua? a) Sim, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha. b) Não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha. Escore: a) +2; b) -1</p>	<p>5) Você participa de alguma associação (grupos) de pessoas com doenças semelhantes à sua? a) Sim, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha. b) Não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes de pessoas com doenças semelhantes à minha. Escore: a) +2; b) -1</p>
<p>10) Você é cuidador de um familiar que tenha alguma doença crônica? a) Sim. B) Não a) -1 b) 0.</p>	<p>10) Você é cuidador de um familiar que tenha alguma doença crônica (doença há mais de 3 meses)? a) Sim. B) Não a) -1 b) 0.</p>
<p>12) Você tem conhecimento sobre a gravidade/severidade do (a) _____ (dizer o nome da doença)? d) Não tenho conhecimento. e) Nunca me preocupei com isso f) Tenho conhecimento Escore: a) -1 b) 0 c) 2.</p>	<p>12) Você tem conhecimento sobre a gravidade do (a) _____ (dizer o nome da doença)? a) Não tenho conhecimento. b) Nunca me preocupei com isso c) Tenho conhecimento Escore: a) -1 b) 0 c) 2.</p>
<p>13) Nos últimos 7 dias, você se sentiu interessado em cuidar do (a) _____ (dizer o nome da doença)? a) Nunca me sinto interessado. B) Nunca me preocupei com isso. C) Sempre me sinto interessado. Escore: a) -1 b) 0 c) 2</p>	<p>13) Nos últimos 7 dias, você se sentiu interessado em cuidar do (a) _____ (dizer o nome da doença)? a) Não tive interesse. B) Nunca me preocupei com isso. C) Tive interesse Escore: a) -1 b) 0 c) 2</p>

Continua

Continuação

2º Versão do BFAF	3º Versão BFAF
17) Você precisou comprar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) nos últimos 30 dias?	17) Você precisou comprar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) nos últimos 30 dias?
a) Eu não recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e precisei comprar;	a) Eu não recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e precisei comprar;
b) Eu recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e não precisei comprar;	b) Eu recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e não precisei comprar;
c) Eu recebi esse medicamento gratuitamente e também precisei de comprar nos últimos 30 dias.	c) Eu recebi esse medicamento gratuitamente e também precisei de comprar nos últimos 30 dias.
Escore: a) 0 b) 3 c) 0	d) Não recebi gratuitamente e não comprei o medicamento nos último 30 dias Escore: a) 0 b) 3 c) 0 d) 0

Fonte: Próprio autor

8. Discussão

No que tange a revisão de escopo realizada como subsídio para a elaboração dos itens do BFAF, foi passível acessar um universo de fatores oriundos tanto da população adulta, quanto da população idosa e, com isso, dar subsídios para comparações importantes. Nesse contexto, vários estudos apresentaram que a adesão ao tratamento é maior em idosos (o corte etário dependeu do país cenário do estudo) quando comparado em adultos mais jovens (AKDOGAN et al., 2019; AXELSSON et al., 2011; BHUYAN et al., 2018; BIDWAL et al., 2017; BROEKMANS et al., 2010; BURGE et al., 2005; CALABRIA et al., 2016; CHEUNG et al., 2014; CHOUDHRY et al., 2011; CHRISTENSEN et al., 1994; DABAGHIAN et al., 2016; DESAI et al., 2014; DING et al., 2018; EL HELOU et al., 2019; FORTUNA et al., 2018; GADKARI; MCHORNEY, 2012; GRANT et al., 2004; GUPTE-SINGH; KIM; BARNER, 2015; HATAH et al., 2015; HORNE; WEINMAN, 1999; KHANNA et al., 2012; KOLIOS et al., 2019; KRAUSKOPF et al., 2015; LALIBERTÉ et al., 2012; LANGLEY; BUSH, 2014; LAUFFENBURGER et al., 2016; LEFORT et al., 2018; LEMAY et al., 2018; LI et al., 2016; MIURA et al., 2000; MUZINA et al., 2011; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; QUISEL et al., 2019; SERNA et al., 2015; SHALANSKY; LEVY, 2002; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019; SHRUTHI et al., 2016; SMALLS et al., 2015; SUFIZA AHMAD et al., 2013; SURBHI et al., 2018; TAN et al., 2016; TAVARES et al., 2016;

TESHOME et al., 2017); e quando a comparação utilizava idosos maiores de 80 anos o aumento da adesão já não era mais observado (LAI et al., 2018; PRADHAN; PANDA, 2018), provavelmente porque nessa faixa etária aumentam os problemas de adesão não intencional (esquecimento, falta de habilidade psicomotora e cognitiva, necessidade de cuidados) (FRECH et al., 2018a; LEFORT et al., 2018; RICHARD et al., 1992; SMAJE et al., 2018). Além disso, com relação às demais dimensões os fatores que influenciam na adesão são semelhantes às demais faixas etárias: dentre as barreiras é possível observar o número de medicamentos utilizados (LEFORT et al., 2018; ZUCKERMAN et al., 2012); não acreditar na farmacoterapia (PARK et al., 2018a); número de comorbidades (ZUCKERMAN et al., 2012) e uso de medicamentos inapropriados para idosos (risco de provocar RAM) (PRADHAN; PANDA, 2018). Dentre os facilitadores estão a escolaridade (PRADHAN; PANDA, 2018); subsídios para acesso ao medicamento (LEFORT et al., 2018); educação em saúde (LAI et al., 2018) e qualidade de vida (HOLT et al., 2010) Dessa maneira, tais resultados contribuem para a possibilidade de tomada de condutas semelhantes entre os idosos e adultos não idosos por parte do profissional de saúde em um cenário de possível não adesão, uma vez que as barreiras e facilitadores são semelhantes entre essas faixas etárias.

Apesar da literatura recomendar a utilização de medidas subjetivas e objetivas em conjunto para mensurar a adesão, a utilização maciça de técnicas subjetivas foi observada (adesão autorreferida), esse cenário pode ser explicado pela facilidade de utilização da adesão das medidas subjetivas em comparação com as medidas objetivas no que tange ao custo, facilidade de utilização, e ressalva-se a possibilidade de identificar as causas da não adesão (KINI; MICHAEL HO, 2018; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; STIRRATT et al., 2015); essa identificação dá subsídios para nortear a conduta do profissional e saúde e não se limita a identificar somente a não adesão, situação muito relevante, sobretudo na prática clínica (HUGTENBURG et al., 2013). Ainda nesse contexto, a segunda maior estratégia utilizada para mensurar a adesão nos estudos selecionados foi a contagem dos comprimidos utilizados (ASEFZADEH et al., 2014; BHUYAN et al., 2018; BIDWAL et al., 2017; BILLUPS; MALONE; CARTER, 2000; CALABRIA et al., 2016; CHOUDHRY et al., 2011; DEGROOTE et al., 2014; DHAMANE et al., 2016; EVANS et al., 2016; FRECH et al., 2018a; GRANT et al., 2004; GUPTE-SINGH; KIM; BARNER, 2015; HOLT et al., 2010; HUERTAS-VIECO et al., 2014; KEARNEY et al., 2016; KHANNA et al., 2012; KIM et al., 2018; LALIBERTÉ et al., 2012; LAUFFENBURGER et al., 2016; LI et al., 2016; MUZINA et al., 2011;

RICHARD et al., 1992; SERNA et al., 2015; SHALANSKY; LEVY, 2002; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019; SHERMAN et al., 2009; SURBHI et al., 2018; XIA et al., 2015; YOEL et al., 2013; ZUCKERMAN et al., 2012), no entanto, é importante ressaltar que para utilizar essa estratégia é preciso haver acesso ao sistema de identificação de consultas e dispensação único, sendo assim, esses estudos não foram realizados no Brasil pois essa prática seria dificultada no contexto brasileiro uma vez que, apesar da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), é comum a observação de pessoas que utilizam tanto o SUS quanto outros serviços de acesso à consultas médicas e dispensação de medicamentos (VIACAVA et al., 2018), inviabilizando assim a utilização dessa estratégia no contexto brasileiro.

O *Morisk Medication Adherence Scale* (MMAS) possui versões validadas para as seguintes condições crônicas de saúde: HAS; DM; tuberculose, asma; gota; HIV; desordens psiquiátricas; doença de Parkinson, vitiligo; osteoporose (KWAN et al., 2020); no entanto, nos estudos incluídos nessa revisão, esse instrumento foi utilizado no contexto de diversas doenças crônicas que diferem das populações em que o mesmo foi validado: doenças digestivas crônicas (DEWULF et al., 2006, 2007); dislipidemias (LANGLEY; BUSH, 2014); várias doenças crônicas (REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014); miastenia gravis (IDIÁQUEZ et al., 2018) e artrite psoriática (KOLIOS et al., 2019). Salienta-se a importância da utilização de questionários validados no contexto da doença em que será utilizado (TERWEE et al., 2007); ainda nesse contexto, a revisão realizada por Kwan et al., (2020) apontou inconsistências no que tange a avaliação das propriedades psicométricas dos estudos que validaram as mais diversas versões do MMAS. Nesse cenário, essa revisão além de trazer avanços para subsidiar a comparação dos fatores que influenciam na adesão no contexto das mais diversas doenças crônicas, ainda possibilitou a extração desses dados como subsídios para o desenvolvimento de um questionário para avaliar os fatores que influenciam na adesão nas mais diversas condições crônicas de saúde, e não em uma condição específica.

Apesar de poucos estudos que avaliaram a adesão no contexto brasileiro (n: 6), tendo em vista a quantidade de estudos realizados no contexto dos EUA (n:44), salienta-se que apesar do Brasil estar à frente de outros países desenvolvidos em termos de quantidades de estudos realizados, considerando a dimensão do seu território, densidade populacional, e problemas relacionados a adesão existentes (TAVARES et al., 2016) foram encontrados poucos estudos. No entanto, as pesquisas realizadas no Brasil sobre os fatores que influenciam na adesão trouxeram fatores relacionados ao custo

(DENHAERYNCK et al., 2018; REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014) características sociodemográficas (TAVARES et al., 2016), semelhantes aos fatores encontrados em contextos dos demais países; todavia, o estudo de (REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014) apresentou como um facilitador para a adesão a presença do agente comunitário de saúde, característica passível de ser observada no contexto do Sistema Único de Saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018) e, apesar dessa categoria profissional ser encontrada em diversos países (OLANIRAN et al., 2017), salienta-se a importância desse profissional no contexto brasileiro, uma vez que somente no Brasil esse profissional foi relacionado à promoção da adesão. Em suma, à vista dessas semelhanças entre o Brasil e os diversos países, torna-se passível considerar tais fatores para o contexto brasileiro.

Estudos transversais demandam baixo custo e são passíveis de serem realizados em tempos menores em comparação com outros estudos de delineamento observacional (WANG; CHENG, 2020), em contrapartida não é possível realizar correlações temporais (FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014; WANG; CHENG, 2020); nesse sentido, tendo em vista que a maioria dos estudos dessa revisão apresentou delineamento transversal, estabelecer a relação entre a causa e o efeito dos fatores que influenciam na adesão, sobretudo na severidade da doença e presença de comorbidades, foi difícil, uma vez que tais fatores tendem a aparecer em pacientes que não têm adesão ao tratamento, tal fato pode ter facilitado o aparecimento desses fatores tanto nas barreiras (AKDOGAN et al., 2019; AMBAW et al., 2012; BURGE et al., 2005; CHEN et al., 2010; CHOUDHRY et al., 2011; DESAI et al., 2014; EL HELOU et al., 2019; FRECH et al., 2018b; GUPTE-SINGH; KIM; BARNER, 2015; KHANNA et al., 2012; KRAUSKOPF et al., 2015; LEFORT et al., 2018; LEMAY et al., 2018; MANN et al., 2009; MUZINA et al., 2011; RUSSELL; KAZANTZIS, 2008; TAVARES et al., 2016), quanto nos facilitadores (DESAI et al., 2014; GERADA et al., 2017; IBRAHIM et al., 2011; KOLIOS et al., 2019; MEKONNEN et al., 2017; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019); sendo assim, não obstante às questões relacionadas ao desenho de estudo, e levando em consideração que esses fatores podem motivar o paciente a utilizar o medicamento, salienta-se que a severidade dos sintomas e presença de complicações podem motivar a adesão uma vez que, segundo o modelo de crenças em saúde, a suscetibilidade percebida motiva a adesão ao tratamento (CLARK et al., 1991).

Esta revisão incluiu diversas condições crônicas de saúde que vão além das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), como dor crônica e AIDS, considerando dessa

maneira, o termo “guarda-chuva” problema de saúde crônico tendo em vista a necessidade da utilização de medicamentos por um longo período (maior que três meses) comum a todos esses problemas de saúde (BERNELL; HOWARD, 2016). Nesse contexto, essa revisão deu subsídios para a comparação desses fatores nos mais diversos problemas de saúde crônicos; salienta-se a grande semelhança encontrada nesses fatores (tabela 08), ou seja, facilitadores como renda, suporte social, maior idade, escolaridade, motivação para utilizar a farmacoterapia, formação de vínculo com o profissional de saúde; educação em saúde; acreditar na farmacoterapia; perceber os benefícios da farmacoterapia; motivação para o autocuidado e severidade da doença; foram comuns às diversas condições crônicas de saúde, bem como as barreiras: custo com o medicamento, complexidade da farmacoterapia; Reação Adversa ao Medicamento; maior número de prescritores e farmácias utilizadas; maior idas aos serviços de urgência e emergências; acreditar que o medicamento não é necessário e ter depressão. Observar a semelhança entre esses fatores foi importante no sentido de salientar a relevância desses fatores, uma vez que são comuns as condições crônicas de saúde e dar subsídios para as intervenções dos profissionais de saúde das diversas áreas.

Ainda com relação aos fatores que influenciam na adesão, encontrou-se divergências no que tange ao consumo de álcool e tabagismo como barreira para adesão no contexto da dor crônica (BROEKMANS et al., 2010), hipotireoidismo (EL HELOU et al., 2019) e tabagismo e uso de drogas ilícitas em pacientes com HIV (DEGROOTE et al., 2014). O hábito de fumar é comum em pessoas com dor crônica (FISHBAIN et al., 2007), além disso, diferenças entre as populações utilizadas podem explicar tais divergências, uma vez que esses estudos utilizaram pessoas mais jovens e existem evidências de que o consumo dessas substâncias não está associado ao envelhecimento saudável (DASKALOPOULOU et al., 2018). Além disso, um estudo realizado no contexto de doenças crônicas respiratórias encontrou evidências de que a adesão era menor no grupo de pessoas vacinadas contra o vírus *influenza* (DHAMANE et al., 2016); e ainda, um facilitador para a adesão exclusivo do DM foi o hábito de transportar a insulina (GERADA et al., 2017), característica importante, uma vez que a pessoa precisa transportar e armazenar corretamente a insulina quando sai de casa (BAHENDEKA et al., 2019); e por fim, um outro facilitador encontrado no contexto da asma foi o diagnóstico fornecido pela atenção básica à saúde (BIDWAL et al., 2017), a literatura recomenda que essa condição crônica de saúde seja tratada no nível da atenção básica à

saúde, sendo recomendado o encaminhamento ao especialista em casos mais graves (WU; BRIGHAM; MCCORMACK, 2019)

O gênero foi largamente avaliado nos 144 estudos incluídos nessa revisão (Apêndice K), no entanto, alguns estudos não apresentaram evidências de associação entre a adesão e o gênero (AKDOGAN et al., 2019; ASEFZADEH et al., 2014; AXELSSON et al., 2011; BANIK, RAY, KUMAR, 2013; BURGE et al., 2005; FARLEY et al., 2012; IDIÁQUEZ et al., 2018; NELSON et al., 1978; BIDWAL et al., 2017; BILLUPS; MALONE; CARTER, 2000; BROEKMANS et al., 2010; CANTUDO-CUENCA et al., 2014; CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; DABAGHIAN et al., 2016; DEWULF et al., 2006; DEGROOTE et al., 2014; DOMPELING PETRUS VAN GRUNSVEN et al., 1992; EL HELOU et al., 2019; ETEBARI; PEZESHKI; FAKOUR, 2019; EVANS et al., 2016; FORTUNA et al., 2018; FRECH et al., 2018; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007; GERADA et al., 2017; GRANT et al., 2014; HATAH et al., 2015; HUERTAS-VIECO et al., 2014; KEARNEY et al., 2016; KELLICI et al., 2019; KRAUSKOPF et al., 2015; LALIBERTÉ et al., 2012; LI et al., 2016; MARCUM et al., 2013; MIURA et al., 2000; NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; PARK et al., 2018, 2018a, 2013; SERNA et al., 2015; SHALANSKY; LEVY, 2002; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019; SHRUTHI et al., 2016; SMALLS et al., 2015; SUFIZA AHMAD et al., 2013; SURBHI et al., 2018; TAN et al., 2016; TAVARES et al., 2016; WEISS; BARTOV, 2011; XIA et al., 2015)e alguns estudos encontraram evidências de que o gênero feminino é um facilitador para a adesão (AMBAW et al., 2012; CHEN et al., 2010; CHOUDHRY et al., 2011; DABAGHIAN et al., 2016; GUPTE-SINGH; KIM; BARNER, 2015; KOLIOS et al., 2019; LANGLEY; BUSH, 2014; REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014; YOEL et al., 2013), enquanto outros apresentaram o gênero feminino como uma barreira para a adesão (BHUYAN et al., 2018; DENHAERYNCK et al., 2018; DESAI et al., 2014; KHANNA et al., 2012; MUZINA et al., 2011; PRADHAN; PANDA, 2018; QUISEL et al., 2019); esses achados evidenciam uma contradição na literatura no que tange ao gênero como fator que influencia na adesão.

Um cenário parecido também é observado com relação ao fator etnia, muitos estudos não encontraram evidências de influência da etnia na adesão (BHUYAN et al., 2018; BIDWAL et al., 2017; BURGE et al., 2005; NELSON et al., 1978; CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; DEGROOTE et al., 2014; LANGLEY; BUSH, 2014; SUFIZA AHMAD et al., 2013; SURBHI et al., 2018; TAN et al., 2016; TAVARES et al., 2016),

alguns trouxeram como um facilitador a etnia negra (KHANNA et al., 2012); ou barreira a etnia negra (FARLEY et al., 2012; MARCUM et al., 2013); ou ainda como um facilitador a etnia branca (GADKARI; MCHORNEY, 2012; GUPTE-SINGH; KIM; BARNER, 2015); estudos mostraram que hispânicos são mais aderentes do que negros (KRAUSKOPF et al., 2015). Salienta-se dessa maneira, a divergência dos resultados encontrados, provavelmente devido as características da amostra do estudo podem ter influenciado essa diversidade encontrada; não obstante a importância das questões ligadas à etnia na epidemiologia, sobretudo para nortear as intervenções de políticas públicas, salienta-se a necessidade de contextualizar a análise ligada à etnia definindo a classificação adotada, sobretudo com questões ligadas aos fatores socioeconômicos, que podem atuar como variáveis de confundimento, principalmente em países com muita diversidade como o Brasil (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012)

Apesar da maioria dos estudos apresentarem a polifarmácia como uma barreira para a adesão (BROEKMANS et al., 2010; CHOUDHRY et al., 2011; DABAGHIAN et al., 2016; EVANS et al., 2016; IDIÁQUEZ et al., 2018; LEFORT et al., 2018; NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016; TAVARES et al., 2016), alguns estudos apresentaram evidências de que o número de medicamentos é um facilitador para a adesão (BURGUE et al., 2005; GRANT et al., 2004; SHALANSKY; LEVY, 2002; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019; SURBHI et al., 2018); essa divergência pode ser explicada sobretudo por meio de fatores ligados à equipe de saúde, ou seja, pacientes recebendo vários medicamentos podem ter recebido melhores orientações de como utilizá-los (BURGE et al., 2005), salienta-se que uma vez que o paciente tenha acesso ao medicamento a polifarmácia em si pode não ser um impedimento para a adesão e pode denotar maior percepção por parte do paciente da suscetibilidade provocada pela doença, motivando assim a adesão (GRANT et al., 2004), mas sobretudo, acreditar na farmacoterapia e aceitar a doença pode ser facilitadores para adesão que se sobrepõem à polifarmácia (SHALANSKY; LEVY, 2002; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019; SURBHI et al., 2018).

Vários estudos apresentaram a Reação Adversa ao Medicamento como uma barreira para a adesão (AWAD; OSMAN; ALTAYIB, 2017; BURGE et al., 2005; CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; GERADA et al., 2017; MANN et al., 2009; RUSSELL; KAZANTZIS, 2008; SHRUTHI et al., 2016; TEDLA; BAUTISTA, 2016; WEI et al., 2017; YOEL et al., 2013); e ainda, também nesse sentido a percepção dos malefícios da farmacoterapia (CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008;

DENHAERYNCK et al., 2018; DING et al., 2018; HARO MÁRQUEZ COLS, 2015; KOLIOS et al., 2019; KRAUSKOPF et al., 2015; LEE et al., 2018; LEMAY et al., 2018; MANN et al., 2009; PARK et al., 2018b; RUSSELL; KAZANTZIS, 2008; YOEL et al., 2013; ZIDAN et al., 2018) também foi encontrada como uma barreira para adesão; dessa maneira, ressalta-se a importância da realização de intervenções que visam minimizar os efeitos indesejados causados pelo uso do medicamento, tendo em vista a promoção da adesão ao mesmo. Não obstante a relevância da equipe multiprofissional para a prevenção de RAM, o farmacêutico clínico tem um papel fundamental na prevenção e notificação das RAM (VAN GROOTHEEST et al., 2004). Por fim, identificar a barreira que está motivando a não adesão ao invés de apenas identificar a presença da não adesão, torna-se essencial no sentido de nortear as intervenções realizadas pelo profissional de saúde.

Tendo em vista que promoção da adesão ao medicamento deve ser de responsabilidade mútua entre o paciente e o profissional de saúde (DICKINSON; WILKIE; HARRIS, 1999; VRIJENS et al., 2012), essa revisão encontrou evidências de que corroboram com essa perspectiva sobre a adesão, pois dentre os facilitadores para a adesão encontrou-se o número e duração de consultas médicas (BIDWAL et al., 2017; EL HELOU et al., 2019; EVANS et al., 2016; KELLICI et al., 2019; MIURA et al., 2000; SURBHI et al., 2018; WEISS; BARTOV, 2011), confiança e satisfação com a equipe de saúde (BURGE et al., 2005; NAGY, WOLF, 1984; EL HELOU et al., 2019; FORTUNA et al., 2018; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007; LEE et al., 2018; MEKONNEN et al., 2017), acesso ao serviço de saúde (AMBAW et al., 2012; DENHAERYNCK et al., 2018; MUZINA et al., 2011; SHERMAN et al., 2009), e visita do agente comunitário de saúde (REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014); e corroborando com a importância da formação de vínculo com a equipe de saúde, um maior número de prescritores e farmácias, visitas ao serviço de urgência e emergência são barreiras para a adesão (CHOUDHRY et al., 2011; LAUFFENBURGER et al., 2019; SURBHI et al., 2018; TAVARES et al., 2016). Nesse contexto, o contato com a equipe de saúde torna-se essencial para a promoção da adesão à farmacoterapia.

Nesse universo, a percepção da severidade da doença e dos benefícios da farmacoterapia (AMBAW et al., 2012; CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; DING et al., 2018; GADKARI; MCHORNEY, 2012; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007; HARO MÁRQUEZ COLS, 2015; HORNE; WEINMAN, 1999; HSIAO; CHANG; CHEN, 2012; MEKONNEN et al., 2017; NELSON et al., 1978; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; PARK et al., 2018b; SHRUTHI et al., 2016; TURRISE, 2016; UNNI;

SHIYANBOLA, 2016; YOEL et al., 2013), juntamente com a educação em saúde (AMBAW et al., 2012; AWWAD et al., 2015; BURGE et al., 2005; KELLY, SCOTT, 1990; EL HELOU et al., 2019; HERNANDEZ-TEJADA et al., 2012; KOLIOS et al., 2019; MIURA et al., 2000; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; QUISEL et al., 2019; SUFIZA AHMAD et al., 2013; TESHOME et al., 2017), foram identificados como facilitadores para a adesão e corroboram com a importância da equipe de saúde no que tange à promoção da adesão à farmacoterapia.

E ainda, a capacidade de ler rótulos (RICHARD et al., 1992), comportamento vigilante com a informação recebida (CHRISTENSEN et al., 1994), motivação (BURGE et al., 2005; HEISSAM; ABUAMER; EL-DAHSHAN, 2015), preocupação com a aprovação social (BURGE et al., 2005; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007), qualidade de vida percebida (DEGROOTE et al., 2014; FORTUNA et al., 2018; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007; HOLT et al., 2010; MARCUM et al., 2013; PARK et al., 2018b; REMONDI; CABRERA; DE SOUZA, 2014), auto eficácia (CHEN et al., 2010; DING et al., 2018; SIMONI; FRICK; HUANG, 2006), e o hábito de utilizar o medicamento (DURAND et al., 2018) também são facilitadores para a adesão, juntamente com as barreiras: sentir-se incapaz (KURITA, PIMENTA, 2003; MANN et al., 2009), não percepção da severidade da doença (MANN et al., 2009), baixa qualidade de vida (HOLT et al., 2010), falta de educação em saúde (NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010), limitações físicas (FRECH et al., 2018; LAUFFENBURGER et al., 2019; MARCUM et al., 2013), interromper o tratamento farmacológico quando sente-se melhor (GERADA et al., 2017; KELLICI et al., 2018), todos esses fatores vão ao encontro do modelo de crenças em saúde (CLARK et al., 1991) e da teoria da proteção motivação (PREISSNER et al., 2022) uma vez que o comportamento de adesão pode ser explicado como sendo fruto da percepção da severidade da doença e de sentir-se capaz de realizar o tratamento.

Outra barreira para a adesão encontrada nos estudos dessa revisão foi a depressão (DANIALI et al., 2019; GADKARI; MCHORNEY, 2012; IDIÁQUEZ et al., 2018; MANN et al., 2009; SHETH et al., 2015), trata-se de outro gatilho para os profissionais de saúde atentarem na avaliação da adesão.

Uma limitação desse estudo foi a inclusão de estudos de delineamento transversal, impossibilitando a determinação da relação causa efeito entre os fatores que influenciam na adesão e a utilização do medicamento, sobretudo nos fatores relacionados à doença, no entanto, a não utilização desse desenho de estudo diminuiria a quantidade de fatores

encontrados, uma vez que a maioria dos estudos incluídos apresentaram esse delineamento; além disso, salienta-se que as divergências encontradas, possivelmente causadas pela delineamento transversal, foram amplamente discutidas, proporcionando ao leitor uma visão ampla sobre tais situações.

Em uma *Overview* realizada por Gaste, Mathes (2019), os fatores que influenciam na adesão foram apresentados, nas mais diversas condições crônicas, assim como nessa revisão, no entanto, essa revisão trouxe originalidade no que tange a uma maior quantidade de fatores e discussão sobretudo sobre fatores relacionados ao sistema de saúde e a pessoa.

Por fim, tendo em vista que mensurar a adesão à farmacoterapia é importante na prática clínica considerando atingir as metas terapêuticas e resultados esperados em saúde (USHERWOOD, 2017), e ainda, o esforço para entender a peculiaridade dos fatores que levam o paciente a não aderir à farmacoterapia deve ser rotina na prática clínica dos profissionais de saúde (MEDDINGS et al., 2012), inclusive do farmacêutico (BUBALO et al., 2010) e, além disso, Clyne et al (2019) encontraram que os profissionais de saúde tendem a superestimar a adesão ao tratamento prescrito em seus pacientes; frente a esse cenário, a revisão realizada nesse estudo proporcionou uma abrangente visão sobre os fatores, sobretudo no que tange a comparação entre as diversas condições crônicas de saúde, dando subsídios para a identificação dos motivos que levaram a não adesão para nortear as intervenções dos profissionais de saúde.

Ainda com relação aos subsídios para a elaboração dos itens do BFAF, nas entrevistas semiestruturadas a categoria **Não adesão não intencional** reuniu falas dos pacientes em que o esquecimento foi exposto como algo involuntário, não causado por uma condição de saúde ou pela maior idade, uma vez que a população entrevistada continha somente um idoso e os entrevistados não alegaram ter problemas de saúde relacionado a perda de cognição; em consonância a esses fatos, duas profissionais de saúde também apontaram o esquecimento como barreira para a adesão como uma questão involuntária; o esquecimento é uma barreira importante para a adesão sobretudo em idosos (BORON; ROGERS; FISK, 2013), no entanto, em uma revisão sistemática com estudos que avaliaram a adesão em adolescentes com doenças crônicas, o esquecimento também apareceu como uma importante barreira para a adesão (HANGHØJ; BOISEN, 2014). Não obstante a importância de identificar e direcionar estratégias para a barreira esquecimento, sobretudo utilizando dispositivos para minimizar o esquecimento quando o profissional de saúde julgar necessário (BORON; ROGERS; FISK, 2013), na interpretação das falas

dentro da categoria **Não adesão não intencional** é possível observar uma pequena quantidade e relevância relatada tanto pelos profissionais, quanto pelos pacientes ao esquecimento, em comparação com as demais categorias; Hamilton et al (2022) realizaram um estudo semelhante onde foram entrevistados pacientes e profissionais de saúde e obteve resultado semelhante no que tange a pequena relevância dada ao esquecimento como barreira para a adesão.

A categoria **Motivação para a utilização da farmacoterapia** reuniu informações que compactuam com o modelo de crenças em saúde, segundo o qual a motivação é importante para a realização do comportamento necessário para o tratamento da condição de saúde (ROSENSTOCK, 1974); nesse sentido, os profissionais e os pacientes indicaram informações sobre a suscetibilidade percebida pela doença (perceber a severidade da doença e aceitar a condição de saúde) como facilitadores para a adesão, e os subsídios na literatura também auxiliam o profissional a “convencer” o paciente a utilizar o medicamento. Outros estudos também salientam a importância de estratégias de motivação para promover a adesão ao tratamento proposto (SALVO; CANNON-BRELAND, 2015; VARMING et al., 2015), dessa maneira, os resultados das entrevistas corroboram com a importância de nortear as intervenções do profissional de saúde tendo em vista a motivação para a utilização do medicamento, sobretudo no que tange a estratégias para perceber a severidade e aceitação da condição de saúde.

A categoria **Acesso ao medicamento** reuniu aspectos relacionados, sobretudo, ao custo para a aquisição do mesmo, salienta-se que apesar de todos os pacientes entrevistados terem alta escolaridade, o que pode indicar renda elevada (SALVATO, FERREIRA, DUARTE, 2010) o alto custo com o tratamento para o diabetes mellitus foi indicado como uma barreira para a adesão; Taylor (2020) discorreu em uma revisão sobre o elevado custo desse tratamento sobretudo para os pacientes mais vulneráveis economicamente. No contexto brasileiro, o acesso aos medicamentos via SUS foi apontado, tanto pelos profissionais, quanto pelos pacientes, como um facilitador para a adesão, nesse ambiente, um estudo de base populacional realizado no Brasil apontou a importância do acesso aos medicamentos para as DCNT via SUS (OLIVEIRA et al., 2016); ainda nesse ambiente, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) possibilita o acesso aos medicamentos utilizando protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, utilizando para tanto, critérios de diagnósticos e mecanismos de monitoramento clínico, é essa política que propicia o acesso aos medicamentos com maior custo no SUS (ROVER et al., 2021), nesse cenário, uma barreira encontrada nas

entrevistas com os profissionais e os pacientes foi a “burocracia” para o acesso à esse programa, não obstante a importância dessa política, o estudo realizado por Rover et al., (2021) avaliou o CEAF em diferentes regiões do Brasil e apresentou que esse programa é dependente de políticas locais sobretudo no que tange ao treinamento de mão de obra e espaço físico disponível, isso pode dificultar o acesso ao medicamento em alguns casos e vem ao encontro dos resultados encontrados nesse estudo.

Ainda no que tange a categoria **Acesso ao medicamento**, a situação de desemprego apontada como uma barreira de acesso aos medicamentos pelos profissionais de saúde dialoga com a revisão de escopo apresentada nesse estudo, uma vez que vários estudos apontam para a importância da situação de emprego para o acesso ao medicamento (EL HELOU et al., 2019; GADKARI; MCHORNEY, 2012; LI et al., 2016; NELSON et al., 1978; PARK et al., 2018; SMALLS et al., 2015).

A categoria **Fatores relacionados ao medicamento** reuniu barreiras e facilitadores ligados ao medicamento seguindo a dimensão apresentada pelo OMS (SABATÉ, 2003); a polifarmácia como uma barreira interpretada das entrevistas dialoga com a revisão de escopo apresentada nessa tese, pois vários estudos apresentaram a polifarmácia como uma barreira para a adesão (AWAD; OSMAN; ALTAYIB, 2017; BROEKMANS et al., 2010; CHOUDHRY et al., 2011; DABAGHIAN et al., 2016; EVANS et al., 2016; IBRAHIM et al., 2011; IDIÁQUEZ et al., 2018; LEFORT et al., 2018; NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016; TAVARES et al., 2016), no entanto, é importante salientar que nas falas dos pacientes é possível observar que o incômodo causado pela polifarmácia não os impede de utilizar o medicamento, indo ao encontro dos resultados apresentados na revisão nessa tese, uma vez que alguns estudos apresentam a polifarmácia como um facilitador para a adesão (BURGUE et al., 2005; GRANT et al., [s.d.]; SHALANSKY; LEVY, 2002; SHANI; LUSTMAN; VINKER, 2019; SURBHI et al., 2018).

Além disso, incômodos causados pela utilização do medicamento como o tamanho do medicamento e a presença de RAM foram indicados como barreiras para a adesão, assim como em outros estudos indicados na revisão de escopo dessa tese (AWAD; OSMAN; ALTAYIB, 2017; BURGE et al., 2005; CLIFFORD; BARBER; HORNE, 2008; GERADA et al., 2017; MANN et al., 2009; RUSSELL; KAZANTZIS, 2008; SHRUTHI et al., 2016; TEDLA; BAUTISTA, 2016; WEI et al., 2017; YOEL et al., 2013) e em um estudo de cunho qualitativo (KVARNSTROM; AIRAKSINEN; LIIRA, 2018), no entanto, as entrevistas trouxeram nuances importantes para nortear as intervenções dos

profissionais de saúde, uma vez que o conhecimento sobre a RAM foi apontado como um facilitador para promover a adesão, salientando a importância da educação em saúde, assim como no estudo apresentado por Awad; Osman; Altayib, (2017). Ainda nesse contexto, segundo o modelo de crenças em saúde perceber barreiras ao utilizar o medicamento pode dificultar a adesão ao mesmo (ROSENSTOCK, 1974).

Acreditar e perceber os benefícios da farmacoterapia foi largamente apontado como facilitadores para adesão, assim como não acreditar na farmacoterapia como uma barreira, resultados que dialogam com o modelo de crenças em saúde uma vez que essa teoria apresenta que perceber os benefícios da farmacoterapia é importante para motivar o comportamento de adesão (ROSENSTOCK, 1974); além disso, vários estudos apresentam a importância desses fatores para a adesão (NELSON et al, 1974; NICKLAS; DUNBAR; WILD, 2010; RUSSELL; KAZANTZIS, 2008; WEI et al., 2017; ZIDAN et al., 2018).

Tendo em vista que todos os pacientes entrevistados utilizavam insulina, alguns fatores foram apontados peculiares ao uso desse medicamento. O uso da insulina abarca aspectos no que tange à aplicação, armazenamento e automonitoramento da glicemia capilar (SARBACKER; URTEAGA, 2016); nesse sentido, vários fatores foram levantados na interpretação dos resultados obtidos; a dor na aplicação foi interpretada como uma barreira para a adesão, Aronson (2012) alerta sobre a importância de intervenções que visam minimizar a dor na aplicação da insulina tendo em vista a adesão a esse medicamento, a qual pode ser minimizada por meio da utilização da técnica correta de aplicação e agulhas apropriadas; além disso, o transporte, a necessidade de rodízio, e o automonitoramento da glicemia capilar foram levantados como barreiras para a adesão e, nesse contexto, a educação em saúde é importante uma vez que o paciente precisa compreender a importância dessas atitudes (ARONSON, 2012; VIRDI et al., 2012); ainda no que tange aos fatores ligados ao uso da insulina, o medo da autoaplicação também emergiu das entrevistas como uma barreira para a adesão, assim como no estudo realizado por Spain et al (2016), salientando a importância da educação em saúde para minimizar essa barreira (KRUGER; LARUE; ESTEPA, 2015).

A percepção de que “utiliza muitos medicamentos” interpretados dos dados obtidos pode ser compreendida como uma barreira percebida no que tange o modelo de crenças em saúde, e, portanto, tem influência no comportamento de adesão, Liu et al., (2021) apresentaram a importância da educação em saúde para minimizar barreiras percebidas para a utilização do medicamento.

Ainda com relação à aplicação a insulina, os profissionais apontaram a falta de habilidade psicomotora como uma barreira para a adesão, uma vez que as habilidades psicomotoras dizem respeito ao “fazer”, ou seja, tudo o que demanda efetuação neuromuscular, como por exemplo, manusear um objeto ou equipamento (TRONCON; PANÚNCIO-PINTO, 2014), habilidade importante para a aplicação da insulina; ressalta-se que os pacientes não apontaram tal barreira, pois os entrevistados não apresentavam dificuldades psicomotoras, uma vez que tinham acesso ao equipamento eletrônico (Smartphone ou Computador) para a realização da entrevista.

A categoria **Suporte social** elencou a importância do apoio social da família, amigos e associações de pessoas com diabetes para a adesão à farmacoterapia; a revisão sistemática realizada por Shahin; Kennedy; Stupans, (2021) com hipertensos apresentou evidências da importância do apoio familiar, dos profissionais de saúde e de outras pessoas com a mesma condição de saúde na adesão à farmacoterapia para HAS, sobretudo em pessoas mais idosas. Dessa maneira, os resultados trazem subsídios para o incentivo a participação de associações de pessoas convivendo com determinados problemas de saúde e atenção, por parte dos profissionais de saúde, a pessoas que não possuem apoio familiar no que tange o uso do medicamento.

Com relação a categoria **Fatores ligados aos profissionais de saúde**, as subcategorias orientações sobre a farmacoterapia, formação de vínculo com o prescritor e atentar-se às preferências do paciente para a seleção da farmacoterapia estão de acordo com a proposta de atendimento descrita pelo Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), pois nesse modelo de cuidado a pessoa é priorizada, ou seja, a proposta é explorar a saúde e a doença em conjunto com a experiência da doença que a pessoa apresenta elaborando um plano de cuidado em conjunto com a pessoa (COULTER; OLDHAM, 2016); ainda nesse sentido, essas subcategorias também compactuam com o termo “concordance”, pois na interpretação oriunda das entrevistas, levar em consideração as expectativas e preferências do paciente foi apontado como facilitadores para a adesão (DICKINSON; WILKIE; HARRIS, 1999; VRIJENS et al., 2012). Importante apontar que os entrevistados possuíam boa cognição e não apresentavam doenças mentais, pois levar em consideração as preferências do paciente é um grande desafio no que tange ao cuidado nas doenças mentais (COULTER; OLDHAM, 2016). Vários estudos apresentam fatores relacionados a uma boa relação com o profissional de

saúde e adesão ao tratamento (BURGE et al, 2005; NAGY, WOLF, 1984; FORTUNA et al., 2018; GAUCHET; TARQUINIO; FISCHER, 2007; LEE et al., 2018; MEKONNEN et al., 2017), inclusive no que concerne a satisfação com as orientações recebidas pelo prescritor (EL HELOU et al., 2019) e importância da comunicação entre o prescritor e o paciente para a adesão ao tratamento (TURNER et al., 2022). Dessa maneira, nessa categoria foram levantados importantes fatores os quais são passíveis de mudança e de intervenção dos profissionais de saúde, fortalecendo a importância da formação de vínculo e das preferências para a seleção da farmacoterapia como ferramentas para promover a adesão.

Com relação à barreira identificada de seleção da marca do medicamento pelo prescritor, atitude a qual pode limitar o acesso ao medicamento uma vez que a marca selecionada pode ter maior custo em comparação a outras, no entanto, o prescritor pode, ao prescrever o medicamento, limitar a intercambialidade, e ainda, apesar de avanços no acesso aos medicamentos genéricos, vale ressaltar que a prescrição desse tipo de medicamento ainda é considerada baixa no Brasil (ARAÚJO et al., 2010).

No que diz respeito aos fatores inseridos dentro da categoria **Conhecimentos e Habilidades para a utilização do medicamento**, é importante salientar que o termo literacia em saúde pode ser caracterizado pelo conhecimento alcançado para o auto cuidado, o qual depende, além da capacidade cognitiva da pessoa, do serviço de saúde utilizado, sendo o conhecimento em saúde é uma parte inserida dentro desse domínio (BAKER, 2006); e ainda, o conhecimento pode ser compreendido no âmbito cognitivo, enquanto a habilidade está inserida no campo do “fazer”(TRONCON; PANÚNCIO-PINTO, 2014), nesse sentido, a categoria do conhecimento e habilidades para utilizar o medicamento reuniu tanto questões do campo cognitivo (conhecimento sobre o medicamento e sobre a doença), quanto sobre a habilidade de ajuste de dose da insulina com base na rotina. Vários estudos apresentam o conhecimento em saúde como um facilitador para a adesão (AMBAW et al., 2012; AWWAD et al., 2015; BURGE et al, 2005; KELLY, SCOTT, 1990; EL HELOU et al., 2019; KOLIOS et al., 2019; LAI et al., 2018; MIURA et al., 2000; SUFIZA AHMAD et al., 2013; TESHOME et al., 2017; YOEL et al., 2013), corroborando com os resultados obtidos nessa pesquisa.

Ainda no campo da categoria dos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento, o uso da insulina requer habilidades que por vezes podem dificultar a adesão à mesma (SARBACKER; URTEAGA, 2016), dentre tais barreiras, a interpretação das entrevistas indicou a automonitorização da glicemia capilar; nesse contexto, o estudo

realizado por Mostrom et al., (2017) utilizando pacientes com diabetes mellitus tipo I, observou que menos de 50% dos participantes realizavam o valor recomendado pela ADA (*American Diabetes Association*), que são quatro medidas de glicemia capilar por dia, sendo assim, levando em consideração que o automonitoramento da glicemia capilar é essencial para a prevenção da hipoglicemia, falhas nesse processo podem dificultar a adesão à insulina (MOSTRÖM et al., 2017); ainda nesse contexto, uma outra barreira encontrada nesse estudo foi a necessidade de ajuste de dose da insulina quando a pessoa sai de sua rotina, bem como a habilidade de realizar esse ajuste de dose foi interpretada como um facilitador para a adesão, nesse cenário, ressalta-se a importância de preparo, organização e até ajuste de dose da insulina necessários em casos em que o paciente vai viajar por exemplo (NASSAR; COOK; EDELMAN, 2012).

Ainda na subcategoria habilidade de ajuste de dose da insulina, outra barreira interpretada das entrevistas com os profissionais e com os pacientes foi a dificuldade de aprender a contagem de carboidratos, apesar da alta escolaridade dos pacientes entrevistados; em uma pesquisa que avaliou o conhecimento sobre a contagem de carboidratos em adultos com diabetes mellitus tipo I, não encontrou associação entre ter o ensino superior e conhecimento sobre a contagem de carboidrato (MEADE; RUSHTON, 2016), nesse sentido, uma vez que a contagem de carboidratos possibilita um melhor controle glicêmico e seleção da alimentação (EVERT et al., 2013), salienta-se a importância de intervenções dos profissionais de saúde que visam o entendimento dessa prática.

O estigma social é caracterizado pelo sentimento de que a pessoa possui alguma característica que a difere socialmente ao meio em que a mesma vive, provocando um sentimento negativo (LINK, PHELAN, 2006; LIU et al., 2017); nesse contexto, a categoria **Estigma social** reuniu fatores sobre a utilização da insulina em público, relatados tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos pacientes. No estudo realizado por (LIU et al., 2017) avaliou-se a presença de estigma em pessoas com diabetes mellitus apresentou evidências de que pessoas que utilizavam insulina apresentaram maiores características de estigma social, além disso, existem evidências da presença de estigma em pessoas com epilepsia (JACOBY; SNAPE; BAKER, 2005), HIV (MAHAJAN et al., 2008), doenças psiquiátricas (RÖSSLER, 2016) e obesidade (PUHL; HEUER, 2009). Dessa maneira, esse estudo apresentou fatores semelhantes aos apresentados na literatura, fortalecendo a importância de intervenções que visam minimizar o sentimento de estigma,

sobretudo da aplicação da insulina em público, tendo em vista a adesão a esse medicamento.

A categoria **Fatores peculiares a situação de vida da pessoa** apresentou divergências entre os profissionais de saúde e os pacientes ; os profissionais apontaram características como importância da acuidade visual para a autoaplicação da insulina, característica que facilita a adesão a insulina (CALDWELL, 1992), no entanto, existem estratégias para facilitar a adesão a autoaplicação da insulina e automonitoramento da glicemia para pessoas com baixa acuidade visual, como a utilização de canetas para a aplicação da insulina (LEE et al., 2013); uma outra barreira apontada pelos profissionais para a adesão à farmacoterapia são os pacientes que vivem em situação de vulnerabilidade social, segundo Bertolozzi et al., (2009) a vulnerabilidade social é uma característica de pessoas expostas a fatores sociais, os quais proporcionam risco de desenvolver doenças; a revisão sistemática realizada por Wilder et al., (2021) trouxe evidências sobre a influência dos determinantes sociais na adesão, sobretudo no que tange a insegurança alimentar em pacientes com diabetes mellitus e HIV.

Ainda na categoria denominada **Fatores peculiares a situação de vida da pessoa**, os profissionais apontaram as doenças mentais como uma barreira para a adesão, ao observar os trechos das falas, é possível ressaltar que o sentido apontado é de transtornos como a depressão que podem dificultar a adesão ao tratamento de outras condições de saúde crônicas, nesse contexto, a meta-análise realizada por Gonzalez et al., (2008) apontou uma forte evidência entre depressão e não adesão em pacientes com diabetes mellitus, salientando a importância dessa barreira ao promover a adesão nos pacientes com condições de saúde crônicas.

Nesse cenário, no que diz respeito aos fatores apontados pelos pacientes, é possível observar fatores que remetem a situações de vida, tais como gravidez e necessidade de cuidar de um familiar, salientando a importância do cuidado centrado na pessoa, ou seja, profissional e saúde atentar-se às preocupações da pessoa tendo em vista um cuidado integral e a promoção a adesão ao tratamento (COULTER; OLDHAM, 2016).

A menor idade como uma barreira para a adesão foi indicada pelos profissionais e pelos pacientes como uma barreira para a adesão, corroborando com os resultados obtidos na revisão de escopo apresentada no item anterior. Ainda nesse contexto, uma profissional de saúde apresentou o gênero feminino como um facilitador para a adesão, no entanto, é importante salientar que conforme foi apresentado também na revisão de escopo, a literatura diverge com relação a esse facilitador.

Os profissionais de saúde narraram sobre a importância da escolaridade como um facilitador para a adesão, corroborando com os achados da revisão de escopo; no entanto, os pacientes não relataram sobre essa importância; é provável que essa divergência tenha ocorrido pois todos os pacientes entrevistados tinham uma alta escolaridade (nível superior completo), dessa maneira, não vivenciaram a falta de escolaridade como uma barreira para a adesão.

O Hábito pode ser definido como a repetição ou persistência de um comportamento ao longo de um determinado tempo (DE HOUWER, 2019), nesse cenário, a categoria **Hábito de utilizar o medicamento** foi interpretada somente pelos pacientes, os quais demonstraram que o costume de utilizar o medicamento é um facilitador para a adesão. O estudo realizado por Fontanet et al., (2021) apresentou evidências da importância do hábito de utilizar o medicamento para a adesão em pessoas com gota, e ainda, o estudo realizado por Phillips, Burns, Leventhal, (2021) apresentou evidências de que o costume de utilizar o medicamento de manhã proporciona maior adesão em comparação com a dose utilizada a noite. Nesse sentido, é importante salientar a importância da formação do hábito de utilizar o medicamento e da adequação à rotina do paciente, uma vez que essa categoria foi relatada apenas pelos pacientes.

Uma limitação desse estudo foi a elevada escolaridade dos pacientes entrevistados, todos tinham pós-graduação, levando em consideração que 17,5% da população brasileira possui o ensino superior completo (BRASIL, 2020b), essa limitação foi inerente à estratégia para a seleção dos pacientes, uma vez que para participar dessa pesquisa era preciso ter acesso à *smartphone* ou computador para a entrevista *on line* devido ao contexto de pandemia causada pelo novo Coronavírus, no entanto, os profissionais entrevistados tinham experiência com os mais diversos pacientes, inclusive no que concerne ao grau de escolaridade, e ainda, ao analisar os fatores que influenciam na adesão descritos pelos profissionais e pelos pacientes foram encontradas muitas semelhanças, o que, não obstante a importância da escolaridade para a adesão, esses resultados podem trazer a tona a discussão da relevância do grau de educação em alguns fatores que influenciam na adesão; um estudo semelhante apresentou as barreiras e os facilitadores para a adesão sob a perspectiva dos profissionais de saúde (KVARNSTROM; AIRAKSINEN; LIIRA, 2018), no entanto, este estudo proporcionou o diálogo entre os fatores que influenciam na adesão interpretados dos profissionais de saúde e dos pacientes utilizando o desenho de cunho qualitativo em condições de saúde

crônicas, dando subsídios para nortear as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o objetivo de promover a adesão ao tratamento.

A elaboração dos itens do BFAF denotou grande abrangência, uma vez que a revisão de escopo dialogou com os resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas com os profissionais e com os pacientes, proporcionando uma amplitude na abordagem do tema e seguindo a recomendação de diversos autores no que tange a utilização de revisão da literatura e entrevistas de cunho qualitativo com a população de interesse (CHOR et al., 2013; FRIEND et al., 2011; HSAIO et al., 2010a; HULLEY, 2008). Além disso, identificar as barreiras e os facilitadores dá subsídios para nortear as intervenções dos profissionais de saúde, tendo em vista a promoção da adesão ao medicamento.

Mokkink et al., (2010) ressaltam a importância da realização de uma revisão sistemática com os instrumentos já disponíveis que mensuram o construto em questão, no entanto, uma revisão sistemática da literatura apresentou todos os instrumentos disponíveis para mensurar a adesão e não foi encontrado instrumento semelhante ao elaborado nessa revisão, ou seja, nenhum questionário se propunha a identificar as barreiras e os facilitadores para a adesão em condições de saúde crônicas (KWAN et al., 2020). Esses achados subsidiaram a elaboração deste instrumento, tendo em vista a importância da identificação desses fatores para a promoção da adesão ao medicamento.

Com relação à validade de conteúdo, na primeira análise dos juízes o IVC de muitos itens estava abaixo de 0,8, valor abaixo do esperado considerando que os itens foram analisados por dez juízes (POLIT; BECK, 2006), sendo assim, as alterações foram realizadas e a segunda versão do BFAF obteve IVC acima de 0,9 e apresentou IVC dos itens acima de 0,78, recomendação para análises utilizando cinco juízes (POLIT; BECK, 2006). Dessa maneira, podemos observar que houve concordância entre os juízes o que proporciona robustez a validação de conteúdo do BFAF.

O BFAF apresenta 30 itens, e esses itens devem ser questionados para cada medicamento e/ou condição e saúde que a pessoa apresentar, dessa maneira, uma limitação desse instrumento é o tamanho, principalmente em pacientes polimedicados; no entanto, não obstante à importância dos itens, uma vez que todos estão correlacionados com os fatores extraídos da revisão de escopo e das entrevistas qualitativas, salienta-se que o BFAF ainda precisa ser submetido a análise da compreensibilidade na população alvo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; MOKKINK et al., 2016; PASQUALI, 1998), além da avaliação das propriedades psicométricas (descritas no item **5. Referencial teórico metodológico**) também por meio da aplicação na população de

interesse (MOKKINK et al., 2010), sendo assim, ao longo desses processos o número de itens pode ser diminuído a depender dos resultados de tais análises.

Em suma, o BFAF foi elaborado utilizando os resultados oriundos de uma abrangente revisão de escopo e de entrevistas de cunho utilizando ambas populações de interesse: pacientes e profissionais de saúde, e ainda, apresenta evidências da validação de conteúdo, o que denota robustez no delinamento utilizado para a elaboração desse questionário, e ainda, esse instrumento apresenta itens dos cinco domínios dos fatores que influenciam na adesão, segundo a OMS: fatores relacionados à equipe e serviço de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à farmacoterapia, fatores relacionados à pessoa e fatores relacionados à doença (SABATÉ, 2003), o que proporciona ao profissional de saúde oportunidade de identificar o fator que está dificultando a adesão e nortear a intervenção a ser realizada, promovendo dessa maneira, a adesão ao tratamento.

9. Conclusão:

- Considerando os objetivos propostos, o BFAF apresenta evidências de que possui validade de conteúdo no que se refere à avaliação realizada pelos juízes, no entanto, é necessário realizar a análise da compressibilidade com a população de interesse;
- A revisão de escopo reuniu os fatores que influenciam na adesão em diversas condições crônicas de saúde e forneceu subsídios para a elaboração dos itens do BFAF;
- As entrevistas semiestruturadas dos profissionais de saúde e dos pacientes forneceram, além do diálogo entre as barreiras e facilitadores interpretados entre os profissionais e os pacientes, subsídios para a elaboração dos itens do BFAF.

REFERÊNCIAS

AHMED, R.; ASLANI, P. **What is patient adherence? A terminology overview.** *International Journal of Clinical Pharmacy* Kluwer Academic Publishers,, 2014.

AKDOGAN, N. et al. Educational level and job status are the most important factors affecting compliance with oral antihistamine therapy for patients with chronic urticaria. *Journal of Dermatological Treatment*, v. 30, n. 2, p. 183–188, 17 fev. 2019.

ALSALMAN, A. J.; SMITH, W. R. Expanding the framework of assessing adherence and medication-taking behavior. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, v. 27, n. 2, p. 114–124, jun. 2013.

AMBAW, A. D. et al. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*, v. 12, n. 1, 2012.

ANDRADE, J. P. et al. Andrade,2002. *Arq Bras Cardiol*, v. 79, n. 4, p. 375–379, 2002.

ARAÚJO, L. U. et al. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. *Rev Panam Salud Publica*, v. 28, n. 6, p. 480 – 492, 2010.

ARMANDO, P. D. et al. Validación de un cuestionario de satisfacción de pacientes con el servicio de indicación en farmacias comunitarias. *Rev. salud pública*. v.11, n. 5, p. 784-793, 2009.

ARONSON, J. K. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, abr. 2007.

ARONSON, R. The role of comfort and discomfort in insulin therapy. *Diabetes Technology and Therapeutics*, 1 ago. 2012.

ASEFZADEH, B. et al. Glaucoma medication adherence in veterans and influence of coexisting chronic disease. *Journal of Glaucoma*, v. 23, n. 4, p. 240–245, 2014.

ATHAVALE, A. S. et al. Development of the medication adherence estimation and differentiation scale (MEDS). *Current Medical Research and Opinion*, v. 35, n. 4, p. 577–585, 3 abr. 2019.

AUER, S. et al. Professional Care Team Burden (PCTB) scale - reliability, validity and factor analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, n. 1, 7 fev. 2015.

AWAD, A.; OSMAN, N.; ALTAYIB, S. Medication adherence among cardiac patients in Khartoum State, Sudan: A cross-sectional study. **Cardiovascular Journal of Africa**, v. 28, n. 6, p. 350–355, 1 nov. 2017.

AWWAD, O. et al. The influence of patients' knowledge on adherence to their chronic medications: a cross-sectional study in Jordan. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 37, n. 3, p. 504–510, 1 jun. 2015.

AXELSSON, M. et al. The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: An Epidemiological study in West Sweden. **PLoS ONE**, v. 6, n. 3, 2011.

BAHENDEKA, S. et al. EADSG Guidelines: Insulin Storage and Optimisation of Injection Technique in Diabetes Management. **Diabetes Ther**, n. 10, p. 341 – 366, 2019.

BAKER, D. W. The meaning and the measure of health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, ago. 2006.

BANIK, S.; RAY, D.; KUMAR, S. Analyzing the Pattern of Prescription Noncompliance in Patients of Cardiac and Diabetic Clinic of a Terceary Care Hospital. **American Journal of Drug Discovery and Development**, n. 3, v. 2, p. 106-112, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1º Edição ed. São Paulo: Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro, 2016.

BARGIACCHI, O. et al. Farmacoeconomia degli antiretrovirali e ruolo dell'aderenza The pharmacoconomics of antiretroviral drugs and the role of adherence. **Le Infezioni in Medicina**, n.4,p. 245-250,2012.

FILHO, M. B.; RISSIN, A. A Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, n. 19, Sup. 1, S181-S191, 2003.

BEATON, D. E. et al. **Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures**. **SPINE**, v. 25, n. 24, p 3186 –3191. 2000.

BELL, J. S. et al. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 64, n. 5, p. 710-713, 2007.

BEN, A. J. et al. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saúde Pública**, n. 46, v. 2, p. 279-289, 2012.

BERNELL, S.; HOWARD, S. W. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? **Frontiers in Public Health**, v. 4, 2 ago. 2016.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, n. 43, p. 1326-1330, 2009.

BHUYAN, S. S. et al. The role of gender in cost-related medication nonadherence among patients with diabetes. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 31, n. 5, p. 743–751, 1 set. 2018.

BIDWAL, M. et al. Evaluation of asthma medication adherence rates and strategies to improve adherence in the underserved population at a Federally Qualified Health Center. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 13, n. 4, p. 759–766, 1 jul. 2017.

BILLUPS, S. J.; MALONE, D. C.; CARTER, B. L. The relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. **Pharmacotherapy**, v. 20, n. 8I, p. 941–949, 2000.

BLACKWELL, B. Compliance. **Psychotherap Phychosom**, n. 58, p. 161-169, 1992.

BORON, J. B.; ROGERS, W. A.; FISK, A. D. Everyday memory strategies for medication adherence. **Geriatric Nursing**, v. 34, n. 5, p. 395–401, set. 2013.

BOSNJAK, M.; AJZEN, I.; SCHMIDT, P. **The theory of planned behavior: Selected recent advances and applications**. **Europe's Journal of Psychology**PsychOpen, , 1 ago. 2020.

BOTELLO, R. J.; DUTRACK, R. **Home Assessment o f Adherence to Long-term Medication in the Elderly**. *The Journal of Family Practice*, v. 35, n. 1, p. 61-65, 1991

BRASIL, PNAD, 2020. Acesso 29/Out, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

Brasil, PNAD, 2020 (2) Acesso em 29/out, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=destaques>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BROEKMANS, S. et al. Pharmacologic Pain Treatment in a Multidisciplinary Pain Center Do Patients Adhere to the Prescription of the Physician? **Clin J Pain**, n. 26, p. 81-86, 2010;26:81–86.

BROWN, M. T.; BUSSELL, J. K. **Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings**, v. 86, n. 4, p. 304-314, 2011.

BUBALO, J. et al. Medication adherence: Pharmacist perspective. **Journal of the American Pharmacists Association**, n. 50, p. 394-406, 2010.

BURGE, S. et al. Correlates of Medication Knowledge and Adherence: Findings From the Residency Research Network of South Texas. **Fam Med**, n. 7, v. 10, p.712-718, 2005.

CALABRIA, S. et al. Adherence to alendronic or risedronic acid treatment, combined or not to calcium and vitamin D, and related determinants in Italian patients with osteoporosis. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 523–530, 19 abr. 2016.

CALDWELL, G. Near Visual Acuity: A Simple Measure of Practical Significance in Insulintreated Diabetic Patients. **Diabetic Medicine**, v. 9, n. 3, p. 268–270, 1992.

CANTUDO-CUENCA, M. R. et al. Concurrent use of comedications reduces adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 20, n. 8, p. 844–850, 2014.

CAVALARI, E. et al. Adherence to treatment: a study with hypertensive outpatients adhesión al tratamiento: estudio entre portadores de hipertensión arterial con seguimiento en ambulatorio. **Rev. enferm.**, n. 20, v. 1, p. 67-72, 2012.

CHEN, H. F. et al. The relationships among medicine symptom distress, self-efficacy, patient-provider relationship, and medication compliance in patients with epilepsy. **Epilepsy and Behavior**, v. 19, n. 1, p. 43–49, set. 2010.

CHEUNG, M. M. Y. et al. Does personality influence how people with asthma manage their condition? **Journal of Asthma**, v. 51, n. 7, p. 729–736, 2014.

CHISHOLM-BURNS, M. A.; SPIVEY, C. A. The “cost” of medication nonadherence: Consequences we cannot afford to accept. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 52, n. 6, p. 823–826, 2012.

CHOR, D. et al. Questionario do ELSA-Brasil: desafios na elaboracao de instrumento multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. suppl 2, p. 27–36, jun. 2013.

CHOUDHRY, N. K. et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 9, p. 814–822, maio 2011.

CHRISTENSEN, A. J. et al. Patient Adherence and Adjustment in Renal Dialysis: A Person • Treatment Interactive Approach. **Journal of Behavioral Medicine**, n. 6, v. 17, 1994.

CLARK, M. N. et al, Self-Management of Cronic Disease by Older Adults. **Journal of Aging and health**, v. 3, n. 1, p. 3-27, 1991.

CLIFFORD, S.; BARBER, N.; HORNE, R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, n. 1, p. 41–46, jan. 2008.

CLYNE, W. et al. “My patients are better than yours”: Optimistic bias about patients’ medication adherence by European health care professionals. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 1937–1944, 26 set. 2016.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, n. 20, v. 3, p. 925-936, 2015.

CONN, V. S. et al. Packaging interventions to increase medication adherence: Systematic review and meta-Analysis. **Current Medical Research and Opinion**, n. 31, v. 1, p. 145-160, 2015.

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>> Acesso em: 22/02/2023.

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. **American Journal of Medicine**, n. 199, p. 166.e7-166.e16, 2006.

CORTINA, J. M. What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

COULTER, A.; OLDHAM, J. Person – centered care: what is it and how do we get there? **Future Hospital Journal**, v. 3, n. 2, p. 114-116, 2016.

CRAMER, J. A. et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. **Value in Health**, v. 11, n. 1, p. 44–47, 2008.

CRONBACH, L. J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, 1951.

DABAGHIAN, F. et al. Adherence to prescribed medications of Iranian traditional medicine in a group of patients with chronic disease. **Journal of Research in Pharmacy Practice**, v. 5, n. 1, p. 52, 2016.

DANIALI, S. S. et al. The prevalence of depression and its association with self-management behaviors in chronic disease patients. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, v. 13, n. 1, 1 mar. 2019.

DASKALOPOULOU, C. et al. Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **BMJ Open**, n. 8:e019540. doi:10.1136/bmjopen-2017-01954.

DE HOUWER, J. On How Definitions of Habits Can Complicate Habit Research. **Frontiers in Psychology**, v. 10, 29 nov. 2019.

DE LAS CUEVAS, C. Towards a Clarification of Terminology in Medicine Taking Behavior: Compliance, Adherence and Concordance are Related Although Different Terms with Different Uses. **Current Clinical Pharmacology**, n. 6, p. 74-77, 2011.

DEWULF, N. L. S., et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 42, n. 4, 2006.

DEWULF, N. L. S. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Arq Gastroenterol**, v. 44, n. 4, 2007.

DE VET, H. C. W. et al. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. **Quality of Life Research**, n. 14, p. 1203-1218, 2005.

DEGROOTE, S. et al. Determinants of adherence in a cohort of Belgian HIV patients: A pilot study. **Acta Clinica Belgica**, v. 69, n. 2, p. 111–115, 2014.

DENHAERYNCK, K. et al. Multilevel factors are associated with immunosuppressant nonadherence in heart transplant recipients: The international BRIGHT study. **American Journal of Transplantation**, v. 18, n. 6, p. 1447–1460, 1 jun. 2018.

DESAI, P. R. et al. Adherence to oral diabetes medications among users and nonusers of antipsychotic medication. **Psychiatric Services**, v. 65, n. 2, p. 215–220, 1 fev. 2014.

DESCRITORES EM CIÊNCIA DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual de Saúde**. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decslocator/?lang=pt&mode=&tree_id=F01.100.150.750. Acesso em: 22/02/2023.

DHAMANE, A. D. et al. Association between adherence to medications for COPD and medications for other chronic conditions in COPD patients. **International Journal of COPD**, v. 12, p. 115–122, 22 dez. 2016.

DICKINSON, D.; WILKIE, P.; HARRIS, M. Patient partnership is not a magic formula. **BMJ**, v. 319, p. 787–787, 1999.

DIEMERT, S.; WEBER, J.; PRICE, M. An engagement model for medication management: From prescription to description and conscription. **Studies in Health Technology and Informatics**, 2017. doi:10.3233/978-1-61499-742-9-8181

DING, W. et al. Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: A cross-sectional study in Guangdong, China. **Patient Preference and Adherence**, v. 12, p. 2169–2178, 2018.

DOMPELING PETRUS VAN GRUNSVEN, E. M. et al. Treatment with Inhaled Steroids in Asthma and Chronic Bronchitis: Long-term Compliance and Inhaler Technique. **Family Practice**, v. 9, n. 2, 1992.

DURAND, H. et al. Medication adherence for resistant hypertension: Assessing theoretical predictors of adherence using direct and indirect adherence measures. **British Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 4, p. 949–966, 1 nov. 2018.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: Bases conceituais e métodos de avaliação – parte I. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

EIDLITZ-MARKUS, T. et al. Use of the urine color test to monitor compliance with isoniazid treatment of latent tuberculosis infection. **Chest**, v. 123, n. 3, p. 736–739, 1 mar. 2003.

EL HELOU, S. et al. Adherence to levothyroxine among patients with hypothyroidism in lebanon. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 25, n. 3, p. 149–159, 1 mar. 2019.

SALVATO, A. M.; FERREIRA, P. G. C.; DUARTE, A. J. M. O Impacto da Escolaridade Sobre a Distribuição de Renda. **Est. Econ., São Paulo**, v. 40, n. 4, P. 753-791, 2010.

ETEBARI, F.; PEZESHKI, M. Z.; FAKOUR, S. Factors related to the non-adherence of medication and nonpharmacological recommendations in high blood pressure patients. **Journal of Cardiovascular and Thoracic Research**, v. 11, n. 1, p. 28–34, 28 fev. 2019.

EVANS, C. et al. Adherence and persistence to drug therapies for multiple sclerosis: A population-based study. **Multiple Sclerosis and Related Disorders**, v. 8, p. 78–85, 1 jul. 2016.

EVERT, A. B. et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. **Diabetes Care**, v. 36, n. 11, p. 3821–3842, nov. 2013.

FAHRNI, M. L. et al. Patient-reported outcome measures to detect intentional, mixed, or unintentional non-adherence to medication: a systematic review. **BMJ open**, v. 12, n. 9, p. e057868, 19 set. 2022.

FARLEY, J. F., et al. Antipsychotic Adherence and its correlation to health outcomes for chronic comorbid conditions. **Prim Care Companion CNS Disord**, n. 14, v. 13, 2012.

FERNANDES, S. C. S. et al. Teoria da Ação Planejada como suporte teórico e metodológico: uma revisão sistemática de literatura. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 01, 2019.

FISHBAIN, D. A. et al. Variables associated with current smoking status in chronic pain patients. **Pain Medicine**, v. 8, n. 4, p. 301–311, maio 2007.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; FLETCHER, G. S. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 5ª edição ed. Porto Alegre: 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FONTANET, C. P. et al. Randomised controlled trial targeting habit formation to improve medication adherence to daily oral medications in patients with gout. **BMJ Open**, v. 11, n. 11, 24 nov. 2021.

FORTUNA, R. J. et al. Patient Experience With Care and Its Association With Adherence to Hypertension Medications. **American Journal of Hypertension**, v. 31, n. 3, p. 340–345, 9 fev. 2018.

FRECH, S. et al. Pharmacoepidemiological assessment of adherence and influencing co-factors among primary open-angle glaucoma patients—An observational cohort study. **PLoS ONE**, v. 13, n. 1, 1 jan. 2018a.

FRIEND, E. et al. Development of a questionnaire (EORTC module) to measure quality of life in patients with cholangiocarcinoma and gallbladder cancer, the EORTC QLQ-BIL21. **British Journal of Cancer**, v. 104, n. 4, p. 587–592, 15 fev. 2011.

GADKARI, A. S.; MCHORNEY, C. A. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? **BMC Health Services**, v. 12, n. 98, 2012.

GANDJOUR, A. Protocol-driven costs in trial-based pharmacoeconomic analyses. **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 11, n. 6, p. 673–675, dez. 2011.

GARBER, M. C. et al. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: A summary of the literature. **Medical Care**, v. 42, n. 7, p. 649–652, jul. 2004.

GAST, A.; MATHES, T. Medication adherence influencing factors - An (updated) overview of systematic reviews. **Systematic Reviews BioMed Central Ltd**, v. 8, n. 112, 2019.

GAUCHET, A.; TARQUINIO, C.; FISCHER, G. Psychosocial Predictors of Medication Adherence among Persons Living with HIV. **International Journal of Behavioral**, v. 14, n. 3, p. 141-150, 2007.

GEHI, A. K. et al. Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The heart and soul study. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 16, p. 1798–1803, 9 out. 2007.

GERADA, Y. et al. Adherence to insulin self administration and associated factors among diabetes mellitus patients at Tikur Anbessa specialized hospital. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**, v. 16, n. 1, 1 jul. 2017.

GÖKDOĞAN, F.; KES, D. Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale. **International Journal of Nursing Practice**, v. 23, n. 5, 1 out. 2017.

GONZALEZ, J. S. et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 31, n. 12, p. 2398–2403, dez. 2008.

GRANT, R. W. et al. Impact of Concurrent Medication Use on Statin Adherence and Refill Persistence. **Arch Intern Med**, v. 164, 2004.

GUNTHER, H. **Série: planejamento de pesquisa nas ciências sociais, N° 1: como elaborar um questionário**. Em: UNB: LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA ANIMAL (Ed.). Brasília: 2003.

GUPTE-SINGH, K.; KIM, G.; BARNER, J. C. Impact of comorbid depression on medication adherence and asthma-related healthcare costs in Texas Medicaid patients with asthma. **Journal of Pharmaceutical Health Services Research**, v. 6, n. 4, p. 197–205, 1 dez. 2015.

HAINES, L. et al. The Impact of Partnership Status on Diabetes Control and Self-Management Behaviors. **Health Education and Behavior**, v. 45, n. 5, p. 668–671, 1 out. 2018.

HAMILTON, J. E. et al. Patient and Provider Perspectives on Medication Non-adherence Among Patients with Depression and/or Diabetes in Diverse Community Settings – A Qualitative Analysis. **Patient Preference and Adherence**, v. 16, p. 1581–1594, 2022.

HANGHØJ, S.; BOISEN, K. A. Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: A systematic review. **Journal of Adolescent Health**, v. 4, fev. 2014.

MÁRQUEZ, C. H., et al. Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante en pacientes VIH+. **Farm Hosp**, v. 39, n. 1, p. 23-28, 2015.

HATAH, E. et al. The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. **Patient Preference and Adherence**, v. 9, p. 589–596, 24 abr. 2015.

HAYBAR, H.; KAZEMNIA, K.; RAHIM, F. Underlying Chronic Disease and COVID-19 Infection: A State-of-the-Art Review. **Jundishapur Journal of Chronic Disease Care**, v. 9, n. 2, 15 abr. 2020.

HAYNES R, MCDONALD HP, GARG A, MONTAGUE P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2. Art. No.: CD000011, 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.

HAYNES, R. B. et al. . **Epidemiologia Clínica: Como realizar pesquisa clínica na prática**. 3º edição ed. Porto Alegre: 2008.

HEALE, R.; TWYXCROSS, A. Validity and reliability in quantitative studies. **Evidence-Based Nursing**, v. 18, n. 3, 2015.

HEISSAM, K.; ABUAMER, Z.; EL-DAHSHAN, N. Patterns and obstacles to oral antidiabetic medications adherence among type 2 diabetics in Ismailia, Egypt: A cross section study. **Pan African Medical Journal**, v. 20, p. 1–7, 25 fev. 2015.

HERNANDEZ-TEJADA, M. A. et al. Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. **Diabetes Technology and Therapeutics**, v. 14, n. 7, p. 630–634, 1 jul. 2012.

HIGGINSON, I. J. **Quality criteria valuable with slight modification**. **Journal of Clinical Epidemiology**, dez. 2007.

HOLT, E. W. et al. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. **Age and Ageing**, v. 39, n. 4, p. 481–487, 31 maio 2010.

HORNE, R.; WEINMAN, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 47, n. 6, p. 555-567, 1999.

HORTENSIUS, J. et al. Development and validation of the perception of self-monitoring of blood glucose scale in insulin-treated patients with diabetes. **Journal of Nursing Measurement**, v. 23, n. 1, p. 57–71, 2015.

HSAIO, G. Y. et al. Nurses' knowledge of high-alert medications: Instrument development and validation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 1, p. 177–190, jan. 2010a.

HSIAO, C. Y.; CHANG, C.; CHEN, C. D. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 28, n. 8, p. 442–447, ago. 2012.

HUERTAS-VIECO, M. P. et al. Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic haemodialysis. **Nefrologia : publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia**, v. 34, n. 6, p. 737–742, 17 nov. 2014.

HUGTENBURG, J. G. et al. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: A challenge for tailored interventions. **Patient Preference and Adherence**, n. 7, p. 675-682, jan. 2013.

HULLEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica**. 3ª edição ed. Porto Alegre: 2008.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento

Título Secundário: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores: 2018.

IBRAHIM, O. M. et al. Barriers Affecting Compliance of Patients with Chronic Diseases: A Preliminary Study in United Arab Emirates (UAE) Population. **Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research**, v. 4, s. 2, 2011.

IDIÁQUEZ, J. F., et al. Adhesión al tratamiento farmacológico y descripción de sus factores asociados en pacientes con miastenia grave. **Rev Neurol**, v. 66, n. 1, p. 15-20, 2018.

JACOBY, A.; SNAPE, D.; BAKER, G. A. Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. **The Lancet Neurology**, v. 4, n. 3, p. 171–178, mar. 2005.
JERANT, A. et al. Self-Report Adherence Measures in Chronic Illness Retest Reliability and Predictive Validity. **Medical Care**, v. 46, p. 1134-1139, 2008.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, n. 22, v. 3, p. 895-918, 2012

KEARNEY, S. M. et al. The association of job strain with medication adherence is your job affecting your compliance with a prescribed medication regimen? **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 7, p. 707–711, 17 ago. 2016.

KELLICI, S.; MIRACI, M.; FIDA, M. Medication adherence among Albanian patients with rheumatoid arthritis. **Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents**, v. 33, n1, 2019.

KELLY, G. R.; SCOTT, J. E. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. **Medical Care**, v. 28, n. 12, 1990.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, p. 319-323, 2010.

KHANNA, R. et al. Medication adherence among recipients with chronic diseases enrolled in a state medicaid program. **Population Health Management**, v. 15, n. 5, p. 253–260, 1 out. 2012.

KIM, M. T. et al. Development and Testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. **Prog Cardiovasc Nurs**, v.15, p. 90-96, 2000.

KIM, M. T., et al. Measuring medication adherence in older community-dwelling patients with multimorbidity. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 74, n. 3, p. 357–364, 1 mar. 2018.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, 2008.

KINI, V.; MICHAEL HO, P. Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. **JAMA - Journal of the American Medical**, v. 320, n. 23, 2018.

KLEPPE, M. et al. The development of the ProMAS: A probabilistic medication adherence scale. **Patient Preference and Adherence**, v. 9, p. 355–367, 2 mar. 2015.

KOLIOS, A. G. A. et al. ALIGNed on adherence: subanalysis of adherence in immune-mediated inflammatory diseases in the DACH region of the global ALIGN study. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 33, n. 1, p. 234–241, 1 jan. 2019.

KRAUSKOPF, K. et al. Chronic obstructive pulmonary disease illness and medication beliefs are associated with medication adherence. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 12, n. 2, p. 151–164, 14 abr. 2015.

KRIPALANI, S. et al. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. **Value in Health**, v. 12, n. 1, p. 118–123, 2009.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Development and evaluation of a self-report tool to predict low pharmacy refill adherence in elderly patients with uncontrolled hypertension. **Pharmacotherapy**, v. 33, n. 8, p. 798-811, 2013.

KRUGER, D. F.; LARUE, S.; ESTEPA, P. Recognition of and steps to mitigate anxiety and fear of pain in injectable diabetes treatment. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**, v. 8, p. 49-56, 2015.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudos de variáveis sociodemográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, p. 416-425, 2003.

KVARNSTROM, K.; AIRAKSINEN, M.; LIIRA, H. Barriers and facilitators to medication adherence: A qualitative study with general practitioners. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, 2018.

KWAN, Y. H. et al. Measurement Properties of Existing Patient-Reported Outcome Measures on Medication Adherence: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 10, p. e19179, 9 out. 2020.

LAI, X. et al. Polypharmacy in the oldest old (≥ 80 years of age) patients in China: A cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, 2 mar. 2018.

LALIBERTÉ, F. et al. Impact of daily dosing frequency on adherence to chronic medications among nonvalvular atrial fibrillation patients. **Advances in Therapy**, v. 29, n. 8, p. 675–690, ago. 2012.

LANGLEY, C. A.; BUSH, J. The Aston Medication Adherence Study: Mapping the adherence patterns of an inner-city population. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 36, n. 1, p. 202–211, 2014.

LAUFFENBURGER, J. C. et al. Potentially disruptive life events: what are the immediate impacts on chronic disease management? A case-crossover analysis. **BMJ Open**, v. 6, p. 10958, 2016.

LAUFFENBURGER, J. C. et al. Quantifying Social Reinforcement Among Family Members on Adherence to Medications for Chronic Conditions: a US-Based Retrospective Cohort Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 34, n. 6, p. 855–861, 15 jun. 2019.

LEE, J. H. et al. Is the indicator magnifying window for insulin pens helpful for elderly diabetic patients? **Diabetes and Metabolism Journal**, v. 37, n. 2, p. 149–151, abr. 2013.

LEE, S. et al. Validating the Modified Drug Adherence Work-Up (M-DRAW) Tool to Identify and Address Barriers to Medication Adherence. **Pharmacy**, v. 5, n. 4, p. 52, 8 set. 2017.

LEE, S. et al. Attitudes, beliefs, and cost-related medication nonadherence among adults aged 65 or older with chronic diseases. **Preventing Chronic Disease**, v. 15, n. 12, 2018.

LEFORT, M. et al. Sex differences in adherence to antihypertensive treatment in patients aged above 55: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS). **Journal of Clinical Hypertension**, v. 20, n. 10, p. 1496–1503, 1 out. 2018.

LEHANE, E.; MCCARTHY, G. An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 4, p. 698–706, abr. 2007.

LEMAY, J. et al. Medication adherence in chronic illness: Do beliefs about medications play a role? **Patient Preference and Adherence**, v. 12, p. 1687–1698, 2018.

LERNER, B. H. From careless patients: the consumptives to recalcitrant historical construction of noncompliance. **Soc. Sci. Med.**, v. 45, n. 9, p. 1423-1431, 1997.

LI, Y. T. et al. Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings. **Medicine (United States)**, v. 95, n. 20, 1 maio 2016.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Stigma and its public health implications. **Lancet**, n. 367, p. 528-529, 2006.

LIU, N. F. et al. Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. **Clinical Diabetes**, v. 35, n. 1, p. 27–34, 2017.

LIU, Y. et al. Influencing factors and their relationships of risk perception and decision-making behaviour of polypharmacy in patients with chronic diseases: A qualitative descriptive study. **BMJ Open**, v. 11, n. 4, 27 abr. 2021.

LO, T. F. et al. Faculties' and nurses' perspectives regarding knowledge of high-alert medications. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 3, p. 214–221, mar. 2013.

LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem métodos, avaliação crítica e utilização**. 4º edição ed. Rio de Janeiro: Tradução: CABRAL, I, 2001.

MAHAJAN, A. P. et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. **AIDS (London, England)**, v. 22, s. 2, p. S67-S79, 2008.

MANN, D. M. et al. Predictors of adherence to diabetes medications: The role of disease and medication beliefs. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 32, n. 3, p. 278–284, jun. 2009.

MARCUM, Z. A. et al. Prevalence and correlates of self-reported medication non-adherence among older adults with coronary heart disease, diabetes mellitus, and/or hypertension. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 9, n. 6, p. 817–827, nov. 2013.

PONTY, M. M. **The World of Perception**. ISBN 0-203-49182-3 Master e-book ISBN, 2004.

MATARESE, M. et al. A Systematic Review and Integration of Concept Analyses of Self-Care and Related Concepts. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 50, n. 3, p. 296–305, 1 maio 2018.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE R. **Beginning Qualitative Research: A Philosophical and Practical Guide**. 1st Edition ed. London: 2001.

MCHORNEY, C. A. The Adherence Estimator: A brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. **Current Medical Research and Opinion**, v. 25, n. 1, p. 215–238, jan. 2009.

MCINTOSH, M. J.; MORSE, J. M. Situating and constructing diversity in semi-structured interviews. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 2, 2015.

MEADE, L. T.; RUSHTON, W. E. Accuracy of carbohydrate counting in adults. **Clinical Diabetes**, v. 34, n. 3, p. 142–147, 2016.

MEADOWS, K. A. So you want to do research? 5: Questionnaire design. **British journal of community nursing**, v. 8, n. 12, 2003.

MEDDINGS, J. et al. Physician assessments of medication adherence and decisions to intensify medications for patients with uncontrolled blood pressure: Still no better than a coin toss. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, 2012.

MEKONNEN, H. S. et al. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v. 18, n. 1, 5 abr. 2017.

MILLER, J.; GLASSNER B. The- “Inside” and the “Outside” Finding Realities in Interviews. Em: SAGE PUBLICATIONS (Ed.). **Qualitative research: Theory, method and practice**. 1997.

MILLER, T. A. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 7, p. 1079-1086, 2016.

MIURA, T. et al. Incidence of Noncompliance and its Influencing Factors in Patients Receiving Digoxin. **Clin Drug Invest**, v. 19, n. 2, p. 123-130, 2000.

MOKKINK, L. B. et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 4, p. 539–549, maio 2010.

MOKKINK, L. B. et al. The Consensus-based standards for the selection of health measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 2, p. 105-113, 2016.

MORISKY, D. E. et al. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n. 5, 2008.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 261–274, set. 2018.

MOSTRÖM, P. et al. Adherence of self-monitoring of blood glucose in persons with type 1 diabetes in Sweden. **Care**, v. 5, p. 342, 2017.

MUZINA, D. J. et al. Rate of non-adherence prior to upward dose titration in previously stable antidepressant users. **Journal of Affective Disorders**, v. 130, n. 1–2, p. 46–52, abr. 2011.

NADERI, S. H.; BESTWICK, J. P.; WALD, D. S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: Meta-analysis on 376,162 patients. **American Journal of Medicine**, v. 125, n. 9, p. 882- 887.e1, 2012.

NAGY, V. T.; WOLF, G. R. Cognitive Predictors of compliance in chronic disease patients. **Medical Care**, v. 22, n. 8, p. 912-921, 1984.

NAIR, K. V. et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. **Patient Preference and Adherence**, v. 5, p. 195–206, 2011.

NAPOLITANO, F.; NAPOLITANO, P.; ANGELILLO, I. F. Medication adherence among patients with chronic conditions in Italy. **European Journal of Public Health**, v. 26, n. 1, p. 48–52, 1 fev. 2016.

NAQVI, A. A. et al. Validation of the general medication adherence scale in Saudi patients with chronic diseases. **Frontiers in Pharmacology**, v. 10, n. JUN, 2019.

NASSAR, A. A.; COOK, C. B.; EDELMAN, S. Diabetes management during travel. **Diabetes Management**, v. 2, n. 3, p. 205–212, maio 2012.

NELSON, E. C., et al. Impact os pacientes perceptions on compliance with treatment for hypertension. **Medical Care**, v. XVI, n. 11, p. 893-906, 1978.

NGUYEN, T. M. U.; CAZE, A. LA; COTTRELL, N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 77, n. 3, p. 427-445, 2014. mar. 2014.

NICKLAS, L. B.; DUNBAR, M.; WILD, M. Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. **Psychology and Health**, v. 25, n. 5, p. 601–615, jun. 2010.

NIEUWKERK, P. T.; OORT, F. J. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection and Virologic Treatment Response A Meta-Analysis. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 38, n. 4, 2008.

OLANIRAN, A. et al. Who is a community health worker? - A systematic review of definitions. **Global Health Action**, v. 10, 2017.

OLERIBE, O. O. et al. Health: Redefined. **Pan African Medical Journal**, v. 30, 2018.

OLIBONI, L. S.; CASTRO, M. S. DE. ADESÃO À FARMACOTERAPIA, QUE UNIVERSO É ESSE? UMA REVISÃO NARRATIVA. **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 2, p. 178–195, 2018.

OLIVEIRA, M. A. et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: A multidimensional approach. **Revista de Saude Publica**, v. 50, 2016.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, 2005.

PANÚNCIO-PINTO, M. A.; TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante-aspectos gerais Student assessment-general aspects. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, 2014.

PARK, H. Y. et al. Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. **Patient Preference and Adherence**, v. 12, p. 175–181, 2018a.

PARK, Y. H. et al. Predictors of adherence to medication in older Korean patients with hypertension. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 12, n. 1, p. 17–24, fev. 2013.

PASQUALI, L. Princípios da elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clin**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre. Artmed, 2010.

PEACOCK, E.; KROUSEL-WOOD, M. Adherence to Antihypertensive Therapy. Medical Clinics of North America. **Med Clin North Am**, v. 101, n. 1, p. 229-245, 2017.

PHILLIPS, L. A.; BURNS, E.; LEVENTHAL, H. Time-of-Day Differences in Treatment-Related Habit Strength and Adherence. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 55, n. 3, p. 280–285, 1 mar. 2021.

PITTMAN, J.; BAKAS, T. Measurement and instrument design. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 37, n. 6, p. 603–607, nov. 2010.

POLIT, D. F. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. **International Journal of Nursing Studies**, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 29, n. 5, p. 489–497, out. 2006.

PRADHAN, S.; PANDA, A. Effect of potentially inappropriate medication on treatment adherence in elderly with chronic illness. **Biomedical and Pharmacology Journal**, v. 11, n. 2, p. 935–943, 1 jun. 2018.

PREISSNER, C. E. et al. A Protection Motivation Theory Approach to Understanding How Fear of Falling Affects Physical Activity Determinants in Older Adults. **The Journals of Gerontology: Series B**, 2 ago. 2022.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: A review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, 2009.

QUISEL, T. et al. The association between medication adherence for chronic conditions and digital health activity tracking: Retrospective analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 3, 1 mar. 2019.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, vol. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; DE SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: Prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 126–136, 2014.

SILVA, P. R., et al. Construção e validação de ques onário para análise de concepções bioéticas. **Rev bioét (Impr.)**, v. 20, n. 3, p. 490-501, 2012.

ROISEMAN, M. M. L. **Elaboração e validação de um questionário para avaliar o conhecimento de pediatras e médicos de família na prevenção da doença cardiovascular na infância**. Rio de Janeiro. Fundação Fiocruz, 2008. 148f. Dissertação (Mestrado em saúde da mulher e da criança).

ROSENSTOCK, I. M. Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974.

RÖSSLER, W. The stigma of mental disorders. **EMBO reports**, v. 17, n. 9, p. 1250–1253, set. 2016.

ROVER, M. R. M. et al. Access to high-priced medicines: Inequalities in the organization and the results among Brazilian states. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5499–5508, 2021.

RUSSELL, J.; KAZANTZIS, N. Medication beliefs and adherence to antidepressants in primary care. **Journal of the New Zealand Medical Association NZMJ**, v. 121, n. 1286, p. 14-20, 2008.

SABATÉ, E.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies : evidence for action**. [s.l.] World Health Organization, 2003.

SABERI, P. et al. Pharmacy-refill measure of adherence to efavirenz can predict maintenance of HIV viral suppression. **AIDS Care**, v. 20, n. 6, jul. 2008.

SALVO, M. C.; CANNON-BRELAND, M. L. Motivational interviewing for medication adherence. **Journal of the American Pharmacists**, v. 55, p. e354-e363, 2015.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SARBACKER, G. B.; URTEAGA, E. M. Adherence to insulin therapy. **Diabetes Spectrum**, v. 29, n. 3, p. 166–170, 1 ago. 2016.

SARTES, A. L. M.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. **Avanços na Psicometria: Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2013.

SCHEDLBAUER, A. et al. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. Em: SCHEDLBAUER, A. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004.

SEGRE, M.; CARVALHO FERRAZ, F. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SCHMIDT, M. I., et al. Doenças crônicas no Brasil: cargas e desafios atuais. **The Lancet, Saúde no Brasil 4, Séries**, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9

SERNA, M. C. et al. Monitoring patients on chronic treatment with antidepressants between 2003 and 2011: Analysis of factors associated with compliance. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, 26 nov. 2015.

SHAHIN, W.; KENNEDY, G. A.; STUPANS, I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. **Pharmacy Practice**, v. 19, n. 2, 2021.

SHALANSKY, S. J.; LEVY, A. R. Effect of Number of Medications on Cardiovascular Therapy Adherence. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 36, 2002.

SHANI, M.; LUSTMAN, A.; VINKER, S. Adherence to oral antihypertensive medications, are all medications equal? **Journal of Clinical Hypertension**, v. 21, n. 2, p. 243–248, 1 fev. 2019.

SHERMAN, B. W. et al. Impact of Workplace Health Services on Adherence to Chronic Medications. **The American Journal of Managed Care**, v. 15, n. 7, p. e53-e59, 2009.

SHETH, S. S. et al. Association between depression and nonadherence to antiretroviral therapy in pregnant women with perinatally acquired HIV. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 27, n. 3, p. 350–354, 4 mar. 2015.

SHRUTHI, R. et al. A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illnesses at a tertiary care hospital. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 12, p. FC40–FC43, 1 dez. 2016.

SIDORKIEWICZ, S. et al. Development and validation of an instrument to assess treatment adherence for each individual drug taken by a patient. **BMJ Open**, v. 6, n. 5, 2016.

SIMONI, J. M.; FRICK, P. A.; HUANG, B. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. **Health Psychology**, v. 25, n. 1, 2006.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **BMJ**, v. 333, n. 7557, p. 15, 1 jul. 2006.

SMAJE, A. et al. Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. **Ageing Medicine**, v. 1, n. 3, p. 254–266, 1 dez. 2018.

SMALLS, B. L. et al. Assessing the relationship between neighborhood factors and diabetes related health outcomes and self-care behaviors. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, 1 out. 2015.

SOKOL, M. C. et al. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. **Medical Care**, n. 43, p. 521-530, 2005.

SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 1 jul. 2017.

SPAIN, C. V. et al. Self-reported Barriers to Adherence and Persistence to Treatment With Injectable Medications for Type 2 Diabetes. **Clinical Therapeutics**, v. 38, n. 7, p. 1653- 1664.e1, 1 jul. 2016.

STIRRATT, M. J. et al. Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. **Translational Behavioral Medicine**, v. 5, p. 470-482, 2015.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. **Journal of Personality Assessment**, v. 80, n. 1, p. 99–103, 2003.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales. A practical guide to their development and use**. 4 ed ed. New York: 2008.

SUFIZA AHMAD, N. et al. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. **Patient Preference and Adherence**, v. 7, p. 525–530, jan. 2013.

SURBHI, S. et al. The effect of opioid use and mental illness on chronic disease medication adherence in superutilizers. **Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy**, v. 24, n. 3, p. 198–207, 1 mar. 2018.

SVARSTAD, B. L. et al. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Education and Counseling**, v. 37, p. 113-124, 1999.

SALMOND, S. S. Evaluating the Reliability and Validity of Measurement Instruments. **Orthopaedic Nursing**, n. 1, p. 28-30, 2008.

TAN, C. S. L. et al. Utility of the morisky medication adherence scale in gout: A prospective study. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 2449–2457, 2 dez. 2016.
TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 50, 2016.

TAYLOR, S. I. The high cost of diabetes drugs: Disparate impact on the most vulnerable patients. **Diabetes Care**, v. 43, n. 10, p. 2330–2332, 1 out. 2020.

TEDLA, Y. G.; BAUTISTA, L. E. Drug Side Effect Symptoms and Adherence to Antihypertensive Medication. **American Journal of Hypertension**, v. 29, n. 6, p. 772–779, 20 jun. 2016.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, jan. 2007a.

TESHOME, D. F. et al. Medication adherence and its associated factors among hypertensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, Northwest Ethiopia. **Integrated Blood Pressure Control**, v. 10, p. 1–7, 16 jun. 2017.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar Transtheoretical model approach in eating behavior. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*American College of Physicians. **Ann Intern Med**, v. 169, p. 467-473, 2018.

TURNER, J. W. et al. Patient accounts for nonadherence: A critical window into the patient experience. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 9, p. 2934–2939, 1 set. 2022.

TURRISE, S. Illness representations, treatment beliefs, medication adherence, and 30-day hospital readmission in adults with chronic heart failure a prospective correlational study. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 31, n. 3, p. 245–254, 2016.

UNNI, E. J.; OLSON, J. L.; FARRIS, K. B. Revision and validation of Medication Adherence Reasons Scale (MAR-Scale). **Current Medical Research and Opinion**, v. 30, n. 2, p. 211–221, fev. 2014.

UNNI, E.; SHIYANBOLA, O. O. Clustering medication adherence behavior based on beliefs in medicines and illness perceptions in patients taking asthma maintenance medications. **Current Medical Research and Opinion**, 2016. DOI:10.1185/03007995.2015.1105204.

URQUHART, J. Pharmionics: Research on what patients do with prescription drugs. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 13, p. 587-590, set. 2004.

USHERWOOD, T. Encouraging adherence to long-term medication. **Australian Prescriber**, v. 40, n. 4, p. 147–150, 2017.

VAN GROOTHEEST, K. et al. Pharmacists' role in reporting adverse drug reactions in an international perspective. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 13, p. 457-646, jul. 2004.

VARMING, A. R. et al. Empowerment, motivation, and medical adherence (EMMA): The feasibility of a program for patient-centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes. **Patient Preference and Adherence**, v. 9, p. 1243–1253, 1 set. 2015.

VIACAVA, F. et al. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 1 jun. 2018.

VIRDI, N. et al. The association of self-monitoring of blood glucose use with medication adherence and glycemic control in patients with type 2 diabetes initiating non-insulin treatment. **Diabetes Technology and Therapeutics**, v. 14, n. 9, p. 790–798, 1 set. 2012.

VRIJENS, B. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 5, p. 691–705, maio 2012.

WAHL, C. et al. Concordance, compliance and adherence in healthcare: closing gaps and improving outcomes. **Healthcare quarterly**, 2005. DOI: 10.12927/hcq.16941 · Source: PubMed.

WANG, X.; CHENG, Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. **Chest**, v. 158, s. 1, p. S66-S71, 2020.

WEI, L. et al. Beliefs about medicines and non-adherence in patients with stroke, diabetes mellitus and rheumatoid arthritis: A cross-sectional study in China. **BMJ Open**, v. 7, n. 10, 1 out. 2017.

WEISS, G. A., et al. Compliance with eye care in glaucoma Patients with comorbid depression. **The Israel Medical Association journal: IMAJ**, v. 13, p. 730-734, 2011.

WEST, L. M.; BORG THEUMA, R.; CORDINA, M. The ‘Necessity–Concerns Framework’ as a means of understanding non-adherence by applying polynomial regression in three chronic conditions. **Chronic Illness**, v. 16, n. 4, p. 253–265, 1 dez. 2020.

WILDER, M. E. et al. The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of General Internal**, v. 36, n. 5, p. 1359-1370, 2021.

WILLEY, C. et al. Stages of Change for Adherence with Medication Regimens for Chronic Disease: Development and Validation of a Measure. **CLINICAL THERAPEUTICS**, v. 22, n. 7, p. 858-871, 2000.

WHO, Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (2)

WU, J. R. et al. Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: a Review of the Literature. **Nursing Clinics of North America**, v. 43, p. 133-153, mar. 2008.

WU, T. D.; BRIGHAM, E. P.; MCCORMACK, M. C. Asthma in the Primary Care Setting. **Medical Clinics of North America**, v. 103, n. 3, p. 435-452, 2019.

XIA, Z. et al. Impact of mood disorder on medication adherence in patients with chronic diseases at a shanghai rural hospital. **International Journal of Pharmacology**, v. 11, n. 5, p. 518–522, 2015.

YIN, K. R. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

YOEL, U. et al. Population Minority a in Adherence of Scenes the Behind. **IMAJ**, v. 15, p. 17–22, 2013.

ZHANG, Y. et al. Medication related self-efficacy among linguistically diverse patients with chronic illnesses. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 29, n. 3, p. 1054–1068, 1 ago. 2018.

ZIDAN, A. et al. Medication-Related Burden among Patients with Chronic Disease Conditions: Perspectives of Patients Attending Non-Communicable Disease Clinics in a Primary Healthcare Setting in Qatar. **Pharmacy**, v. 6, n. 3, p. 85, 13 ago. 2018.

ZUCKERMAN, I. H. et al. Does an increase in non-antihypertensive pill burden reduce adherence with antihypertensive drug therapy? **Journal of Pharmaceutical Health Services Research**, v. 3, n. 3, p. 135–139, 2012.

APÊNDICES

Apêndice A:

Pubmed

((("chronic disease"[MeSH Terms] OR "chronic disease"[Title/Abstract] OR "chronic condition"[Title/Abstract]) AND ("drug therapy"[MeSH Terms] OR "drug therapy"[Title/Abstract] OR "pharmacotherapy"[Title/Abstract]) AND ("medication adherence"[MeSH Terms] OR "medication adherence"[Title/Abstract] OR "patient compliance"[MeSH Terms] OR "patient compliance"[Title/Abstract] OR "Compliance"[Title/Abstract] OR "Treatment Adherence"[Title/Abstract] OR "Behavior Therapy/adverse effects"[Mesh] OR "Behavior Therapy/drug effects"[Mesh] OR "Behavior Therapy/economics"[Mesh] OR "Behavior Therapy/education"[Mesh] OR "Behavior Therapy/epidemiology"[Mesh] OR "Behavior Therapy/pharmacology"[Mesh] OR "Behavior Therapy/therapeutic use"[Mesh] OR "Behavior Therapy/therapy"[Mesh] OR "patient education as topic"[MeSH Terms] OR "patient education"[Title/Abstract] OR "health literacy"[MeSH Terms] OR "health literacy"[Title/Abstract]))

Scopus

(TITLE-ABS-KEY ("chronic disease") OR TITLE-ABS-KEY ("chronic condition") AND TITLE-ABS-KEY ("drug therapy") OR TITLE-ABS-KEY ("pharmacotherapy") AND TITLE-ABS-KEY ("medication adherence") OR TITLE-ABS-KEY ("patient compliance") OR TITLE-ABS-KEY ("compliance") OR TITLE-ABS-KEY ("treatment adherence") OR TITLE-ABS-KEY ("patient education") OR TITLE-ABS-KEY ("health literacy") OR TITLE-ABS-KEY ("behavior therapy"))

Embase

('chronic disease'/exp OR 'chronic disease':ti,ab OR 'chronic illness':ti,ab) AND ('drug therapy'/exp OR 'drug therapy':ti,ab OR 'drug treatment':ti,ab OR 'medicament therapy':ti,ab OR 'medicament treatment':ti,ab OR 'medication':ti,ab OR 'medicinal therapy':ti,ab OR 'medicinal treatment':ti,ab OR 'pharmaceutical therapy':ti,ab OR 'pharmaceutical treatment':ti,ab OR 'pharmaco-therapy':ti,ab OR 'pharmaco-treatment':ti,ab OR 'pharmacological therapy':ti,ab OR 'pharmacological treatment':ti,ab OR 'pharmacotherapy':ti,ab OR 'pharmacotreatment':ti,ab OR 'therapeutic uses':ti,ab OR 'therapy, drug':ti,ab OR 'therapy, pharmacological':ti,ab OR 'treatment, drug':ti,ab OR 'treatment, pharmacological':ti,ab) AND ('medication compliance'/exp OR 'compliance, drug':ti,ab OR 'dosage adherence':ti,ab OR 'dosage compliance':ti,ab OR 'dose adherence':ti,ab OR 'dose compliance':ti,ab OR 'dosing adherence':ti,ab OR 'dosing compliance':ti,ab OR 'drug adherence':ti,ab OR 'drug compliance':ti,ab OR 'drug intake compliance':ti,ab OR 'drug regimen adherence':ti,ab OR 'drug regimen compliance':ti,ab OR 'medication adherence':ti,ab OR 'medication compliance':ti,ab OR 'medication intake adherence':ti,ab OR 'patient education'/exp OR 'education, patient':ab OR 'patient education':ab OR 'patient education as topic':ab OR 'patient medication knowledge':ab OR 'health literacy'/exp OR 'health literacy':ti,ab)

BVS

(mh:"chronic disease") OR (tw:"chronic disease") OR (tw:"chronic condition")
AND (mh:"drug therapy") OR (tw:"drug therapy") OR (tw:"pharmacotherapy")
AND (mh:"medication adherence") OR (tw:"medication adherence") OR
(mh:"patient compliance") OR (tw:"patient compliance") OR (tw:"Treatment
Adherence") OR (mh:"Behavior Therapy") OR (tw:"Behavior Therapy") OR
(mh:"patient education") OR (tw:"patient education") OR (mh:"health literacy") OR
(tw:"health literacy")

Apêndice B

Subcategorias extraídas das entrevistas semiestruturadas com os dez profissionais de saúde:

<i>Subcategorias</i>	<i>Rótulo</i>
<i>Reação Adversa ao Medicamento</i>	a
<i>Motivação para a autogestão</i>	b
<i>Orientação sobre a farmacoterapia</i>	c
<i>Número de medicamentos utilizados</i>	d
<i>Percepção da severidade dos sintomas</i>	e
<i>Complexidade da farmacoterapia: aplicação da insulina</i>	f
<i>Formação de vínculo</i>	g
<i>Conhecimento sobre a farmacoterapia</i>	h
<i>Apoio social</i>	i
<i>Estigma social sobre o uso da insulina</i>	j
<i>Esquecimento - não adesão não intencional</i>	k
<i>Conhecimento sobre a doença</i>	l
<i>Adaptação da farmacoterapia à rotina da pessoa</i>	m
<i>Acuidade visual</i>	n
<i>Aceitação da condição de saúde l</i>	o
<i>Paciente em situação de vulnerabilidade social</i>	p
<i>Crença na farmacoterapia</i>	q
<i>Escolaridade</i>	r
<i>Idade mais jovem</i>	s
<i>Complexidade da farmacoterapia: automonitorização da glicemia</i>	t
<i>Complexidade da farmacoterapia</i>	u
<i>Acesso aos medicamentos pelo SUS</i>	v
<i>Habilidade de ajuste de dose da insulina com base na rotina</i>	w
<i>Preferências do paciente</i>	x
<i>Avanço científico para o manejo da condição de saúde</i>	y
<i>Custo com a farmacoterapia</i>	z
<i>Equipe multiprofissional</i>	a1
<i>Gênero feminino</i>	b1
<i>Estado emocional do paciente</i>	c1
<i>Doença mental</i>	d1
<i>Habilidade cognitiva para compreender as orientações</i>	e1
<i>Total</i>	32

Saturação dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas com os dez profissionais de saúde:

Entrevistado	Fatores que influenciam na adesão sob a perspectiva do entrevistado
1	a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o
2	a, c, e, f, g, h, p, q, r
3	A, b, c, d, f, g, h, i, l, m, n, o, s, t, u, v

4	C, f, g, h, i, o, q, u, v, w, x, y
5	b, c, d, e, h, k, n, v, w, x, y, z, a1, b1, c1, d1
6	f, g, h, o, t, u, w, x, cl
7	c, f, h, j, n, o, u, w, x, e1
8	A, c, e, f, g, h, j, n, p, q, r, v, x, a1, cl
9	b, c, f, g, h, i, j, n, p, r, u, z, a1, e1
10	c, e, f, g, h, l, n, s, u, a1, d1

Apêndice C:

Categorias extraídas da interpretação das entrevistas semiestruturadas com os onze pacientes utilizando medicamentos de uso crônico:

<i>Subcategorias</i>	<i>Rótulo</i>
<i>Crença na farmacoterapia</i>	a
<i>Custo com a farmacoterapia</i>	b
<i>Reação Adversa ao Medicamento</i>	c
<i>Conhecimento sobre a farmacoterapia</i>	d
<i>Complexidade da farmacoterapia</i>	e
<i>Habilidade de ajuste da dose da insulina com base na rotina</i>	f
<i>Avanço nos dispositivos para monitoramento da glicemia</i>	g
<i>Vínculo com o prescritor</i>	h
<i>Motivação para utilizar a farmacoterapia</i>	i
<i>Não adesão não intencional - esquecimento</i>	j
<i>Estigma social da condição de saúde</i>	k
<i>Complexidade da farmacoterapia - transporte da insulina e insumos</i>	l
<i>Preferências do paciente para a seleção da farmacoterapia</i>	m
<i>Dificuldade para aprender a contagem de carboidrato</i>	n
<i>Apoio social para utilizar a farmacoterapia</i>	o
<i>Complexidade da farmacoterapia - aplicação da insulina</i>	p
<i>Complexidade da farmacoterapia - automonitoramento da glicemia</i>	q
<i>Acesso aos medicamentos pelo SUS</i>	r
<i>Aceitação da condição de saúde</i>	s
<i>Orientação sobre a farmacoterapia</i>	t
<i>Acesso ao serviço de dispensação do medicamento</i>	u
<i>Satisfação com o atendimento recebido pelo prescritor</i>	v
<i>Idade mais jovem</i>	w
<i>Número de medicamentos utilizados</i>	x
<i>Importância da participação em Associação de diabetes</i>	y
<i>Gravidez e autocuidado</i>	z
<i>Não confiança dos medicamentos dispensados por parte do prescritor</i>	a1
<i>Interação medicamentosa</i>	b1
<i>Necessidade de cuidar de um familiar</i>	c1
	<i>Total 29</i>

Saturação dos dados oriundos da interpretação das entrevistas semiestruturadas com os onze pacientes utilizando medicamentos para uso crônico:

Entrevistado	Fatores que influenciam na adesão sob a perspectiva do entrevistado
1	A, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m
2	D, e, f, h, i, j, k, n, o, p
3	A, b, d, e, f, i, k, l, o, p, q, r, s, t, u
4	A, d, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, v, w
5	A, d, e, f, h, j, k, l, m, p

6	A, c, d, f, k, m, s, t
7	A, b, d, e, i, j, k, l, o, q, t, x, y, z
8	A, c, d, e, f, i, k, m, o, s, v, y, z
9	A, b, c, d, f, g, k, m, o, p, q, r, t, v, x, a1, b1
10	A, b, f, g, i, k, m, o, p, t, u, v, x
11	A, b, c, d, e, h, p, q, s, t, u, c1

Apêndice D - Roteiro semiestruturado para entrevista dos profissionais de saúde – primeira versão

1. Qual a sua data de nascimento?
2. Qual a sua profissão?
3. Há quanto tempo você trabalha nessa profissão?
4. Você já fez alguma pós-graduação ou especialização? Poderia me falar um pouco sobre essa pós-graduação ou especialização?
5. Onde você trabalha?
- Cidade/Estado e natureza pública ou privada
6. Me fale um pouco sobre a sua experiência com o atendimento de pacientes com doenças crônicas.
7. Quais dificuldades/queixas os seus pacientes costumam te dizer com relação à compreensão das suas doenças (causas, alterações fisiológicas, complicações, etc)?
E com relação aos medicamentos?

Probe: E o que os pacientes que fazem uso de insulina te dizem?
Probe: E o que os pacientes te dizem com relação às dificuldades em utilizar o medicamento conforme o prescrito?
8. Me fale um pouco sobre os fatores que você acha que contribuem para que os seus pacientes sigam as suas orientações (geral, medidas farmacológicas e não farmacológicas)?

E os fatores que contribuem para que os mesmos não as sigam?

Probe: E com relação aos fatores emocionais/mentais?
9. Quais habilidades que você considera importantes para o autocuidado das doenças crônicas?

Probe: E com relação à insulina?

10. Me fale sobre as dificuldades ou queixas relacionadas ao uso de tecnologias (por exemplo, glicosímetros, medidor de pressão arterial) que auxiliam no automonitoramento dos problemas de saúde desses pacientes?

Probe: E com relação à utilização do glicosímetro?

Apêndice E – Roteiro para entrevista semiestruturada com os pacientes – primeira versão

1. Me fale um pouco sobre os problemas de saúde que o (s) seu (s) médico (s) já te disse que você tem

Probe:

- Há quanto tempo você tem esse (s) problema (s) de saúde?
- Você poderia me dizer um pouco sobre o que você entende sobre seus problemas de saúde?

2. Como você adquiriu essas informações sobre o (s) seu (s) problema (s) de saúde?

3. Me fale um pouco sobre os medicamentos que você utiliza todos os dias

Probe:

- Quais os medicamentos que você utiliza todos os dias?
- Esses medicamentos foram prescritos por algum profissional de saúde?
- Você poderia me explicar como você utiliza os seus medicamentos?

4. Com relação a insulina, como você concilia o uso dela com as atividades do dia a dia? E como ela interfere na sua vida social?

Probe:

- Você se sente incomodado com isso ou te gera constrangimento?

5. O que te motiva a utilizar os seus medicamentos todos os dias?

6. Em relação aos medicamentos que você usa, você poderia me descrever quais dificuldades você tem ou você já teve em utilizá-los corretamente?

- Probe: E com relação a insulina?

7. Em algum momento, você já deixou de utilizar algum medicamento que trata o (s) seu (s) problema (s) de saúde? Se sim, me explique o que te levou a não utilizar esse (s) medicamento (s). Você voltou a utilizar esse medicamento? Se sim, me explique o que te levou a reutilizá-lo (s).

8. Você utiliza algum aparelho como, por exemplo o aparelho para medir a glicose, ou o aparelho para medir a pressão ou algum outro aparelho que te ajuda a controlar seus problemas de saúde? Se sim, me fale um pouco como você utiliza esse (s) aparelho (s).

Probe: Me fale um pouco sobre as dificuldades que você tem ou já teve para utilizá-los.

9. Com relação ao seu diabetes, como você descreveria os pensamentos e sentimentos que lhes são recorrentes quando o açúcar no sangue sobe muito?

10. Tente-se lembrar das últimas vezes em que seu açúcar no sangue ficou mais baixo do que o normal, de que forma esses episódios interferiram com as suas atividades do dia a dia?

11. Como você acha que o atendimento que você recebe dos profissionais de saúde que você tem contato te ajudam a cuidar dos seus problemas de saúde e a utilizar os seus medicamentos?

Probe:

- Além do médico, você recebe ou já recebeu orientação de outros profissionais de saúde? Quais?
- Você se sente à vontade para tirar dúvidas sobre seus medicamentos ou sobre seus problemas de saúde?
- O que você acha que poderia melhorar?

12. Como as pessoas com quem você convive te ajudam a cuidar dos seus problemas de saúde no dia a dia?

13. Você poderia me descrever um pouco sobre como você lida emocionalmente com esses problemas de saúde?

14. Com relação a todas às atividades que você precisa realizar de saúde (alimentos, atividade física, medicamentos) explique como é o seu sentimento com relação à capacidade de realizá-las?

Apêndice F: Roteiro pacientes – entrevista semiestruturada – pós estudo piloto

Caracterização da amostra: gênero; idade (data de nascimento); problemas de saúde; DM1 ou DM2; ocupação atual; escolaridade, cidade.

- 1) Me fale um pouco sobre os problemas de saúde que o (s) seu (s) médico (s) já te disse que você tem.

Probe:

- Há quanto tempo você tem esse (s) problema (s) de saúde?
 - Se DM2 - há quanto tempo utiliza a insulina?

2. Você poderia me dizer o que você entende/sabe sobre seus problemas de saúde?

3. Me fale um pouco sobre os medicamentos que você utiliza todos os dias

Probe:

- Quais os medicamentos que você utiliza todos os dias?
- Esses medicamentos foram prescritos por algum profissional de saúde?
- Você poderia me explicar como você utiliza os seus medicamentos?

4. Em relação aos medicamentos que você usa, você poderia me descrever quais dificuldades você tem ou você já teve em utilizá-los corretamente?

Probe:

- Com relação ao uso da insulina, para você o que é mais fácil de fazer? E o que é mais difícil?

5. Me fale um pouco sobre sua experiência em conviver com o diabetes

Probe:

- Qual (s) é a parte (s) mais difícil (s) de ter/conviver com o diabetes?
- Como o uso da insulina afeta as atividades do seu dia a dia?

6. O que te motiva a utilizar os seus medicamentos todos os dias?

7. Em algum momento, você já deixou de utilizar algum medicamento que trata o (s) seu (s) problema (s) de saúde? Se sim, me explique o que te levou a não utilizar esse (s) medicamento (s). Você voltou a utilizar esse medicamento? Se sim, me explique o que te levou a reutilizá-lo (s).

8. Você utiliza o aparelho para medir a glicose? Se sim, me fale um pouco sobre as dificuldades que você tem ou já teve para utilizá-los.

9. Do seu ponto de vista, qual a importância de medir o açúcar no sangue em sua casa?

Probe:

- De que forma ter que medir o açúcar no sangue interfere com as suas atividades diárias?

10. Me fale um pouco sobre como é adequar o uso da insulina e do aparelho que mede o açúcar no sangue **(se o paciente relatar que o utilize na questão 8)** nos dias que fogem da rotina (viagens; comer fora; festas, etc).

Probe:

- Algo te incomoda em ter que utilizar a insulina e/ou medir o açúcar no sangue nessas situações (comer fora; festas; viagens)?
- Isso te gera constrangimento? **(esperar responder a anterior antes de questionar essa questão, pra não induzir o participante a ir somente para esse lado)**

11. Com relação ao seu diabetes, como você descreveria os pensamentos e sentimentos que lhes são recorrentes quando o açúcar no sangue sobe muito?

Probe:

- E quando o açúcar no sangue fica mais baixo que o normal?
- Como esses episódios interferem com as atividades do seu dia a dia?

12. Como você acha que o atendimento que você recebe dos profissionais de saúde que você tem contato te ajudam a cuidar dos seus problemas de saúde e a utilizar os seus medicamentos?

Probe:

- Você se sente à vontade para tirar dúvidas sobre seus medicamentos ou sobre seus problemas de saúde?
- O que você acha que poderia melhorar?

13. Como as pessoas com quem você convive te ajudam a cuidar dos seus problemas de saúde no dia a dia?

Probe:

- De que maneira, ter diabetes e fazer uso de insulina afetam sua relação com seus familiares, amigos, colegas de trabalho?

14. Você poderia me descrever um pouco sobre como você lida emocionalmente com esses problemas de saúde?

Apêndice G – roteiro para a entrevista com os profissionais versão pós estudo piloto:

Questão norteadora: Quais são as percepções, do ponto de vista do profissional de saúde, sobre o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas?

Caracterização prévia: gênero; data de nascimento; profissão.

1) Há quanto tempo você trabalha nessa profissão?

2. Onde você trabalha atualmente?

- Cidade/Estado
- Natureza pública ou privada

3. Você já fez alguma pós-graduação ou especialização? Se sim, poderia me falar um pouco sobre essa pós-graduação ou especialização?

4. Me fale um pouco sobre a sua experiência com o atendimento de pacientes com doenças crônicas.

5. Quais dificuldades os seus pacientes costumam te dizer com relação a compreensão dos seus problemas de saúde (fisiologia; complicações, etc)?

6. Com relação aos medicamentos de uso crônico, quais são as dificuldades que os pacientes normalmente têm com relação ao uso desses?

Probe:

- Quais são as maiores dificuldades identificadas no uso da insulina?

7. O que você acha que os pacientes que fazem uso de insulina precisam saber para utilizá-la corretamente?

Probe:

- Quais habilidades são necessárias para utilizar a insulina corretamente?

8. Além do uso correto da insulina, o que mais você considera importante que os pacientes saibam para gerenciar o diabetes?

Probe:

obs: lembrar de cutucar caso a pessoa fale pouco- ex: mais algum outro ponto?

- Considerando esses pontos que você levantou, o que você observa que os pacientes mais têm dificuldade para realizar ou entender?

9) Me fale um pouco sobre os fatores que você acha que contribuem para que os seus pacientes sigam as suas orientações (geral, medidas farmacológicas e não farmacológicas)?

Probe:

- E os fatores que contribuem para que os mesmos não as sigam?
- De que forma os fatores emocionais interferem com a realização das atividades diárias necessárias para o gerenciamento das doenças crônicas? (especificar o diabetes, caso o participante não fale sobre a doença)

Apêndice H: Carta para os especialistas**Caro Sr. (a) Especialista,**

Segue abaixo algumas informações importantes sobre o questionário que o Senhor (a) foi convidado para participar como juiz nesse processo de validação:

O objetivo desse questionário é identificar a presença de barreiras e facilitadores para a adesão e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde; e ainda, alocar o paciente em um dos grupos: paciente possivelmente persistente e paciente possivelmente não persistente, no entanto, essa categorização será determinada em etapa posterior no processo de validação.

O Questionário para identificar barreiras e facilitadores para a adesão (persistência) à farmacoterapia é destinado a pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais.

A literatura recomenda, sempre que possível, a utilização de questionários já validados ao invés da elaboração e validação de novos questionários, pois estudos de validação são muito dispendiosos (MEADOWS, 2003; HULLEY, et al 2008; HAYNES, 2008); no entanto, tendo em vista a importância de mensurar a adesão ao tratamento para atingir resultados clínicos positivos, principalmente em doenças crônicas, e ainda, observando o cenário nacional carente de ferramentas robustas elaboradas em contexto nacional e, levando em consideração a complexidade de mensurar a adesão pelas inúmeras barreiras existentes, o objetivo deste instrumento é preencher as lacunas encontradas ao mensurar a adesão na prática clínica, bem como em pesquisas em áreas afins, por meio do desenvolvimento e validação de uma ferramenta que visa mensurar a adesão à farmacoterapia no contexto brasileiro.

Para a seleção dos itens do questionário, Hulley et al defendem, nessa etapa, a utilização de métodos qualitativos como entrevistas individuais e coletivas com pessoas relevantes para a pergunta da pesquisa; sendo assim, foram realizadas entrevistas de cunho qualitativo com profissionais de saúde com experiência em atendimento de pacientes utilizando medicamentos para doenças crônicas e pacientes utilizando farmacoterapia para doenças crônicas, essas entrevistas foram analisadas seguindo a análise de conteúdo (BARDIN, 2016) e os fatores que influenciam na adesão segundo a perspectiva dos entrevistados foram descritos no apêndice A; além disso, foi realizada uma revisão de escopo sobre os fatores que influenciam na adesão à farmacoterapia de doenças crônicas. Todos os fatores encontrados estão correlacionados e descritos no apêndice A (em anexo) juntamente com a numeração do item correspondente ao

questionário em questão. Dessa maneira, todos os itens presentes no questionário em questão foram retirados das coletas de dados descritas.

Os escores oriundos de cada item do questionário: “Barreiras e facilitadores para a adesão à farmacoterapia” foram elaborados levando em consideração a frequência absoluta do aparecimento da barreira ou facilitador durante a coleta de dados (tabela 01); para a verificação das barreiras e facilitadores oriundos da coleta de dados, por favor consulte a apêndice A.

Tabela 01: Explicação sobre os escores selecionados no Questionário: Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia.

<i>Número de aparecimento na coleta de dados</i>	<i>Barreira</i>	<i>Facilitador</i>
<i>Uma vez</i>	-1	1
<i>Duas vezes</i>	-2	2
<i>Três vezes</i>	-3	3
<i>Não apareceu*</i>	0	0

*Para os casos em que somente a barreira ou o facilitador apareceu.

O Questionário: Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia foi dividido em duas partes: fatores não-modificáveis e os fatores modificáveis.

Esse instrumento passa por um processo de validação de face e conteúdo, e segundo a literatura adotada, os senhores são convidados a analisar a pertinência e a clareza desse instrumento na luz das informações fornecidas sobre essa pesquisa. Essa etapa somente será finalizada quando houver unanimidade nas condutas indicadas pelos senhores (as), dessa maneira, após o envio desse instrumento com o julgamento dos senhores a pesquisadora, as modificações solicitadas serão atendidas e a mesma reenviará o questionário até que haja a aprovação por todos (as) os (as) juízes (as).

A equipe do Centro de Pesquisas em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica – CPAFF agradece a sua participação nesse estudo.

Sem mais,

Ana Maria Rosa Freato Gonçalves
Aluna de doutorado FCFRP - USP

Referências

HAYNES, R.B.; SACKETT, D.L.; GUYATT, G.H.; TUGWELL, P. **Epidemiologia Clínica: Como realizar pesquisa clínica na prática**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.19-30.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N. NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica.** 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MEADOWS, K.A. **So you want to do research?5: Questionnaire design.** British Journal of Community Nursing, v.8, n.12, p.562-70, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo;** tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edição 70, 2016.

Apêndice I: 2º Versão da carta enviada aos juízes

Caro Sr. (a) Especialista,

O instrumento denominado **Questionário Barreiras e facilitadores para a persistência à farmacoterapia** é destinado a pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há três meses ou mais. Tem como objetivo identificar a presença de barreiras e facilitadores para a adesão e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde para adesão à terapia medicamentosa. Também, irá permitir alocar o paciente em um dos dois grupos do estudo: paciente possivelmente persistente e paciente possivelmente não persistente. Essa alocação será determinada em etapa posterior no processo de validação.

A seguir apresento algumas informações importantes sobre o questionário que o Senhor (a) foi convidado para participar como juiz nesse processo de validação.

A literatura recomenda, sempre que possível, a utilização de questionários já validados ao invés da elaboração e validação de novos questionários, pois estudos de validação são muito dispendiosos (MEADOWS, 2003; HULLEY, et al 2008; HAYNES, 2008).

No entanto, tendo em vista a importância de mensurar a adesão ao tratamento para atingir resultados clínicos positivos, principalmente em doenças crônicas, o cenário nacional carente de ferramentas robustas e a complexidade de mensurar a adesão pelas inúmeras barreiras existentes, a validação do instrumento proposto poderá preencher as lacunas apresentadas por outros instrumentos para mensurar a adesão na prática clínica em pesquisas de áreas afins

Para a seleção dos itens do questionário, Hulley et al defendem a utilização de método qualitativo com utilização de entrevistas individuais e coletivas com pessoas relevantes para a pergunta da pesquisa. Para tanto, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde com experiência em atendimento de pacientes que utilizam medicamentos para doenças crônicas e pacientes em esquema terapêutico medicamentoso para doenças crônicas. As entrevistas foram analisadas segundo a análise de conteúdo (BARDIN, 2016) e os fatores que emergiram sobre a adesão na perspectiva dos entrevistados estão descritos no apêndice A. Além disso, foi realizada uma revisão de escopo sobre os fatores que interferem na adesão à farmacoterapia de doenças crônicas.

Na revisão de escopo foram identificados que os fatores que interferem na adesão à farmacoterapia de doenças crônicas estão relacionados. No apêndice A (em anexo) estão descritas as relações e a numeração do item correspondente ao questionário em questão. Cabe informar, que os itens do questionário foram identificados nas entrevistas e na revisão de escopo.

Para os valores dos escores oriundos de cada item do questionário: **Barreiras e facilitadores para a persistência à farmacoterapia** considerou-se a frequência absoluta do aparecimento da barreira ou facilitador durante a análise das entrevistas e revisão de escopo (Tabela 01). As barreiras e facilitadores para a adesão à farmacoterapia estão descritas no Apêndice A.

Tabela 01: Explicação sobre os escores selecionados no Questionário: Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia.

<i>Número de aparecimento na coleta de dados</i>	<i>Barreira</i>	<i>Facilitador</i>
<i>Uma vez</i>	-1	1
<i>Duas vezes</i>	-2	2
<i>Três vezes</i>	-3	3
<i>Não apareceu*</i>	0	0

*Para os casos em que somente a barreira ou o facilitador apareceu.

Para tanto, venho convidar o Senhor (a) para realizar a segunda etapa do processo de validação de face e conteúdo do **Questionário Barreiras e Facilitadores para a adesão à farmacoterapia** segundo a pertinência e a clareza do instrumento.

Essa etapa somente será finalizada quando houver unanimidade nas condutas indicadas pelos senhores (as). Dessa maneira, após o envio desse instrumento com o julgamento dos senhores à pesquisadora, as modificações solicitadas serão atendidas e a mesma reenviará o questionário até que haja a aprovação por todos (as) os (as) juízes (as).

A equipe do Centro de Pesquisas em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica – CPAFF agradece a sua participação.

Sem mais,

Ana Maria Rosa Freato Gonçalves
Aluna de doutorado FCFRP - USP

Referências

HAYNES, R.B.; SACKETT, D.L.; GUYATT, G.H.; TUGWELL, P. **Epidemiologia Clínica: Como realizar pesquisa clínica na prática**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.19-30.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N. NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica.** 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MEADOWS, K.A. **So you want to do research?5: Questionnaire design.** British Journal of Community Nursing, v.8, n.12, p.562-70, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo;** tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edição 70, 2016.

Apêndice J: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)

Você está sendo convidado (a) para compor o comitê de juízes da validação de face e conteúdo do questionário estruturado pertencente à pesquisa intitulada “Elaboração e validação de uma ferramenta para mensurar a adesão e conhecimento sobre a terapia medicamentosa”, sob responsabilidade dos pesquisadores: Doutoranda: Ana Maria Rosa Freato Gonçalves e do Prof. Dr. Leonardo Regis Leira Pereira.

Este estudo tem por objetivo desenvolver e validar uma ferramenta, no contexto brasileiro, que mensura a adesão e conhecimento sobre a farmacoterapia nos usuários de medicamentos com doença crônica. Caso o senhor (a) aceite participar dessa pesquisa, será enviada a ferramenta para ser julgada.

Em sua participação o senhor (a) deverá analisar o questionário utilizando um instrumento de avaliação. As funções do comitê de juízes são analisar a clareza e a pertinência dos itens dessa ferramenta, resolver discrepâncias, produzir a versão final para testes em campo e garantir que esta versão seja inteiramente compreensível. Salienta-se que o profissional convidado para compor o comitê de juízes, e que aceitar tal solicitação, deverá enviar à pesquisadora seu parecer sobre o questionário até o dia acordado no momento do aceite. Esse envio será realizado via correio eletrônico.

A sua participação nessa pesquisa será totalmente voluntária e não lhe trará danos graves ou despesas. O senhor (a) poderá aceitar ou não participar desse estudo ou mesmo desistir a qualquer momento, desde que comunique a pesquisadora ou o Comitê de Ética em Pesquisa, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações obtidas nas análises dos juízes serão utilizadas somente para a realização desse trabalho e os resultados finais dessa pesquisa poderão ser publicados em revistas e/ou congressos científicos. A pesquisadora se compromete em manter sigilo absoluto sobre a sua participação, ou seja, não haverá identificação dos participantes do comitê de juízes nas publicações científicas.

Ao término do estudo o senhor (a) poderá receber por e-mail os resultados finais totais deste trabalho desde que informe seu endereço eletrônico no espaço abaixo reservado para este fim.

A sua avaliação é muito importante para que esse estudo resulte em uma ferramenta capaz de auxiliar na adesão ao tratamento e, dessa maneira, promover a saúde em pacientes com doenças crônicas.

Qualquer dúvida relativa à pesquisa ou ao preenchimento do instrumento de validação do questionário estruturado para realização do estudo poderá ser esclarecida a qualquer momento (antes, durante ou após a sua participação no processo de validação).

Ana Maria Rosa Freato Gonçalves
Pesquisadora Responsável

Eu _____, RG n.º _____, e-mail _____
_____ aceito participar da pesquisa da doutoranda Ana Maria R. Freato Gonçalves, sob orientação do Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira (FCFRP – USP).
_____/_____, _____ de _____ de 2019.

Participante do comitê de juízes

Apêndice K: Barreiras e facilitadores para a adesão à farmacoterapia extraídos dos 114 estudos oriundos da revisão de escopo.

<i>Autor (s)/Ano</i>	<i>Variável (es) avaliadas</i>	<i>Doença crônica</i>	<i>Barreira/Facilitador</i>
<i>Nelson, et al, 1978</i>	Maior idade	HAS ¹	Facilitador
	Escolaridade		Facilitador
	Estar empregado		Facilitador
	Percepção dos benefícios da farmacoterapia		Facilitador
	Percepção da severidade da doença		Facilitador
	Presença de medicamentos prescritos para outras doenças		Facilitador
	Ansiedade no primeiro diagnóstico		Barreira
	Impacto da HAS no estilo de vida		Facilitador
	Satisfação do paciente		Facilitador
<i>Kelly, Scott, 1990</i>	Educação em saúde	Esquizofrenia ¹	Facilitador
<i>Botello, Dutrack, 1992</i>	Frequência da administração do medicamento	Várias doenças crônicas	? ³
	Capacidade de ler rótulos		Facilitador
<i>Christensen, et al, 1994</i>	Idade	Doença renal crônica ¹	Facilitador
	Comportamento vigilante com a informação recebida		Facilitador
<i>Horne, Weinman, 1998</i>	Crenças sobre a farmacoterapia (Percepção da necessidade do medicamento maior do que a preocupação com o mesmo)	Doença renal crônica	Facilitador
	Ter asma	Câncer	Barreira
	Idade	Asma	Facilitador
<i>Miura, 2000</i>	Ter doenças cardíacas	Doença cardíaca	Barreira
	Idade	Insuficiência cardíaca congestiva ¹	Facilitador
	Tratamento cirúrgico		?
	Dose de Digoxina (menor)		Barreira
	Uso de Digoxina e nitratos		Barreira
	Uso de Digoxina e BCC		Barreira
	Uso de Digoxina e agentes antiarrítmicos		Barreira

<i>Shalansky, Levy, 2002</i>	Educação em saúde (Entendimento sobre a farmacoterapia)		Facilitador
	Número de visitas ao médico (maior)		Facilitador
	Duração das visitas ao médico (maior)		Facilitador
	Educação em saúde (Maior entendimento sobre a doença)		Facilitador
	Tipo de doença crônica	Angina Pectoris	Facilitador
	Número de medicamentos utilizados (maior)	Artrite Reumatóide	Facilitador
	Número de medicamentos utilizados (maior)	Hipercolesterolemia	Facilitador
	Número de medicamentos utilizados por dia	Insuficiência cardíaca	Facilitador
	Posologia	HAS	Facilitador
	Idade	História de infarto agudo do miocárdio	Facilitador
	Reações adversas		Barreira
	Crença do paciente de que o controle da doença depende de si próprio		Barreira
	Sentir-se incapaz		Barreira
	Sentir-se debilitado fisicamente devido a dor		Barreira
<i>Burge, et al, 2005</i>	Desejo de comportamento de solicitude dos outros		Barreira
	Uso de estatinas e antihipertensivos	DM	Facilitador
	Uso de estatinas e nitratos	Depressão	Facilitador
	Uso de estatinas e antidepressivos ou ansiolíticos	Angina pectoris	Barreira
	Idade e uso de estatinas		Facilitador
	Renda e uso de estatinas		Facilitador
	Uso de estatinas e número de medicamentos utilizados		Facilitador
	Motivação	DM2	Facilitador
	Educação em saúde	HAS	Facilitador
	Preocupação com a aprovação social	Hipercolesterolemia	Facilitador
	Idade		Facilitador
	Falar língua espanhol		Facilitador
	Falar língua espanhol		Facilitador

Escolaridade	Facilitador
Número de medicamentos utilizados	Facilitador
Efeitos adversos	Barreira
Satisfação do paciente com o médico	Facilitador
Confiança	Facilitador
Número de medicamentos utilizados	Facilitador
Qualidade de vida relacionada à saúde	Facilitador
Autoeficácia	Facilitador
Tempo com doença de Crow (até cinco anos de duração são mais aderentes)	Facilitador
Ter companheiro e doença de Crow	Facilitador
Local de residência (Pessoas que não são de Ribeirão Preto com doenças de Crow são mais aderentes)	Facilitador
Envolvimento do Colon e Doença de Crow	Facilitador
Confiança no médico	Facilitador
Confiança no médico	Facilitador
Confiança no medicamento	Facilitador
Acreditar nos benefícios da terapia	Facilitador
Duração do tratamento	?
Qualidade de vida	Facilitador
Confiança no médico	Facilitador
Necessidade da farmacoterapia	Facilitador
Percepção sobre a farmacoterapia	Barreira
Valorizar as outras pessoas	Facilitador
Valorizar Deus e as crianças	Facilitador
Percepção dos malefícios da farmacoterapia	Barreira
Severidade da depressão	Barreira
Maior crença na necessidade do que nos efeitos negativos causados pelo antidepressivo	Facilitador

<i>Sherman, 2009</i>	Crença na necessidade de utilizar o medicamento (Menor crença na necessidade do medicamento, maior a não adesão intensional)	Artrite reumatoide	Facilitador
	Crença em efeitos negativos causados pelo medicamento (Maior crença nos efeitos negativos do medicamento, maior a adesão não intensional)		Barreira
	Maior crença na necessidade do que nos efeitos negativos causados pelo medicamento (Maior crença na necessidade os que nos efeitos negativos causados pelo medicamento diminui a adesão não intensional)		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar agentes alfa-adrenérgicos	DM	Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar agentes agonistas do receptor da Angiotensina II	Hipertensão Arterial	Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar agentes agonistas do receptor da IECA	Arritmia cardíaca	Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar antiarrítmicos	Hipotireoidismo	Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar Bloqueadores Beta adrenérgicos	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar biguanidas	Insuficiência cardíaca congestiva	Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar bloqueadores de canal de Cálcio		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar diidropiridinas		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar derivados do ácido fíbrico		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar inibidores da HMG-Coa redutase		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar insulina		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar inibidores da agregação plaquetária		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar sulfaniluréias		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar diuréticos tiazídicos		Facilitador
	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar Tiazolidinedionas		Facilitador

<i>Mann, 2009</i>	Ter serviços de saúde no local de trabalho e utilizar agentes da Tireóide		Facilitador
	Acreditar que tem DM somente quando o açúcar está alto	DM ¹	Barreira
	Acreditar que as consequências do DM são poucas		Barreira
	Acreditar que os sintomas do DM são leves		Barreira
	Acreditar que tem baixo controle sobre o DM		Barreira
	Acreditar que não precisa do medicamento quando o açúcar está normal		Barreira
	Preocupar-se com os efeitos adversos do medicamento		Barreira
	Preocupar-se com a dependência do medicamento		Barreira
	Acreditar que é difícil tomar os medicamentos		Barreira
	Não ter confiança que pode controlar o DM		Barreira
	Sintomas depressivos significativos		Barreira
<i>Broekmans, 2010</i>	Acreditar que o DM interfere na vida social		Barreira
	Idade	Dor crônica ¹	Facilitador
	Idade: ser mais jovem aumenta a subutilização		Facilitador
	Idade: ser mais jovem aumenta a super utilização		Facilitador
	Custo: Subsídio para saúde		Facilitador
	Número de analgésicos prescritos		Barreira
	Número de medicamentos utilizados		Barreira
	Número de medicamentos utilizados (superutilização)		Barreira
	Tabagismo		Barreira
	Tabagismo (e super utilização do medicamento)		Barreira
	Automedicação		Barreira
<i>Holt, 2010</i>	Baixa qualidade de vida relacionada com a saúde	HAS ¹	Barreira
	Qualidade de vida relacionada à saúde física (Ter baixa qualidade de vida relacionada à saúde física está associado a menor adesão)		Facilitador
	Qualidade de vida relacionada à saúde mental		Facilitador
<i>Nicklas, 2010</i>	Idade	Dor crônica ¹	Facilitador

<i>Chen, 2010</i>	Escolaridade		Facilitador
	Intensidade da dor		Facilitador
	Percepção de que os sintomas são "ciclicos"		Barreira
	Percepção de que a doença é crônica		Facilitador
	Percepção pessoal de que pode controlar os sintomas		Barreira
	Percepção sobre a necessidade da farmacoterapia		Facilitador
	Preocupação sobre a farmacoterapia		Barreira
	Gênero (Feminino)	Epilepsia ¹	Facilitador
	Comorbidade		Barreira
	Frequência das doses (utilizar o medicamento duas vezes ao dia)		Facilitador
	Ter crise epilética após uma dose esquecida		Barreira
	autoeficácia		Facilitador
	<i>Choudhry, 2011</i>	Traço de pernonalidade: Neuroticismo	DPOC
Traço de personalidade: amabilidade		Has	Facilitador
Traço de personalidade: conscienciosidade		Angina pectoris	Facilitador
Idade		Infarto	Facilitador
Idade e adesão de estatinas		HAS	Facilitador
Idade e adesão em IECA e BRA		Dislipdemia	Facilitador
Gênero e adesão de estatinas			Facilitador
Gênero e adesão em IECA e BRA			Facilitador
Renda e uso de estatinas			Facilitador
Renda e uso em IECA e BRA			Facilitador
Custo: Copagamentos			↕
Comorbidades e adesão de estatinas			Barreira
Comorbidades e adesão em IECA e BRA			Barreira
Quantidade de doses diárias e adesão em IECA e BRA			Barreira
Número de medicamentos utilizados e adesão em estatinas			Barreira
Número de medicamentos utilizados e adesão em IECA e BRA		Facilitador	

	Número de prescritores e adesão em estatinas		Barreira
	Número de prescritores e adesão em IECA e BRA		Barreira
	Número de farmácia e adesão em estatinas		Barreira
	Número de farmácia e adesão em IECA e BRA		Barreira
	Consolidação de recarga de medicamentos (número de vezes que visitou a farmácia relacionado com a quantidade de medicamentos que utiliza) e adesão de estatinas		Facilitador
	Consolidação de recarga de medicamentos (número de vezes que visitou a farmácia relacionado com a quantidade de medicamentos que utiliza) e adesão de IECA e BRA		Facilitador
<i>Muzina, 2011</i>	Tipo de farmácia (Indivíduos que utilizam as farmácias que enviam medicamentos são mais aderentes)	Depressão ¹	Facilitador
	Tipo de medicamento (utilizar o medicamento de referência)		Facilitador
	Idade: menor a idade menos aderente		Facilitador
	Gênero (mulher)		Barreira
	Comorbidade		Barreira
<i>IBRAHIM, 2011</i>	Ter um membro da família que tem doença crônica e adesão	DM	Facilitador
	Ter complicações causadas pela doença crônica	HAS	Facilitador
	Polifarmácia		Barreira
	Frequência das consultas		Facilitador
	Escore de depressão		Barreira
<i>Hernandez-Tejada, 2012</i>	Empoderamento em Diabetes	DM2 ¹	Facilitador
<i>Zuckerman, 2012</i>	Aumento de medicamentos não antihipertensivo na adesão do antihipertensivo	HAS ¹	Barreira
<i>Kronish, 2012</i>	Ter estresse pós-traumático e não utilizar as medicações prescritas	Dislipdemia	Barreira
	Ter estresse pós-traumático e esquecer de utilizar as medicações prescritas	HAS	Barreira
	Ter estresse pós-traumático e pular a dose da medicação	DPOC	Barreira
	Risco de uso de álcool e pular a dose do medicamento		Barreira
<i>Laliberté, 2012</i>	Frequência da dose diária e adesão	fibrilação atrial não valvar ¹	Barreira
	Frequência de dose e adesão		Barreira

	Idade		Facilitador
	Utilizar bloqueadores de canal de cálcio e adesão		Facilitador
	Custo: Copagamento de medicamentos		Facilitador
<i>Khanna, 2012</i>	Idade e depressão	DM	Facilitador
	Idade e DM	Depressão	Facilitador
	Idade (mais velhos) e Epilepsia	Epilepsia	Barreira
	Idade e Dislipdemia		Facilitador
	Idade e HAS	HAS	Facilitador
	Gênero e depressão	Artrite reumatóide	Barreira
	Gênero e DM		Barreira
	Gênero e Epilepsia		Barreira
	Gênero e Dislipdemia		Barreira
	Gênero e HAS		Barreira
	Etnia e depressão (negro)		Facilitador
	Etnia e DM (negro)		Facilitador
	Etnia e Epilepsia		?
	Etnia e Dislipdemia (negro)		Facilitador
	Etnia e Has		?
	Local de residência e epilepsia		?
	Severidade da doença e depressão		Barreira
	Severidade da doença e DM		Barreira
	Severidade da doença e Dislipdemia		↕
	Severidade da doença e HAS		Barreira
<i>Hsiao, 2012</i>	Percepção sobre a doença e adesão	HAS ¹	Facilitador
<i>Ambaw, 2012</i>	Gênero	HAS ¹	Facilitador
	Comorbidade		Barreira
	Distância do hospital (<0,5h)		Facilitador
	Educação em saúde		Facilitador

<i>Gadkari, 2012</i>	Atitude sobre a doença		Facilitador
	Etnia (negros)		Barreira
	Idade e não adesão não intensional	HAS	Facilitador
	Etnia e não adesão não intensional (branco)	Dislipdemia	Facilitador
	Escolaridade e não adesão não intensional (ter o ensino médio)	Asma	Facilitador
	Ocupação e não adesão não intensional	Osteoporose	Barreira
	Renda e não adesão não intensional	Depressão	Facilitador
	Autoavaliação em saúde e não adesão não intensional		Facilitador
	Depressão e não adesão não intensional		Barreira
	Osteoporose e não adesão não intensional		Barreira
<i>Desai, 2013</i>	Percepção da necessidade, preocupações e acessibilidade e não adesão não intensional		Facilitador
	Utilizar antipsicóticos e adesão ao antidiabético	Esquizofrenia	Facilitador
	Severidade da doença crônica e adesão ao antidiabético	DM	Facilitador
	Gênero e adesão ao antidiabético oral		Barreira
	Idade e adesão ao antidiabético oral		Facilitador
	Ocupação		Facilitador
	Tempo desde o diagnóstico		Barreira
	Tempo desde o início com o antihipertensivo		Barreira
	Estilo de vida do hipertenso		Facilitador
	Metamemória		Facilitador
	Escolaridade: Ter estudado menos do que o 6º ano e não adesão relacionada ao custo		Facilitador
	Ter companheiro e não adesão relacionada ao custo		Facilitador
	Número de doenças crônicas e não adesão (ter 3 doenças crônicas diminui a chance de ser não aderente)		Barreira
	Número de doenças crônicas e não adesão		Barreira
	Autoavaliação em saúde e		Facilitador
Autoavaliação em saúde e adesão relacionada ao custo		Facilitador	

Yoel, 2013	Limitação da função física e não adesão relacionada ao custo		Barreira
	Quedas e não adesão		Barreira
	Renda familiar e não adesão relacionada ao custo		Facilitador
	Renda e não adesão relacionada ao custo		Facilitador
	Renda: Outros ativos e não adesão relacionada ao custo		Facilitador
	Uso de consulta médica particular		↕
	Etnia e adesão (negros)		Barreira
	Etnia e adesão relacionada ao custo (negros)		Barreira
	Câncer		Facilitador
	Comorbidade		Barreira
	Idade		Facilitador
	Idade: os mais jovens são menos aderentes		Facilitador
	Educação em saúde		Facilitador
	Renda		Facilitador
	Idade	HAS	Facilitador
	Gênero	DM	Facilitador
	Ter companheiro	Dislipdemia	Barreira
	Renda: Filhos economicamente dependentes		Barreira
	Número de pessoas vivendo por cômodo da casa		Barreira
	Custo: Gasto mensal com medicamento pela família		Barreira
	Ter DM e ter conhecimento sobre a complicação: perda de visão		Facilitador
	Ter DM e ter conhecimento sobre a complicação: infarto		Facilitador
	Ter HAS e ter conhecimento sobre a complicação: perda de visão		Facilitador
	Ter HAS e ter conhecimento sobre a complicação: falência renal		Facilitador
	Ter Dislipdemia e ter conhecimento sobre a complicação: doença isquêmica do coração		Facilitador
	Acreditar que os medicamentos prescritos podem ser substituídos por medicamentos tradicionais (caseiros)		Barreira

<i>Krauskopf, 2015</i>	Acreditar que a Reação Adversa ao medicamento é pior do que os efeitos da doença		Barreira
	Idade: os mais jovens são menos aderentes	DPOC ¹	Facilitador
	Etnia (hispanicos são mais aderentes do que os negros)		Facilitador
	Renda		Facilitador
	Emocional representação do DPOC (Não aderentes são mais preocupados com a doença)		Barreira
	Emocional representação do DPOC (Não aderentes são mais afetados emocionalmente pela doença)		Barreira
	Sentir-se preocupado com a medicação		Barreira
	Modo de transmissão (Os que tiveram transmissão sexual do HIV são mais aderentes)		Facilitador
	Mudança de antiretroviral		Barreira
	Número de doenças crônicas		Barreira
	Pacientes com 5 ou mais medicamentos prescritos		Barreira
	Gênero e Dislipdemia	Hipotireoidismo	Facilitador
	Idade		Facilitador
	Religião		?
<i>Remondi, 2014</i>	Etnia		?
	Local de residência (locais mais carentes)		Barreira
	Autopercepção de saúde	Doenças crônicas	Facilitador
	Visitas do Agente Comunitário de Saúde		Facilitador
	Necessita de ajuda para realizar as necessidades diárias		Facilitador
	Custo: Descontinuidade no acesso aos medicamentos		Barreira
<i>Cheung, 2014</i>	Complexidade da farmacoterapia com relação a posologia		Barreira
	Personalidade: Conscienciosidade	Asma ¹	Facilitador
	Personalidade: neuroticismo e adesão em mulheres		Facilitador
	Personalidade: Conscienciosidade		Facilitador
	Idade		Facilitador
	Renda		Facilitador

	Tabagismo		Barreira
	Uso de drogas ilícitas		Barreira
	Utilização de medicação auxiliar		Facilitador
	Queixas neurocognitivas		Barreira
	Qualidade de vida		Facilitador
	Depressão e hemodiálise crônica		Barreira
<i>Hatah, 2015</i>	Idade	HAS	Facilitador
	Religião (ter uma religião organizada)		Facilitador
	Ter HIV		Facilitador
<i>Heissam, 2015</i>	Motivação	DM ¹	Facilitador
	Relação entre o paciente e o profissional de saúde		?
<i>Gupte-Singh, 2015</i>	Depressão	Asma ¹	Facilitador
	Idade		Facilitador
	Gênero		Facilitador
	Etnia (Os hispanicos são menos aderentes do que os caucasianos)		Facilitador
	Etnia (Os negros são menos aderentes do que os caucasianos)		Facilitador
	Etnia (branco)		Facilitador
	Tipo de farmacoterapia para a Asma (monoterapia)		Facilitador
	Acesso a comida não segura		?
	Suporte social		Facilitador
	Idade		Facilitador
	Etnia (Branco)		Facilitador
	Ocupação (estar desempregado)		Barreira
	Plano de saúde (Medicaid)		Facilitador
	Estágio do HIV		Barreira
	Acreditar que a medicação impede que a doença piore		Facilitador
	Preocupar-se com a medicação		Barreira
<i>Sheth, 2015</i>	Depressão	HIV ¹	Barreira

<i>Awwad, 2015</i>	Educação em saúde	HAS	Facilitador
	Educação em saúde (Saber os nomes dos medicamentos está associado com maior adesão)	Asma	Facilitador
	Educação em saúde (Saber como tomar os medicamentos está associado com maior adesão)	Osteoporose	Facilitador
	Educação em saúde (Saber o que fazer se os efeitos adversos ocorrerem está associado com maior adesão)	DM	Facilitador
	Educação em saúde (Saber o que fazer se esquecer uma dose está associado com maior adesão)	Doença renal crônica	Facilitador
	Escolaridade		Facilitador
	Renda		Facilitador
	Idade		Facilitador
	Polifarmácia		Facilitador
	Tipo do antidepressivo		?
	Tensão no trabalho e adesão às estatinas		Barreira
<i>Tavares, 2016</i>	Idade: os mais jovens são menos aderentes	HAS	Facilitador
	Local de residência	DM	Barreira
	Plano de saúde		Facilitador
	Número de médicos que visita		Barreira
	Custo: Acesso gratuito aos medicamentos		Facilitador
	Número de atendimentos na emergência nos últimos meses		Barreira
	Número de doenças crônicas		Barreira
	Limitação causada pela doença crônica		Barreira
<i>Unni, 2016</i>	Número de medicamentos causado pela doença crônica		Barreira
	Aceitando racionalmente (Percepção sobre a farmacoterapia: alta necessidade e baixa preocupação e baixa percepção de "ameaça")	Asma ¹	Facilitador
	Aceitando racionalmente (Alto controle pessoal, baixa consequência da doença, alto controle do tratamento, bom entendimento sobre a doença e baixa representação emocional)		Facilitador
	Maior idade, asma controlada, maior renda e maior nível educacional		Facilitador

	Aceitação estimulada pela doença (Percepção sobre a farmacoterapia: alta necessidade e baixa preocupação e alta percepção de "ameaça")		Facilitador
	Aceitação estimulada pela doença - Alto controle pessoal, alto controle do tratamento, bom entendimento sobre a doença e alta "timaline" da doença		Facilitador
	Aceitação estimulada pela doença - Maior autoeficácia e bom suporte social		Facilitador
	Aceitação estimulada pela doença - Maior idade, asma não controlada, maior posologia diária, menor renda e menor escolaridade		Barreira
	Diferença entre a necessidade e a preocupação (Acreditar na necessidade mais do que preocupar-se está relacionado à adesão)		Facilitador
<i>Wei, 2017</i>	Preocupação com a farmacoterapia	Infarto	Barreira
	Preocupação com os efeitos adversos do medicamento	Artrite reumatoide	Barreira
	Percepção dos benefícios gerais da farmacoterapia	DM	Facilitador
<i>Lauffenburger, 2016</i>	Sofrer uma lesão pessoal	DM	Barreira
	Visitas ao serviço de emergência	Has	Barreira
	Reação aguda de stress	Dislipdemia	Barreira
	Ansiedade aguda e ataque de pânico	Doença coronariana	Barreira
	Hospitalizações na família	Depressão	Barreira
	Plano de saúde: adição da família	DPOC	Barreira
	Idade		Facilitador
	Ocupação (Aposentado)		Facilitador
<i>Dabaghian, 2016</i>	Idade	DM	Facilitador
	Escolaridade	HAS	Facilitador
	Ter companheiro	Doença gastrointestinal crônica	Facilitador
	Número de medicamentos por dia	Doença musculoesquelética	Barreira
<i>Calabria, 2016</i>	Idade: nos primeiros 6 meses de adesão a idade de 60-69 é mais aderente	Osteoporose ¹	Facilitador

	Idade: nos primeiros 12 meses de adesão a idade de 60-69 é mais aderente		Facilitador
	Idade: nos primeiros 36 meses de adesão a idade de 60-69 é mais aderente		Facilitador
	Gênero: as mulheres são mais aderentes nos primeiros 6 meses de adesão		Facilitador
	Gênero: as mulheres são mais aderentes nos primeiros 12 meses de adesão		Facilitador
	Gênero: as mulheres são mais aderentes nos primeiros 36 meses de adesão		Facilitador
	Utilização de medicamentos para sintomas gastrintestinais e osteoporose		Facilitador
	Utilização de medicamentos para doenças cardiovasculares e osteoporose		Barreira
	Utilização de medicamentos de corticoides e osteoporose		Facilitador
	Utilização de medicamentos para doenças neurológicas e osteoporose		Barreira
	Utilização de medicamentos para doenças neurológicas		Barreira
	Politerapia		Barreira
	Ter de 4 -11 visitas no médico por ano		Facilitador
	Número de medicamentos utilizados (3-4 medicamentos)		Barreira
	Número de medicamentos utilizados (5 ou mais medicamentos)		Barreira
	Idade		Facilitador
	Escolaridade		Barreira
<i>Shruth, 2016</i>	Idade	HAS	Facilitador
	Escolaridade	Doença isquêmica do Coração	?
	Ter companheiro	Doenças pulmonares crônicas	?
	Ocupação	Doença renal crônica	?
	Número de medicamentos utilizados	Disordens da Tireóide	?
	Consciência sobre a doença	Doenças psiquiátricas	Facilitador
	Efeitos adversos	Artrite	?
<i>Napolitano, 2015</i>	Escolaridade (ensino médio ou mais)	HAS	Facilitador

	Número de medicamentos por dia	DM	Barreira
	Ter organizadores de medicamentos	DPOC	Barreira
	Dependencia nas atividades de vida diária	outras doenças crônicas	Facilitador
	Idade		Facilitador
	Diagnosticos fornecidos pela atenção básica à saúde		Facilitador
	Consulta ao serviço de clínica geral		Facilitador
	Proporção de medicamentos para Asma		Facilitador
	Escolaridade		Facilitador
	Renda		Facilitador
<i>Ihle, 2017</i>	Memória retrospectiva e erros de comissão (tomar o medicamento novamente porque se esqueceu que já havia tomado)	Doença cardiovascular	Barreira
	Memória prospectiva e erros de omissão (esquecer de tomar o medicamento)	Doença gastrintestinal	Barreira
	Memória prospectiva e número de medicações		Barreira
	Erros de omissões, número de medicações e memória prospectiva		Barreira
	Erros de Coomissões, número de medicações e memória retrospectiva		Barreira
<i>Mekonnen, 2017</i>	Comorbidade	HAS ¹	Facilitador
	Tempo que utilizia o antihipertensivo		Facilitador
	Custo: Se adquire o medicamento por baixo custo ou gratuitamente		Facilitador
	Aceitação da farmacoterapia		Facilitador
	Relação com o prescritor (Boa)		Facilitador
<i>Gerada, 2017</i>	Ocupação e adesão à insulina	DM ¹	?
	Comorbidades e adesão à insulina		Facilitador
	Parar de utilizar quando se sente melhor		Barreira
	Custo com a insulina		Barreira
	RAM com a insulina		Barreira
	Transportar a insulina		Facilitador
	Ter o local de aplicação irritado		Barreira

<i>Dhamane, 2017</i>	Ter lipoadistrofia e adesão a insulina		Barreira
	Idade: As pessoas com idade entre 80-89 anos são menos aderentes	Doenças respiratórias crônicas ¹	Barreira
	Local de residência		?
	Ocupação		?
	Comorbidade		Barreira
<i>Fortuna, 2018</i>	Vacina contra a influenza		Barreira
	Idade	HAS ¹	Facilitador
	Etnia (Branco)		Facilitador
	Autoavaliação do estado de saúde		Facilitador
	Preocupação que o profissional demonstrou em relação às perguntas e preocupações do paciente		Facilitador
	Esforço do profissional para incluir o paciente nas decisões		Facilitador
	Informações que o profissional de saúde deu aos pacientes sobre os medicamentos		Facilitador
	Avaliação geral do atendimento durante a sua visita		Facilitador
	Recomende esse profissional de saúde		Facilitador
	Recomende essa clínica de saúde		Facilitador
<i>Ding, 2018</i>	Idade	HAS	Facilitador
	Curso da doença		?
	Autoeficácia		Facilitador
	Manejo do trabalho		Facilitador
	Uso de 4 ou mais opioides	DM	Barreira
	Idade: Idade de 45-64 e não adesão	Insuficiência Cardíaca	Facilitador
	Idade: Idade de 22-44 e não adesão	Doença arterial coronária	Facilitador
	Tabagismo		0
	Número de medicamentos utilizados		Facilitador
	Número de prescritores (Pacientes que visitaram um maior número de prescritores exclusivos são menos aderentes)		Barreira
1 ou mais visitas ao médico		Facilitador	

<i>Helou, et al, 2019</i>	Idade	Hipotireoidismo ¹	Facilitador
	Consumo de álcool		Barreira
	Comorbidade		Barreira
	Ocupação (aposentado)		Facilitador
	Frequência de consultas médicas		Facilitador
	Recebimento de orientações médicas		Facilitador
	Satisfação com as orientações médicas recebidas		Facilitador
	Tempo com Hipotireoidismo		Facilitador
	Educação em saúde (Conhecimento sobre valores normais de TSH)		Facilitador
	<i>Lauffenburger, et al, 2018</i>	Idade e histórico prévio de adesão familiar	Diabetes Mellitos
Histórico prévio de adesão familiar e quantidade de medicamentos que o paciente utiliza		HAS	Barreira
Histórico prévio de adesão familiar (em pacientes com doenças cardiovasculares)		Hipotireoidismo	Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar (quando os parentes têm a mesma doença crônica)		Doença mental	Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar (quando os parentes têm a mesma doença crônica: Diabetes)			Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar			Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar (quando os parentes têm a mesma doença crônica: Hipercolesterolemia)			Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar (quando os parentes têm a mesma doença crônica: HAS)			Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar (quando os parentes têm a mesma doença crônica: Hipotireoidismo)			Facilitador
Histórico prévio de adesão familiar (quando os parentes têm a mesma doença crônica: Doença mental)			Facilitador
<i>Danialli, et al, 2018</i>	Depressão	HAS	Barreira
<i>Lemay, et al, 2018</i>	Crenças negativas em relação ao medicamento	Doença cardiovascular	Barreira

<i>Quisel, et al, 2019</i>	Idade	Diabetes mellitos	Facilitador
	Gravidade da doença	Doenças respiratórias	Barreira
	Idade	HAS	Facilitador
	Gênero (mulheres)	Diabetes mellitos	Barreira
	Utilizar rastreamento das atividades em saúde em meio digital	Dislipidemia	Facilitador
	Utilizar rastreamento das atividades em saúde meio digital ter Dislipidemia		Facilitador
	Utilizar rastreamento das atividades em saúde meio digital ter HAS		Facilitador
	Utilizar para rastreamento das atividades o tipo: "steps"		Facilitador
	Utilizar para rastreamento das atividades o tipo: "sleep"		Facilitador
	Utilizar para rastreamento das atividades o tipo: "weighth"		Facilitador
	Utilizar para rastreamento das atividades o tipo: "food logs"		Facilitador
	Utilizar rastreamento das atividades em meio digital e variáveis de confundimento - Gênero e idade		Facilitador
	<i>Teshome, et al, 2017</i>	Idade	HAS ¹
Local de residência (área urbana)			Facilitador
Quantidade de medicamentos utilizados em um dia			Barreira
<i>Shani, et al, 2018</i>	Conhecimento sobre as HAS e seu tratamento		Facilitador
	Utilizar IECA e número de medicamentos utilizados	HAS ¹	Facilitador
	Utilizar BRA e número de medicamentos		Facilitador
	Utilizar Atenolol e número de medicamentos		Facilitador
	Utilizar Carvedilol e número de medicamentos		Facilitador
	Idade e utilizar IECA		Facilitador
	Idade e utilizar BRA		Facilitador
	Idade e utilizar Atenolol		Facilitador
	Idade e utilizar Carvedilol		Facilitador
	Número de medicamentos utilizados		?
	Escolaridade		Facilitador
Renda		Facilitador	

	Comorbidade		Facilitador
	Tipos de medicamentos utilizados (biológicos)		Facilitador
	Tipos de medicamentos utilizados (tradicionalis)		Barreira
	Ida em todas as consultas médicas		Facilitador
	Interrupção do medicamento após melhora clínica		Barreira
<i>Lee, et al, 2018</i>	Custo: Indisponibilidade de medicamentos e não adesão à medicamentos relacionados ao custo	HAS ¹	Barreira
	Menores níveis de satisfação dos pacientes com o sistema de saúde e não adesão à medicamentos relacionados ao custo		Barreira
	Renda e não adesão à medicamentos relacionados ao custo		Barreira
	Doenças mentais graves e não adesão à medicamentos relacionados ao custo		Barreira
	Atitude que demonstra preocupação		Barreira
<i>Kolios, et al, 2019</i>	Idade	Artrite reumatóide	Facilitador
	Tipo de medicamento	Espondilite anquilosante	?
	Utilização excessiva de medicamentos	Artrite psoriásica	Barreira
	Gênero	Doença de Crohn	Facilitador
	Ter complicações causadas pela doença crônica	Colite ulcerativa	Facilitador
	Sentir-se preocupado com a farmacoterapia		Barreira
	Educação em saúde: Entendimento sobre a doença		Facilitador
	Duração da doença (>1 ano)		Barreira
	Ter complicações causadas pela doença crônica		Facilitador
<i>Akdogan, et al, 2018</i>	Idade	Urticária crônica ¹	Facilitador
	Maior tempo de diagnóstico da doença		Barreira
	Comorbidade		Barreira
<i>Freech, et al, 2018</i>	Idade: Pessoas com 70-79 são mais aderentes	Glaucoma ¹	Facilitador

Bhuyan, et al, 2018

Maior tempo de diagnóstico da doença		Barreira
Ter necessidade de cuidados		Barreira
Comorbidade		Barreira
Estado de saúde		Barreira
Gênero e adesão a medicamentos relacionadas ao custo: Ser mulher aumenta a chance de "pular" a dose do medicamento	DM ¹	Barreira
Gênero e adesão a medicamentos relacionadas ao custo: Ser mulher aumenta a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito		Barreira
Gênero e adesão a medicamentos relacionadas ao custo: Ser mulher aumenta a chance de estar com a receita do medicamento atrasada		Barreira
Gênero e adesão a medicamentos relacionadas ao custo		Barreira
Tem fonte habituais de cuidados e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Tem fonte habituais de cuidados diminui a chance de "pular" a dose do medicamento		Facilitador
Tem fonte habituais de cuidados e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Tem fonte habituais de cuidados diminui a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito		Facilitador
Tem fonte habituais de cuidados e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Tem fonte habituais de cuidados diminui a chance de estar com a receita atrasada		Facilitador
Idade e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Ser idoso diminui a chance de "pular" a dose do medicamento		Facilitador
Idade e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Ser idoso diminui a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito		Facilitador
Idade e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Ser idoso diminui a chance de estar com a receita atrasada		Facilitador
Idade e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Ser idoso diminui a chance de pedir ao médico opção de medicamento de menor custo		Facilitador
Etinia e adesão a medicamentos relacionados ao custo		?

Escolaridade e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter o ensino superior aumenta a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito)	Barreira
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter plano de saúde público diminui a chance de "pular" a dose do medicamento)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter plano de saúde público diminui a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter plano de saúde público diminui a chance de estar com a receita atrasada)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter plano de saúde público diminui a chance de pedir ao médico opção de menor custo)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Não ter plano de saúde aumenta a chance de "pular" a dose do medicamento)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Não ter plano de saúde aumenta a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Não ter plano de saúde aumenta a chance de estar com a receita atrasada)	Facilitador
Plano de saúde e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Não ter plano de saúde aumenta a chance de utilizar pedir ao médico opção de menor custo)	Facilitador
Renda: Grau de "pobreza" e adesão a medicamentos relacionados ao custo	Facilitador
Condição de saúde autorrelatada e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter saúde boa diminui a chance de "pular" a dose do medicamento)	Facilitador
Condição de saúde autorrelatada e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter saúde boa diminui a chance de utilizar menos medicamentos do que o prescrito)	Facilitador

	Condição de saúde autorrelatada e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter saúde boa diminui a chance de estar com a receita atrasada)		Facilitador
	Condição de saúde autorrelatada e adesão a medicamentos relacionados ao custo (Ter saúde boa diminui a chance de pedir ao médico opção de menor custo)		Facilitador
	Possuir limitação funcional e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Possuir limitação funcional aumenta a chance de "pular" a dose do medicamento		Barreira
	Possuir limitação funcional e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Possuir limitação funcional aumenta a chance de utilizar menos medicamento do que o prescrito		Barreira
	Possuir limitação funcional e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Possuir limitação funcional aumenta a chance de estar com a receita atrasada		Barreira
	Possuir limitação funcional e adesão a medicamentos relacionados ao custo: Possuir limitação funcional aumenta a chance de pedir ao médico opção de menor custo		Barreira
<i>Xiaoxing, et al, 2018</i>	Idade: Maior idade menor a adesão (maior que 80 anos)	HAS	Barreira
	Classe de medicamento	Hiperlipidemia	?
	Educação em saúde	Dores lombares crônicas	Facilitador
<i>Park, et al, 2018</i>	Atitudes em relação a medicação: Acreditar que o medicamento não é necessário e não se preocupar com o mesmo diminui a adesão	HAS	Barreira
	Atitudes em relação a medicação: Acreditar que o medicamento não é necessário e preocupar-se com o mesmo diminui a adesão	DM	Barreira
	Custo da medicação	Artrite reumatoide	Barreira
	Reações Adversas a Medicamentos	Osteoporose	Barreira
	Estado subjetivo de saúde: Acreditar que o medicamento não é necessário e preocupar-se com o mesmo diminui a adesão		Barreira
	Satisfação com a medicação		Facilitador
<i>Zidan, et al, 2018</i>	Percepção dos malefícios da farmacoterapia	DM ¹	Barreira
<i>Haines, et al, 2018</i>	Ter companheiro	DM ¹	Facilitador
<i>Pradhan, 2018</i>	Utilização de medicamentos inadequados para idosos	HAS	Barreira

	Gênero	Diabete mellitos	Barreira
	Escolaridade	Osteoartrite	Facilitador
	Idade: Ter menos que 85 anos	Outras	Facilitador
	Quantidade de medicamentos (>5)		Barreira
	Idade		Barreira
	Idade em mulheres		Barreira
	Idade em mulheres: Ter mais que 65 anos e ser mulher diminui a adesão		Barreira
<i>Lefort, et al, 2018</i>	Idade em mulheres: Ter mais que 65 anos e ser mulher diminui a adesão	HAS ¹	Barreira
	Idade em homens: Aumento da idade diminui a adesão		Barreira
	Idade em homens: Ter mais que 65 anos e ser homem diminui a adesão		Barreira
	Número de medicamentos utilizados		Barreira
	Número de meiodcamentos utilizados em mulheres		Barreira
	Número de comprimidos antihipertensivos em homens		Barreira
	Histórico de doenças cardiovasculares		Barreira
	Histórico de doenças cardiovasculares em mulheres		Barreira
	Histórico de doenças cardiovasculares em homens		Barreira
	Número de doenças crônicas		Barreira
	Número de doenças crônicas em mulheres		Barreira
	Número de doenças crônicas em homens		Barreira
	Cuidados de saúde: Cuidados elevados diminui a adesão		Barreira
	Cuidados de saúde em mulheres		Barreira
	Cuidados de saúde em homens		Barreira
	Co-pagamentos		Facilitador
	Co-pagamentos em mulheres		Facilitador
	Co-pagamentos em homens		Facilitador
<i>Durand, et al, 2018</i>	Hábito de utilizar o medicamento	HAS ¹	Facilitador

	Crenças X força do hábito		Facilitador
<i>Zhang, et al, 2018</i>	Língua (proficiência em inglês)	Diabete mellitos	Facilitador
<i>Denhaerynck, et al, 2018</i>	Percepção de barreiras para utilizar o imunossupressor	Doenças cardíacas ¹	Barreira
	Coleta de medicamentos no consultório médico		Facilitador
	Custos: Despesas mensais com imunossupressores		Barreira
	Frequência de ter alguém para ler os materiais relacionados à saúde		Facilitador
	Clínicos relatando pacientes não aderentes		Facilitador
	Baixa qualidade de vida associada a miastenia gravis		Barreira
	Depressão		Barreira
	Número de medicamentos utilizados		Barreira
<i>Marín-Reyes,2001</i>	Apoio familiar	HAS ¹	Facilitador

Apêndice L: Características dos estudos (n:144) incluídos na revisão de escopo

Autor (s)/Ano	País de estudo	População	Idioma	Doença/comorbidade crônica	Desenho de estudo	Número amostral	Método utilizado para mensurar a adesão	Técnica utilizada	Instrumentos utilizados
Nelson, et al, 1978	EUA	Geral	Inglês	HAS	Observacional	172	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida Medida da Pressão Arterial Contagem de comprimidos	
Andreoli, 1981	EUA	Geral	Inglês	HAS	Observacional ¹	71	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Nagy, Wolf, 1984	EUA	Geral	Inglês	HAS	Observacional ¹	128	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida Contagem de comprimidos	
				Diabetes Mellitos					
				Asma					
				Bronquite					
				Efisema pulmonar					
Kelly, Scott, 1990	EUA	Geral	Inglês	Esquisofrenia	Ensaio clínico	273	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Outras doenças psiquiátricas					
Dompeling, 1992	Países Baixos	Geral	Inglês	Asma	Intervenção	41	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida Contagem de comprimidos	
				Bronquite crônica				Contagem de comprimidos	
Botello, Dutrack, 1992	EUA	Idoso	Inglês	Várias doenças crônicas	Observacional	59	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Christensen, et al, 1994	EUA	Geral	Inglês	Doença renal crônica	Estudo prospectivo	86	Objetivo	Monitorização terapêutica	
Horne, Weinman, 1998	Inglaterra	Geral	Inglês	Doença renal crônica	Estudo observacional ¹	324	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

				Câncer					
				Asma					
				Doença cardíaca					
Miura, 2000	Japão	Geral	Inglês	Insuficiência cardíaca congestiva	Estudo prospectivo	325	Objetivo	Monitorização terapêutica	
Bilups, 2000	EUA	Geral	Inglês	HAS	Estudo observacional*	1054	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				Angina Pectoris					
				Artrite Reumatóide					
				Diabetes Mellitos					
Shalansky, Levy, 2002	Canadá	Geral	Inglês	Hipercolesterolemia	Coorte retrospectiva	367	Subjetivo	Contagem de comprimidos	
				Insuficiência cardíaca					
				HAS					
				História de infarto agudo do miocárdio					
				Arritmia					
Kurita, Pimenta, 2002	Brasil	Geral	Português	Dor crônica	Estudo observacional ¹	30	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Grant, et al, 2004	EUA	Geral	Inglês	HAS	Coorte	5488	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				DM					
				Depressão					
				Angina pectoris					
Crilly, Esmail, 2005	Inglaterra	Geral	Inglês	Hipotireoidismo primário	Ensaio clínico randomizado	332	Objetivo	Resultado terapêutico	
Burge, et al, 2005	EUA	Geral	Inglês	DM2	Ensaio clínico ¹	150	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
				HAS				Adesão referida pelo médico	
				Hipercolesterolemia					

Park, et al, 2018	Coreia do sul	Idoso	Inglês	Has	Estudo transversal	160	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Dewulf, et al, 2006	Brasil	Geral	Português	Doenças digestivas crônicas	Estudo transversal	110	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Simoni et al, 2006	EUA	Geral	Inglês	HIV	Estudo longitudinal	136	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Dewulf,2007	Brasil	Geral	Português	Doenças inflamatórias intestinais	Estudo transversal	56	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Gauchet,2007	França	Geral	Inglês	HIV	Estudo transversal	127	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
Russel, Kazantzis, 2008	Nova Zelândia	Geral	Inglês	Depressão	Estudo observacional ¹	85	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
Clifford,2007	Inglaterra	Geral	Inglês	Infarto	Estudo longitudinal	181	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
				Doença Coronariana					
				Asma					
				DM					
				Artrite reumatoide					
Sherman, 2009	EUA	Geral	Inglês	DM	Retorspectivo não caso controle	17610	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				Hipertensão Arterial					
				Arritmia cardíaca					
				Hipotireoidismo					
				Doença pulmonar obstrutiva crônica					
				Insuficiência cardíaca congestiva					
Mann, 2009	EUA	Geral	Inglês	DM	Estudo observacional ¹	151	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale

Broekmans,2010	Bélgica	Geral	Inglês	Dor crônica	Estudo transversal	281	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Holt, 2010	EUA	Idoso	Inglês	HAS	Estudo de coorte	2173	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida Contagem de comprimidos	Morisky Medication Adherence Scale
Nicklas, 2010	Reino Unido	Geral	Inglês	Dor crônica	Estudo observacional ¹	256	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) Medication Adherence Report Scale (MARS)
Chen, 2010	Taiwan	Geral	Inglês	Epilepsia	Estudo transversal	357	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Axelsson, 2011	Suécia	Geral	Inglês	Asma	Estudo observacional ¹	749	Subjetivo	Adesão autorreferida	Medication Adherence Report Scale (MARS)
				DPOC					
				Has					
				Angina pectoris					
				Infarto					
				Derrame					
				Artrite reumatóide					
				DM					
				Depressão					
				Rinite alérgica					
Choudhry, 2011	EUA	Geral	Inglês	HAS	Coorte	664675	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				Dislipdemia					
Muzina, 2011	EUA	Geral	Inglês	Depressão	Estudo observacional ¹	53530	Objetivo	Contagem de comprimidos	
IBRAHIM, 2011	Emirados Árabes Unidos	Geral	Inglês	DM	Estudo transversal	240	Subjetivo	Adesão autorreferida	

HAS									
Dislipdemia									
Weiss, 2011	Israel	Geral	Inglês	Glaucoma	Estudo transversal	76	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Hernandez-Tejada, 2012	EUA	Geral	Inglês	DM2	Estudo observacional	378	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Zuckerman, 2012	EUA	Idoso	Inglês	HAS	Coorte	471359	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Kronish, 2012	EUA	Geral	Inglês	Dislipdemia	Estudo transversal	724	Subjetivo	Adesão autorreferida	
HAS									
DPOC									
DM									
Infarto Agudo do Miocárdio prévio									
Laliberté, 2012	EUA	Geral	Inglês	fibrilação atrial não valvar	Coorte retrospectiva	10697	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Khanna, 2012	EUA	Geral	Inglês	DM	Estudo observacional ¹	33781	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Depressão									
Epilepsia									
Dislipdemia									
HAS									
Artrite reumatóide									
Hsiao, 2012	Taiwan	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	117	Subjetivo	Adesão autorreferida	The Hypertensive Patient's Drug Adherence Questionnaire
Ambaw, 2012	Etiópia	Geral	Inglês	HAS	Estudo trasnversal	384	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Farley, 2012	EUA	Geral	Inglês	Esquizofrenia	Coorte	1006	Subjetivo	Adesão autorreferida	

Gadkari, 2012	EUA	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	24017	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Dislipdemia					
				Asma					
				Osteoporose					
				Depressão					
Desai, 2013	EUA	Geral	Inglês	Esquizofrenia	Estudo observacional ¹	1821	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				DM					
Park, 2012	Coreia do sul	Idoso	Inglês	HAS	Estudo observacional ¹	241	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Marcum, 2013	EUA	Idoso	Inglês	DM	Coorte	897	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
				HAS					
				Doença coronária cardíaca					
Ahmad, 2013	Malásia	Geral	Inglês	DM	Transversal	557	Subjetivo	Adesão autorreferida	Medication Compliance Questionnaire (MCQ).
Banik, 2013	Índia	Geral	Inglês	DM	Transversal	400	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Doença Cardíaca					
Yoel, 2013	Israel	Geral	Inglês	HAS	Estudo observacional ¹	200	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				DM					
				Dislipdemia					
Krauskopf, 2015	EUA	Geral	Inglês	DPOC	Estudo observacional	188	Subjetivo	Adesão autorreferida	Medication Adherence Report Scale (MARS) Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

Cantudo-Cuenca,2014	Espanha	Geral	Inglês	AIDS	Estudo prospectivo observacional	594	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Langley, 2014	Inglaterra	Geral	Inglês	Dislipdemia DM Hipotireoidismo	Estudo transversal	23687	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Remondi,2014	Brasil	Geral	Português	Doenças crônicas	Estudo transversal	639	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Cheung, 2014	Austrália	Geral	Inglês	Asma	Estudo observacional ¹	77	Subjetivo	Adesão autorreferida	Medication Adherence Report Scale (MARS)
Asefzadeh,2014	EUA	Geral	Inglês	Glaucoma	Estudo retrospectivo de revisão de registros	161	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Degroote, 2014	Bélgica	Geral	Inglês	HIV	Coorte - estudo piloto	237	Objetivo e subjetivo	Contagem de comprimidos Adesão autorreferida	Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) CASE_ Adherence Index
Huertas-Vieco,2014	Espanha	Geral	Inglês	Hemodiálise crônica	Estudo transversal	35	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida Contagem de comprimidos	Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)
Hatah,2015	Malásia	Geral	Inglês	HAS HIV Doença renal crônica	Estudo transversal	300	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Heissam, 2015	Egito	Geral	Inglês	DM	Estudo transversal	376	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Xia,2015	China	Geral	Inglês	DPOC DM	Estudo observacional ¹	325	Subjetivo	Adesão autorreferida	Chinese Medication Adherence Scale (CMAS)

Dislipdemia									
HAS									
Gupte-Singh,2015	EUA	Geral	Inglês	Asma	Estudo retrospectivo	3626	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Smalls,2015	EUA	Geral	Inglês	DM	Estudo observacional ¹	615	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Márquez, 2015	Espanha	Geral	Espanhol	HIV	Estudo transversal	126	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
Sheth, 2015	EUA	Gestante	Inglês	HIV	Revisão retrospectiva	23	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Awwad, 2015	Jordânia	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	902	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Asma									
Osteoporose									
DM									
Doença renal crônica									
Serna,2015	Espanha	Geral	Inglês	Depressão	Coorte retrospectiva	3684	Subjetivo	Contagem de comprimidos	
Kearney,2016	EUA	Geral	Inglês	Dislipdemia	Estudo observacional ¹	189	Subjetivo	Contagem de comprimidos	
HAS									
DM									
Tavares, 2016	Brasil	Geral	Português	HAS	Inquérito domiciliar de base populacional transversal	11842	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
DM									
AVC									

				Doença pulmonar					
				Depressão					
				Reumatismo					
Unni, 2016	EUA	Geral	Inglês	Asma	Estudo transversal	392	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) Medication Adherence Self-Efficacy Scale
Turrise, 2016	EUA	Geral	Inglês	Insuficiência Cardíaca	Estudo prospectivo	96	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) Medication Adherence Report Scale (MARS)
Wei, 2017	China	Geral	Inglês	Infarto	Estudo transversal	967	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) perceived sensitivity to medicines scale (PSM) Medication Adherence Report Scale (MARS)
				Artrite reumatoide					
				DM					
Lauffenburger, 2016	EUA	Geral	Inglês	DM	self-controlled case-crossover design	326519	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				Has					
				Dislipdemia					
				Doença coronariana					
				Depressão					
				DPOC					
				Asma					
				Doença hepática					

				Doença Renal Crônica					
				Doença de Alzheimer					
Ting Li, 2016	China	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	2445	Objetivo	Contagem de comprimidos	Morisky Medication Adherence Scale
Dabaghian, 2016	Irã	Geral	Inglês	DM	Estudo transversal	320	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
				HAS					
				Doença gastrointestinal crônica					
				Doença respiratória					
				Doença musculoesquelética					
				Doença da pele					
				Doença cardiovascular					
				Doença renal					
				Doença cerebrovascular					
Calabria, 2016	Itália	Geral	Inglês	Osteoporose	Estudo retorspectivo observacional	40003	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Evans, 2016	Canadá	Geral	Inglês	Esclerose múltipla	Coorte	4830	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Tan, 2016	Singapura	Geral	Inglês	Gota	Coorte	205	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Shruth, 2016	Índia	Idoso	Inglês	HAS	Estudo prospectivo observacional	251	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				DM					
				Doença isquêmica do Coração					
				Doenças cerebrovasculares					

				Doenças pulmonares crônicas					
				Doença renal crônica					
				Epilepsia					
				Disordres da Tireóide					
				Doenças psiquiátricas					
				Artrite					
				Doenças gastrointestinais					
				Parkinson					
				Anemia					
				Desordens vasculares periféricas					
Napolitano, 2015	Itália	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	633	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
				DM					
				DPOC					
				outras doenças crônicas					
Bidwal, 2016	EUA	Geral	Inglês	Asma	Estudo transversal	121	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Awad, 2017	Sudão	Geral	Inglês	Doenças cardiovasculares	Estudo transversal	386	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Ihle, 2017	Suíça	Geral	Inglês	Doença cardiovascular	Estudo observacional	84	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Doença gastrintestinal					
Mekonnen, 2017	Etiópia	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	409	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Gerada, 2017	Etiópia	Geral	Inglês	DM	Estudo transversal	378	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Dhamane, 2017	EUA	Geral	Inglês	Doenças respiratórias crônicas	Estudo observacional retrospectivo	14117	Objetivo	Contagem de comprimidos	

Fortuna, 2018	EUA	Geral	Inglês	HAS	Estudo observacional ¹	2128	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Ding, 2018	China	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	268	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
West, 2018	Malta	Geral	Inglês	Asma	Estudo transversal	330	Subjetivo	Adesão autorreferida	Tool for Adherence Behaviour Screening' (TABS)
				DM					BMQ-specific
				Doenças cardiovasculares					Entrevista estruturada
Surbhi,2018	EUA	Geral	Inglês	HAS	Estudo retrospectivo	2828	Objetivo	Contagem de comprimidos	Pesquisa em base de dados
				DM					
				Insuficiência Cardíaca					
				Doença arterial coronária					
				DPOC					
				Asma					
Helou, eat al, 2019	Líbano	Geral	Inglês	Hipotireoidismo	Estudo transversal	337	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Lauffenburger, et al, 2018	EUA	Geral	Inglês	Diabetes Mellitos	Estudo de coorte retrospectivo	254.144	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				HAS					
				Hiperlipidemia					
				Hipotireoidismo					
				Doença mental					
Danialli, et al, 2018	Irã	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	483	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Diabetes Mellitos					
				Osteoporose					
				Doença cardíaca					

				Doença renal					
				Artrite reumatóide					
				Outras doenças ósseas					
Lemay, et al, 2018	Kuwait	Geral	Inglês	Doença cardiovascular	Estudo transversal	783	Subjetivo	Adesão autorreferida	Medication Adherence Report Scale (MARS)
				Diabetes mellitos					Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
				Doenças respiratórias					
				Distúrbios mentais					
Quisel, et al, 2019	EUA	Geral	Inglês	HAS	coorte retrospectiva	10862	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Diabetes mellitos					
				Dislipidemia					
Teshome, et al, 2017	Etiópia	Geral	Inglês	HAS	transversal	337	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Shani, et al, 2018	Israel	Geral	Inglês	HAS	Estudo de coorte	31530	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Etebari, et al, 2019	Irã	Geral	Inglês	HAS	Estudo observacional	254	Subjetivo	Adesão autorreferida	Hill Bone complice questionnaire
Kellicci, et al, 2019	Albânia	Geral	Inglês	Artrite reumatóide	Estudo transversal	125	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Lee, et al, 2018	EUA	Idoso	Inglês	HAS	Estudo transversal	4818	Subjetivo	Adesão autorreferida	
				Diabetes Mellitos					
Kolios, et al, 2019	Alemanha	Geral	Inglês	Artrite reumatóide	Estudo de coorte	631	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
	Austria			Espondilite anquilosante					Questionário BMQ-específico
	Suíça			Artrite psoriásica					Morisky Medication Adherence Scale
				Doença de Crohn					

Colite ulcerativa									
Akdogan, et al, 2018	Turquia	Geral	Inglês	Urticária crônica	Estudo observacional ¹	201	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Freech, et al, 2018	Alemanha	Idoso	Inglês	Glaucoma de ogle primário	Estudo de coorte	10.220	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Bhuyan, et al, 2018	EUA	Geral	Inglês	Diabetes Mellitos	Estudo Transversal	11148	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Xiaoxing, et al, 2018	China	Idoso	Inglês	HAS	Estudo transversal	258	Objetivo	Contagem de comprimidos	
Hiperlipidemia									
Dores lombares crônicas									
Aterosclerose									
Doença respiratória									
Doença de pele									
Doença de pele e tecido									
Park, et al, 2018	Coréia	Idoso	Inglês	HAS	Estudo transversal	3326	Subjetivo	Adesão autorreferida	Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
DM									
Artrite reumatoide									
Osteoporose									
Zidan, et al, 2018	Catar	Geral	Inglês	Diabetes mellitos	Estudo transversal	293	Subjetivo	Adesão autorreferida	
Haines, et al, 2018	EUA	Geral	Inglês	Diabetes mellitos	Estudo observacional	128	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
caixa organizadora de medicamentos									
Pradhan, 2018	Índia	Idoso	Inglês	HAS	Estudo transversal	425	Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale

				Diabete mellitos					
				Osteoartrite					
				Outras					
Lefort, et al, 2018	França	Idoso	Inglês	HAS	Observacional 1	2743	Subjetivo	Adesão autorreferida	The 6-item Girerd compliance test
Durand, et al, 2018	Irlanda	Geral	Inglês	HAS	Estudo transversal	204	Objetivo e subjetivo	Adesão autorreferida Monitorização terapêutica	Morisky Medication Adherence Scale Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)
Zhang, et al, 2018	EUA	Geral	Inglês	Diabete mellitos	Estudo transversal	509	Subjetivo	Adesão autorreferida	Uso de Medicamentos e Autoeficácia (MUSE)
				HAS					
				Hiperlipidemia					
Denhaerynck, et al, 2018	EUA	Geral	Inglês	Doenças cardíacas	Estudo transversal	1397	Subjetivo	Adesão autorreferida	Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale
	Espanha								
	Canadá								
	França								
	Inglaterra								
	Austrália								
	Bélgica								
	Alemanha								
	Suécia								
	Itália								
	Brasil								
Kim, et al, 2018	Ásia	Geral	Inglês	Hiperlipidemia	Estudo transversal	127	Objetivo	Contagem de comprimidos	
				Diabete mellitos					

HAS									
Idiáquez, 2018	Chile	Geral	Espanho 1	Miastenia Gravis	Estudo transversal		Subjetivo	Adesão autorreferida	Morisky Medication Adherence Scale
Marín- Reyes,2001	México	Geral	Espanho 1	Has	Caso controle	80	Subjetivo	Adesão autorreferida	

Apêndice M: Categorização profissionais de saúde

1. Categoria: Fatores ligados ao profissional de saúde

Por meio da interpretação oriunda falas dos profissionais de saúde entrevistados, existem fatores que influenciam na adesão e que estão ligados ao profissional de saúde, os mesmos serão listados nos parágrafos subsequentes.

b) Preferências do paciente para a seleção da farmacoterapia

O profissional de saúde atentar-se às preferências dos pacientes emergiu das falas como um fator influenciador na adesão, sob a forma de considerar a complexidade da pessoa durante o atendimento como um facilitador para a adesão:

(...) *“porque eu acho que toda vez que a gente fala das pessoas no geral, a gente não pode esquecer desse princípio básico e que são pessoas que por mais que queiram se cuidar, se tratar, eu acho que é muito difícil a gente ter pessoas que falam assim: -“ nossa, não quero fazer nada mesmo”. Eu acho que é importante a gente entender, porque que cada um tá sofrendo daquela forma e o que que o impede de colocar essas ações em prol da sua saúde, em prol do seu cuidado em jogo né, colocar na prática mesmo.”* (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Olha é muito importante que a gente ah (...) não queira fazer tudo de uma vez tá, é ilusório você achar que um caso novo de um diabético [gesticula com as mãos] você vai dar todas as orientações para ele e dali para frente tudo vai ser a oitava maravilha do Universo, não vai ser [acena negativamente com a cabeça], então a primeira coisa em um caso novo, em um primeiro atendimento é você elencar prioridades né, onde, no que está mais pegando aí né, e... Ir aos poucos né, porque formar esse time né médico paciente, o paciente se sentir responsável pelo seu tratamento... É importante a gente saber escutar, ser empático, né, ah, entender as dificuldades porque não é fácil né administrar, e tentar ao longo do tempo, junto com ele, ah, tentar ir resolvendo os problemas...” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“Eu acho que é ir lidando com a realidade mesmo né da pessoa diante das necessidades dela e entender que cada população, que cada grupo, que cada pessoa vai lidar com as informações que a gente passar de uma forma diferente. Então, tem algumas coisas gerais que todo mundo precisa saber, mas tem coisas muito específicas que a gente

precisa se aprofundar um pouquinho mais ali no auxílio daquela pessoa.” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Muitas vezes as pessoas relatam situações assim de que a partir do momento que receberam o diagnóstico, as pessoas perguntam: - “oi, tudo bem? E aí, a glicemia como tá?!” né, aquele “tudo bem” nem é pra perguntar se realmente tá tudo bem, mas já é logo pra saber da glicemia e não quer saber como que a pessoa tá, que que tá acontecendo, se tem outras questões ali de alguma forma que tão incomodando ela.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“(…) eu percebo que algumas vezes existem erros primários né, não por falta de informação necessariamente, mas talvez a falta do acompanhamento e a dificuldade que a pessoa é... tem em lidar com essas informações em cada momento né.” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“(…) vamos lembrar assim sempre que quando a gente tá diante de uma pessoa que tem diabetes, a gente tá diante de uma pessoa né, não é ali uma máquina que registra as suas glicemias, não é ali enfim, simplesmente uma máquina que parou de funcionar uma determinada célula. É uma pessoa que está em interação com o mundo, com a vida, está vivendo coisas além da doença, então trata-se de um ser humano. É básico né, mas às vezes é tão importante a gente falar isso, porque as pessoas esquecem da importância que tem a gente olhar pra elas enquanto seres que se afetam pelas coisas, que sentem coisas e que têm coisas que acontecem pra além do diabetes também, né.” (Roberta, 14 anos de experiência).

“Acho que o que é importante sempre é tentar entender qual a demanda daquele paciente naquele momento ou naquela consulta né como se a gente tivesse o objetivo daquele momento né, por exemplo: um adolescente de 14 anos que come escondido né, o que a gente pode trabalhar com ele em relação a isso né?! O que é esse aspecto do escondido? O que ele, assim, o que a gente possa fazer realmente uma interpretação disso com informações que vem essa queixa, que vem essa dificuldade e a gente consiga lidar com isso, é, que eu acho que é o contato com o objetivo específico da intervenção naquele momento né acho que as informações básicas, isso a gente vai percebendo no discurso da pessoa com uma dificuldade específica com alguma coisa né por exemplo, é...” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Empatia em primeiro lugar; ele se sentir escutado, ele sentir que a gente tá olhando e entendendo o contexto dele, e olhar pra ele com uma certa (...) – assim que a gente tá entendendo o contexto dele e que a gente vai buscar alternativas no caso dele, né, levando

em consideração a pessoa que ele é, o contexto que ele está (...) a gente saber também falar numa linguagem simples, não se fechar em jargões da área da saúde, nem vou dizer aqui médicos, mas assim da área da saúde né, que eu acho que a gente poder traduzir as informações de uma maneira simples.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Tinha uma menina que ela tinha 6 anos e tinha o horário da fruta dela, né da turma dela, daí todo mundo levava uma fruta, por exemplo, levava uma maçã, você levava um abacaxi e a gente fazia uma salada de frutas com todas as frutas de todas as crianças daquela sala (...) ela era a única criança que não podia comer a salada de fruta, porque eles entendiam que tinha a contagem de carboidrato e ela comia o pedaço da fruta que a mãe mandava naquele momento; então, uma informação muito básica né de assim é quantos carboidratos têm na salada de fruta que ela possa comer e participar junto com os amigos, então uma informação muito básica que eu chamo que assim se a gente não olha muito na minúcia de repente a gente não cuida né da discriminação, da interação social daquela criança, uma criança super pequena, quer dizer quais são as necessidades, qual era a necessidade ali, a gente informar aquele professor do quanto que tem, quanto que ela pode, qual é a porção que ela pode comer naquele horário.” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“A gente teve avanços muito significativos no campo de tecnologia, de insulinas melhores, de agulhas, dispositivos pra tornar o tratamento mais simples, eles inegavelmente melhoraram o tratamento, mas o que que acontece, eles só vão ser efetivos se as pessoas os usarem, e se a gente não olhar pra essa questão do sentimento das pessoas e dessa parte emocional, a gente vai perder o que que faz de fato essas pessoas engajarem no tratamento, que é no caso a caso.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“quando se trata da pessoa com diabetes em relação à gestão e ao controle eu acho que é o funcionamento e a continuidade do atendimento é sempre fundamental a presença mesmo do contato do profissional de saúde, porque cada hora a necessidade de vida muda e a pessoa precisa fazer um ajuste em relação ao tratamento, então né pensando em um adolescente que começa a trabalhar numa, passando para um adulto jovem, numa mulher né numa mulher que quer engravidar quer dizer, cada momento, eu acho a gente, que tem uma demanda de trabalho diferente e que a gente tem que fazer uma avaliação do público que a gente vai atender para a especificidade daquele momento” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

Alguns profissionais de saúde também apresentaram a importância de protagonizar o paciente na autogestão da doença por meio de decisões compartilhada como um facilitador para a adesão:

(...) “é importante a informação, mas ela tem que caminhar junto com a [ajeita os óculos] com as decisões compartilhadas para eles se sentirem parte do tratamento, isso é muito importante; ah, dar abertura, não simplesmente, às vezes, só informando mas sim abrindo né com perguntas mais amplas, não tão fechadas, deixando o paciente se expressar, isso já muda totalmente a, a... A percepção ele do tratamento e a importância do uso do medicamento, às vezes eles já voltam pedindo, procurando pelo nosso atendimento, então isso mostra que eles se sentiram acolhidos e que a informação foi válida para eles né; então eu acho que, a informação é importante sim, tanto verbal e escrita porque às vezes ali na corrida do dia-a-dia do atendimento a gente pode deixar passar alguma coisa importante, mas sim sempre dando abertura para ter esse, essa troca de experiências né, troca de informação.” (Márcia, farmacêutica, 14 anos de experiência).

“E eu tento muito também testar junto: “ah atividade física, nossa, eu odeio, eu não quero” (reproduzindo possíveis falas de pacientes), “bom, mas vamos procurar algo que você goste, vamo testar, vamo buscar algo que te faça feliz também” (reproduzindo falas dela mesmo direcionadas ao paciente) né, porque – e aí em cima disso, vamo testar, e aí faz um dia, “como é que ficou a glicemia, como é que você se sentiu” reproduzindo falas dela mesmo direcionadas ao paciente), e aí muito nessa coisa do incentivo constante e saber que na doença crônica a gente tem as fases de aceitação e de contemplação, então, e que existem as recaídas, que nem sempre você (o paciente com diabetes) vai tá 100%, mas que o nosso papel como profissional, eu sempre tento ir incentivando e eu tento trabalhar sempre com os possíveis gatilhos pra não-adesão. Então, o que que pode gerar um, sei lá, uma descompensação, ah, sei lá, o happy hour de quinta-feira da empresa, ok, então como que a gente vai prevenir que isso gere uma descompensação, porque eu nunca vou falar pra uma pessoa não participar, então a gente vai analisar junto, qual pode ser o gatilho, como que a gente vai prevenir, então sei lá, nesse dia vamo almoçar uma coisa mais light, porque a noite você vai comer ou beber uma cerveja, enfim eu tento entender a rotina e estabelecer junto com ele, coisas que fazem. E eu acho que a última coisa é isso: é fazer junto, né, eu acho que o profissional precisa fazer junto com a pessoa com diabetes. Não dá pra você querer pegar a teoria lá das diretrizes da SBD (Sociedade

Brasileira de Diabetes) e mandar a pessoa fazer que nunca vai dar certo (risos).” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

Para esses profissionais de saúde, a adaptação da farmacoterapia à rotina do paciente é um facilitador para a adesão:

“(...) a rotina da doença crônica ela não é uma rotina fácil, ela é uma rotina exaustiva, como eu sempre falo, não tem férias né, tudo na vida a gente consegue ter férias, mas a doença crônica não dá pra falar “ó uma semaninha esquece e aí depois eu volto pra me cuidar”, então a gente precisa tá muito atento. No diabetes, a gente chama de diabetes de estresse, mas enfim, de uma forma que não é o estresse – é um estresse relacionado ao fato de ter uma doença crônica e ter que conviver, e a gente como profissional entender isso né, e tentar minimizar flexibilizando, compreendendo, enfim vendo aquilo que é viável dentro das possibilidades. (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência)”

“Acho que o profissional de saúde precisa entender a rotina do paciente, tentar adaptar os melhores horários e conforme rotina, enfim pra que a gente aumente a adesão e ao mesmo tempo tenha um funcionamento adequado da medicação que acho que muitas vezes “ah não, toma esse antes do almoço” (reproduzindo possíveis falas de profissionais de saúde) e a pessoa (paciente) “não, eu vou tomar tudo junto à noite, porque senão eu esqueço” e aí se ninguém explicar que tem que ser pra almoço, porque ele vai impactar naquele momento, na alimentação, enfim, isso reduz a adesão da pessoa.” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Primeiro é você é saber conversar com aquele paciente né, você entender por que não adianta eu falar com um paciente e depois o outro vem e é a mesma coisa, o outro vem e é a mesma coisa. A gente tem que tentar entender a rotina daquele paciente, o que que ele faz, os horários dele, então eu acho que o fator muito importante você entender a vida desse paciente e como que ele vai colocar na vida dele, no dia a dia o uso da insulina, a tomada dos medicamentos (...)” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Então a gente tenta de alguma forma ajudar a colocar essa tomada de insulina na rotina desses pacientes pra que não fique uma coisa distante ou fica uma coisa inviável pra ele tá fazendo no dia a dia” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

Ademais, esse profissional de saúde relatou sobre a importância de propor metas a serem cumpridas a curto prazo como um facilitador para a adesão:

“(...) a gente tende a adiantar um pouco, a gente não pode propor uma coisa muito futura, a gente tem que propor uma coisa mais três meses né, aí eu proponho, muitas vezes eu

mudo e proponho melhorar o resultado do exame em três meses né (risos) que é uma coisa mais palpável” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

Além disso, estabelecer metas realísticas, ou seja, passíveis de serem cumpridas na realidade daquele paciente, também emergiu das entrevistas como um facilitador para a adesão:

“aí a gente tem que explicar tudo de novo, e é sempre paulatinamente, não adianta a gente querer chegar lá na primeira consulta “oh, se você não controlar a sua diabetes, você vai poder ficar cego, vai fazer uma insuficiência renal”, isso eu consegui detectar que isso não adianta no início, a coisa tem de ir devagar, a gente tentando controlar a doença, sempre falando pra eles “oh, temos de controlar pra não piorar e tudo”, e à medida que a coisa vai desenrolando a gente tende aí “oh, tô pedindo esse exame de creatinina, por causa disso, disso e disso” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência). “Então eu sempre falo que o importante é que a gente consiga trabalhar com uma mudança de comportamento né, não querer mudar tudo de uma vez né [gesticula com as mãos e acena com a cabeça] que a gente consiga ir paulatinamente mudando os comportamentos e essa adesão à medicação em si” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

A Importância do estímulo positivo advindo do profissional da saúde como um facilitador para a adesão:

“quando a pessoa vê que está evoluindo, a gente saber elogiar, ficar contente com ele, falar: putz olha só a sua glicada abaixou, olha que bacana, então a gente estimular a pessoa” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

c) Orientação sobre a farmacoterapia

Também emergiu das falas dos profissionais de saúde a importância da orientação sobre farmacoterapia como um facilitador para a adesão:

“mas é mostrar pra ele o que que ele tem de fazer na hipoglicemia, os sinais de hipoglicemia que muitas vezes ele também confunde” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Ele precisa conhecer a técnica né, então eu acho que isso depende muito da gente (profissionais de saúde), de orientar, de fazer junto e acompanhar.” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência)

“Teve uma vez que uma senhora levou o marido e assim o marido aprendeu direitinho, no entanto que a gente pediu para uma semana ela ficar indo lá com o marido para a

gente avaliar se estava fazendo certinho; então assim, dificuldade não tinha, sabe porque a gente mantinha um tempo de avaliação até falar assim está liberado, vida normal,” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“então quando a gente começa a explicar melhor em outras palavras eu tenho a percepção e que o entendimento é diferente” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“e eu tento explicar sempre o porquê de todas as orientações, eu nunca simplesmente dou a orientação, mas eu tento explicar o porquê e vê se pra ele faz sentido aquilo que eu tô orientando, porque eu acho que nada que você não compreende, você faz né” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência)

“sempre tá olhando a prescrição pra vê se tá escrito nos horários das refeições, porque muita não tem, vem de 8h em 8h né, vem manhã e noite, então isso também é muito importante a gente especificar os horários pra eles tarem tomando os medicamentos” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Porque o restante eu acho que é treinamento mesmo, você consegue, por exemplo, mostrar pra ela como que homogeneíza, que precisa de homogeneizar, isso tudo né, eu acho que é uma coisa que com o tempo as pessoas pegam numa boa” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

Importância da orientação sobre a farmacoterapia visando sanar dúvidas e incoerências oriunda de possíveis conhecimentos erráticos obtidos na comunidade:

“Então, têm sempre muito essas questões desses conhecimentos pontuais que eles levam e sempre tem essa, a gente sempre tem que guerrear um pouco né, com esses conhecimentos comunitários pra tentar desmistificar, pra tentar tirar eles, de que o medicamento ele é individual, apesar de toda uma tendência, num quer dizer que aconteceu com o vizinho, que vai acontecer com ele também.” (Jonas, farmacêutico, 32 anos).

Um outro fator importante para os pacientes usuários de insulina foi o incentivo para a realização da autoaplicação da mesma uma vez que essa atitude facilita a adesão:

“sempre que eu pegava alguém que ía começar do zero, que era diagnosticado ali com a gente, eu já orientava: olha é a sua liberdade, você mesmo se auto aplicar é a sua liberdade, se você tem medo ou alguma coisa pede para a sua filha, o seu companheiro, quem fosse vir para a gente explicar e ensinar como faz para você garantir a sua liberdade, porque querendo ou não né Carla, é a liberdade da pessoa né; você ficar preso

lá eu estou dependendo da vizinha vir aqui e fazer tal, a não [acena negativamente com a cabeça] [risos] né?” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

Para esses profissionais, propor estratégias para a utilização do medicamento é um facilitador importante para promover a adesão:

“sobre a hipoglicemia noturna principalmente eu sempre falo com eles, pra sempre ter uma coisa próxima de se alimentar que não precisa de levantar-se pra comer” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“eu apresento a seringa, eu dou para a pessoa manusear a seringa entendeu, então assim é, como se fosse uma aplicação de subcutânea que eu ensino a pessoa a fazer.” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

Adaptar a orientação tendo como objetivo o entendimento do paciente, levando em consideração as suas características:

“eu acho, o meu ponto de vista é você ter paciência com a orientação, você conseguir na sua conversa identificar qual que é o nível tanto de escolaridade tanto de entendimento daquele paciente, e você moldar sua orientação praquilo, então se é necessário fazer uma analogia com, sei lá, um ônibus ou com qualquer outro tipo de coisa que seja próxima da rotina dele, é papel do profissional adequar isso pra que de fato ele entenda, que não adianta nada, a gente faz um trabalho perfeito, sabe todas as diretrizes, mas se aquele paciente não captar a gente só tá perdendo o tempo dele e o nosso, então eu acho que é o esforço do profissional é extremamente importante.” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“quando eu começo a trabalhar nessa linha /? / “nossa, mas ninguém nunca me explicou isso” “nossa, mas ninguém nunca me disse isso” (reproduzindo falas de pacientes) né, então a gente tem uma questão muito, muito forte de “toma essa medicação, faz isso. Você tem diabetes e ponto” (reproduzindo possíveis falas dos profissionais de saúde) e como, hipertensão, enfim, como todas as doenças crônicas.^[P]_[SEP] Mas as pessoas, não- nós profissionais né, não as pessoas, nós profissionais muitas vezes não sentamos e realmente explicamos aquilo que a pessoa tem num formato que ela consiga entender” (Sara, enfermeira, 17 anos).

“o descarte, mas aí isso também não... A gente sempre fala a parte do descarte também, e... A sim, e a partir do momento que ele abre um frasco né a validade dessa insulina por mais que, às vezes, o paciente tem que usar menos unidades/dia e que essa quantidade dura ali até três meses, mas a gente sempre orienta a importância de retirar a sua insulina mensalmente, não que ela vá perder o efeito né, se por algum motivo ele estender

o uso por 40 dias, mas pelo risco mesmo de contaminação” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“E eu acho que o falar, o linguajar mais acessível pra eles né, como é a ação do medicamento, eu procuro explicar mesmo sem entrar em detalhes farmacológicos, mas assim um resuminho” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“no momento você explica tudo, nos mínimos detalhes [gesticula com as mãos], no nível deles, porque a gente precisa descer ao nível deles, para eles entenderem né,” (Mara, enfermeira, 15 anos)

“Eu lembro que na residência tinha um senhor que ele não enxergava, ele enxergava muito pouco e ele não tinha nenhum apoio familiar, então ele era sozinho, então a equipe da Unidade montava as insulinas já certinhas pra ele, eu não lembro se era do dia ou da semana, e ele ia lá retirar, então assim, eu trabalhei em Saúde da Família na residência, então dentro da Saúde da Família isso é possível, e os locais que não existe esse auxílio né?!” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência)

Essa profissional apresentou o foco no entendimento do paciente inclusive no que tange a comunicação com crianças:

“eu não perderia assim, eu não deixaria de investir o meu tempo em educação básica a respeito do diabetes, então às vezes os conhecimentos mais simples e traduzir isso de uma maneira em que de acordo com determinadas faixas etárias isso possa ser absorvido. E fazer uma educação que seja voltada não só pros pais, no caso de crianças, mas pras crianças mesmo, mesmo em idade pequena, uma idade em que eles ainda são pequenos é importante que a gente se faça entender de alguma forma.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

Em consonância aos fatores apresentados acima, essa profissional de saúde relata que a falta de informações sobre a farmacoterapia é uma barreira para a adesão:

“talvez a gente peque em explicar pra eles quando que eles não podem, se eles fizerem alguma, não vão poder tomar remédio, eu acho que pra gente isso é tão obvio que a gente acaba não abordando, então eu acho que essa é uma dificuldade” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“eu anoto num papel (refere-se aos dados do automonitoramento) e chego no meu médico, enfim no profissional de saúde que vai olhar aquilo e a pessoa não dá a devida importância, não orienta né, então eu acho que isso, isso também é uma coisa desanimadora e que acaba reduzindo também a adesão à insulina” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“às vezes o próprio prescritor fala: - “ah se tiver tanto, você não aplica”; age na insulina NPH como se fosse a insulina regular, que é uma insulina de ação rápida né. Então aí você tem que desmitificar isso um pouquinho” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Quando o paciente usa a insulina, eu sempre friso muito pra eles sobre as características da insulina NPH, aquela que parece leite, porque muitos já vi, uma ou duas vezes não foi, muito mais, de paciente comprar errado, a farmácia entregar errado né, então pra eles já saberem a diferença mesmo olhando como que é uma como que é a outra né, mesmo aqueles que não usam a regular, eu falo com eles: - “olha a sua insulina parece leite, então não aceite outra”; porque é muito importante, porque se eles aplicam o mesmo volume de uma regular, de uma ação rápida (risos) né (...) então eu acho que esse conhecimento é muito importante.” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“então eu sinto que muitas vezes da parte médica, aquilo é muito “olha é isso”, mas como que aquele paciente vai sair de um papel pra de fato a ação?!” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“e questão da aplicação também alguns termos eu acho que a gente acaba usando sem querer, de tomar insulina, eu morro de medo de paciente abrir e querer tomar de fato (risada breve)” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“é você ter um profissional que te oriente de forma adequada aquilo que você precisa fazer e que a gente sabe muitas vezes que, por não querer ou por você (se referindo aos profissionais de saúde) não ter tempo hábil né, na maioria das vezes a gente sabe que em especial, as Unidades Básicas, elas são super cheias e nem sempre o profissional consegue dedicar àquele paciente o tempo necessário de orientar, de tá junto, de enfim, acho que tudo isso dificulta a adesão também.” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

Essa profissional de saúde relatou a dificuldade de acesso às informações sobre a farmacoterapia no contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-COV2, tanto devido ao uso da máscara que pode dificultar o entendimento da orientação, quanto pela dificuldade de estar presente na Unidade de Saúde:

“o estado do Rio Grande do Sul está fornecendo as canetas de insulina para os usuários acima de 50 anos e para os menores de 18, então eu acho que teve muita dificuldade, principalmente agora durante a pandemia de fazer com que os pacientes aderissem a mudança, foi uma mudança benéfica mas não no melhor período eu diria né, porque a gente está com os diabéticos que não estão querendo vir na Unidade para não, por causa

da pandemia do Covid, então eles são grupo de risco e daí tem que ensinar algum familiar, e daqui a pouco nem é do grupo, da rede de apoio desse paciente, então acho que teve muita dificuldade nessa mudança de /prime/ de contato com usuário que faria essa troca da seringa para a caneta” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“por mais que a gente tenha feito todo um trabalho de orientação né, tem essa barreira da máscara, da distância e tido mais, e o fato de o próprio paciente às vezes não vir receber essa orientação que acabou dificultando um pouco o entendimento” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

Rotular o paciente como “não aderente” no momento do fornecimento da orientação emergiu na fala dessa profissional e saúde como uma barreira para a adesão: *“falar uma linguagem que não faz sentido, taxá-los, assim, dou um exemplo, por exemplo: teve uma situação uma vez no ambulatório que eu recebi – me chamaram pra um atendimento e falaram assim: - “Roberta, ele não está aderindo”, e aí tavam lá com dois boletins na frente dele, um que ele tinha sido reprovado na escola e o outro que era o gráfico das glicemias dele dos últimos três meses. E aí, assim, toda vez que falavam a respeito do diabetes ou que ele media ali pra fazer, pra ver quanto que tava a glicemia dele, dava lá 300, 400, ele era uma coisa. Então toda vez que você taxa, a pessoa vai fugir de fazer aquela monitorização, ela vai fugir de fazer aqueles cuidados, porque não tem a ver com ela aquilo, então evitar fazer com que se taxe o paciente a partir dos sintomas e do que ele vai apresentando ali, que é relevante pra clínica médica, né, eu acho que é importante que a gente possa olhar sem pré-conceitos pra esse paciente. (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).*

Postura de valorização das metas não atingidas pelo profissional de saúde como uma barreira para a adesão:

“E eu acho que uma outra dificuldade é na consulta médica quando a característica do médico é dar bronca né, é que eu acho que isso é uma das grandes discussões que eu acho que eu tenho levado a reflexão no sentido do que a gente pode considerar o processo que aquela pessoa está naquele momento... da individualização do tratamento, das dificuldades que são apresentadas, daqueles resultados que não são atingidos naquele momento, mas o que está faltando né?! Qual a dificuldade daquela pessoa...” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

A falta de conhecimento do profissional e saúde emergiu das falas de alguns participantes como uma barreira para a adesão à farmacoterapia, uma vez que pode prejudicar o uso do medicamento:

“a gente tem uma questão de armazenamento que é sempre uma discussão né, bota na geladeira, tira da geladeira, tem que ficar na geladeira. Eu acho que esse é um ponto que até os profissionais ainda se confundem, então eu acho que isso dificulta um pouco a adesão quando a pessoa precisa levar a insulina e aí falam que tem que tá na geladeira, enfim não vamo discutir de técnica, mas eu acho que esse armazenamento é uma questão” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Acho que tem dois pontos né, o profissional não tá preparado pra caneta, e aí até foi esse o trabalho que eu acabei fazendo junto com o Léo (orientador das pesquisadoras), porque enfim, era a ideia de tentar preparar melhor esse profissional e esse paciente. Então, o profissional muitas vezes não se sente preparado pro uso da caneta” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Fora o número, que é outra queixa, assim quando a pessoa faz, ela faz o diagnóstico de diabetes por meio de uma complicação né, e aí é isso, ahh, alguém comeu bola ali né (se referindo aos profissionais de saúde), ou na solicitação de exame ou de orientação de resultado ou de explicar e aí cê vê o paciente “não, uma vez falaram que eu tinha, deram um remédio lá” (reproduzindo uma possível fala de paciente) e assim, não deram (se referindo aos profissionais de saúde) a devida importância, né. Então eu acho que uma questão importante é o profissional colocar a doença crônica como algo importante, uma vez que crônica a gente sabe que muitas vezes ela não impacta tanto naquele momento, né, então eu sempre falo, o DM2 acaba sendo de alguma forma silencioso. Você toma lá uma metformina, você toma lá uma glibenclamida e tal, e aí você não consegue dar a devida importância praquilo né, então, talvez se a gente profissional também der uma importância maior, as pessoas também vão dar. “Ah, mas mais de 15 milhões de brasileiros têm, têm diabetes” (reproduzindo falas que ela possivelmente já ouviu de profissionais de saúde) e vira uma coisa, entra na vala do comum (faz gesto com as mãos pra mostrar que está falando entre aspas), e aí a hora que cê chega ali na complicação, deixa de ser o comum praquele indivíduo que tá com isso né, então eu acho que pensando em queixa, eu iria nessa linha que eu acho que é a falta de valorização né, de explicar o que a pessoa tem.” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência)

Falta de conhecimento sobre as reações adversas como uma barreira para a adesão ao tratamento, uma vez que a prevenção das mesmas fica prejudicada:

“Lipodistrofias, então às vezes eles acham que é outra coisa, ‘ah deve ser uma hérnia’” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

Importância do profissional de saúde se atualizar para o fornecimento de informações sobre a farmacoterapia como um facilitador para a adesão:

“a gente vai tendo que se atualizar e as coisas vão mudando [gesticula com as mãos] isso o profissional também, a gente não pode se acomodar e deixar de visitar alguns conceitos que podem estar mudando ao longo do tempo” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

d) Vínculo com o prescritor

A formação de vínculo entre o profissional e saúde e o paciente também emergiu das entrevistas como um fator que pode facilitar a adesão á farmacoterapia:

“a gente percebe que a hemoglobina glicada num, num, num abaixa, aí a gente chama a filha, chama o cuidador, então a gente tenta conversar com eles, é muito complicado você tirar alguma verdade dali, você tem que conseguir ter uma empatia muito grande com ele, pra ele começar a te contar o que que tá acontecendo né, então eu acho, é, essa parte – quando a gente consegue alguma coisa” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“chamar o paciente para o seu lado, mostra pra ele que o que a gente quer pra ele é o bem dele (...) então, isso é importante.” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência)

“Seria o bem-estar dele mesmo, porque, às vezes, eles chegam a fazer a orientação errada, que a gente não deu, não foi passado para eles, e eles começam a sofrer, aí quando a gente chega e orienta tudo certinho eles vêem que, eles começam a dar crédito (...) né? Aí é onde chega, muitas vezes chega lá assim e, é, todo apreensivo e aí eu fiz tudo certinho ontem mas eu estou com medo, vamos ver se vai dar certo hoje; aí a hora que vê o resultado no aparelho aí sai todo feliz da vida; você vê senhorzinho sabe, senhorzinho de 70 anos saindo feliz da vida, porque fez tudo certinho, seguiu as orientações e viu resultado; então assim, eu acredito que o mais importante é você dar a orientação, é difícil, vou te falar a verdade, é difícil a compreensão deles, de seguirem as nossas orientações, mas quando eles seguem, eles vêem o resultado, eles dão crédito para nós, aí é onde você consegue fazer um vínculo maior, você consegue a credibilidade do cliente né” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“acho que o acolhimento daquela pessoa também na situação que ela tá, quando até cidade pequena é engraçado assim, quando a pessoa gosta de você, ele presta atenção, ele também se esforça, obvio que ele é o mais interessado né, mas se você constrói uma relação de confiança, de afeto, de apoio, aquele paciente vai voltar no retorno, ele vai te

contar o que ele não contaria se não tivesse essa conexão com você” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“e da nossa empatia também que eu acho que empatia é muito importante pra gente conseguir isso” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

Para essas profissionais, estar disponível quando o paciente precisar é importante para a formação de vínculo e conseqüente facilitador para a adesão:

“o primeiro é o vínculo né, que eu tento criar com eles (. . .) eu acho que é ouvir né, eu sempre ouço muito o que a pessoa com diabetes tem pra falar antes de chegar lá com o meu script e falar uma série de coisas, então eu sempre tento ouvir a necessidade dela pra depois até entender o que eu vou abordar naquela consulta, eu não chego com o script pronto. Óbvio que eu tenho algumas metas por consulta, mas de uma forma geral eu tento ouvir. Eu sempre me coloco muito disponível, todo mundo tem celular, whatsapp, eu sei que nem todos locais aí é possível isso, mas eles têm acesso a mim” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Outra coisa talvez é ter acesso quando ele precisa, né, então passou mal, ele conseguir falar comigo, se ele não conseguir, a gente vai perdendo a credibilidade.” (Flávia, médica, 19 anos de experiência)

Para esses profissionais a confiança por parte dos pacientes é um facilitador para a adesão:

“Conhecimento de medicamento, porque aí, hoje lá por exemplo, muitas vezes as pessoas vão em outros médicos e depois levam pra saber se eles podem tomar, se não pode, se aquele remédio é bom, se não é né, então o conhecimento isso também dá segurança pra eles né” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência)

“Acho que primeiro é confiar em mim, primeira coisa, eles terem confiança.” (Flávia, médica, 19 anos de experiência)

O tempo da consulta também emergiu como um fator que pode prejudicar a formação de vínculo e conseqüentemente prejudicar a adesão:

“Consulta com pressa, paciente que não tem, que a gente não consegue ter um bom vínculo porque isso acontece né (...) o paciente que já teve alguma experiência ruim com a UBS (Unidade Básica de Saúde), com a sua equipe, ou até mesmo com você” (Flávia, médica, 19 anos de experiência)

“a questão da comunicação; a gente taxar esses pacientes; não escutá-los, acho que não oferecer tempo na consulta pra que eles sejam escutados; pra levar eles em consideração enquanto pessoas, não olhar só gráficos, só número; consultas em que você fica, às vezes,

atrás do computador, não olha no olho. Diabetes é uma doença feita de pessoas, eu sinto muito isso, assim, toda vez que você trata de uma maneira impessoal, você perde ali a possibilidade de fazer uma conexão e um vínculo bacana entre você e o paciente, entre o paciente e a doença.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência)

2) Categoria: Fatores ligados ao acesso aos medicamentos

Um outro fator interpretado das entrevistas com os profissionais de saúde foram fatores relacionados ao acesso ao medicamento.

a) Acesso aos medicamentos via SUS

O acesso ao medicamento via Sistema Único de Saúde (SUS) foi apontado como um facilitador para a adesão à farmacoterapia:

“esses medicamentos, por exemplo, eles (os pacientes dela) têm acesso pela secretaria da saúde, então não é uma dificuldade financeira pra aquisição dos mesmos.” (Roberta, psicóloga, 14 anos).

“mas com o que (medicamentos disponibilizados pelo SUS) tem na rede dá para a gente trabalhar, nos fluxogramas, nos guidelines, nas diretrizes as medicações que a gente tem de primeira escolha, de segunda escolha a gente tem opção” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“nós moramos num município onde nós somos privilegiados, aqui nesse, no município de Ribeirão Preto né, o serviço público fornece ah a grande maioria dos medicamentos que a gente precisa né, então isso, essa é uma grande vantagem, e que a gente vê muita diferença em outros municípios, a padronização aqui é boa né, e a interrupção do fornecimento nas doenças crônicas, foi assim, em todos esses anos [gesticula com as mãos] de, foi muito rara né, porque aqui o serviço de farmácia realmente, do serviço público municipal é extremamente diferenciado, nós temos uma equipe técnica que trabalha assim, que eu admiro muito o trabalho; então falta de medicamento é raro, né, é claro que o paciente com doença crônica adesão é [breve sorriso] um grande problema né, mas não faltar medicamento é um problema que a gente vive pouco;” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“Bom, eu acho que acesso não tem mais problema, acesso à seringa não tem mais problema, já foi há um tempo atrás, mas hoje graças a Deus o governo dá, então não é problema acesso à insulina, no caso também, né.” (Jonas, farmacêutico, 32 anos)

O acesso ao medicamento pelo SUS emergiu das entrevistas como uma barreira para a adesão no que tange aos pacientes que utilizam os insumos e insulinas via Programa

de Alto Custo devido às documentações necessárias para o acesso que por vezes pode dificultar o mesmo:

“Acho que outra coisa que dificulta a adesão é todo o processo de aquisição desses insumos (canetas, seringas, agulhas etc). Acho que é assim, quem faz uso das medicações mais básicas, você pega na Unidade Básica de Saúde, até pensando na insulino terapia que é a pergunta, NPH e regular você vai lá e pega, mas pra quem tá ali na farmácia de alto custo, você tem que – tem processo que você tem que renovar a cada seis meses, agora depois a cada um ano, a receita – e assim é uma burocracia surreal (leve risada), então eu acho que isso é uma coisa também que acaba dificultando no dia a dia as pessoas e acaba desanimando, uns falam “nossa vou ter que passar por toda essa burocracia por algo que é pra eu sobreviver” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

b) Custo com a farmacoterapia

O custo com a farmacoterapia emergiu das entrevistas como uma barreira para a adesão ao tratamento:

“claro que agora o Diabetes é, nós temos assim um arsenal terapêutico [gesticula com as mãos] imenso, nos últimos anos assim a indústria lançou medicamentos ah muito interessantes, mas com custo elevado” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“caneta, mas caneta é extremamente cara né, não é acessível pra todos, então primeiro isso eu acho muito importante” (Raquel, 5 anos de experiência).

Até no que tange à situação de emprego do paciente, uma vez que pode dificultar o custeio dos medicamentos:

“um paciente que perde o emprego, claro que a glicemia dele vai subir, vai, inclusive porque algumas receitas, apesar de muita coisa, o problema monetário [faz sinal de dinheiro com as mãos] faz muita diferença” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

3.Fatores peculiares a situação de vida da pessoa

Algumas características dos pacientes foram apontadas como fatores que influenciam na adesão ao tratamento, as quais estão descritas nos itens subsequentes.

a) Estado emocional do paciente

Uma barreira para a adesão ao tratamento que emergiu das entrevistas pode ser advinda de pacientes que estão passando por problemas de cunho emocional:

“Eu percebo assim uma dificuldade é, uma dificuldade e às vezes até uma resistência é, em alguns momentos em conciliar todo o tratamento da pessoa que tem doença crônica

é em alguns momentos vamos dizer, vamos chamar de crise ou de alguma grande mudança na vida da pessoa, então é, isso tende a ser muito dinâmico, é... eu acho que é isso assim.” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“então claro que problemas emocionais ou depressão ou ansiedade que é muito comum na vida, no dia a dia fazem a pessoa [gesticula um sinal “deixar para lá” com as mãos]” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“os fatores emocionais na mudança do estilo de vida, eles tão, uma pessoa que está instável emocionalmente, ela também não tem muita vontade de mudar nada. Uma pessoa com depressão, uma pessoa, ela não tem vontade de mudar nada. Ela não pensa no futuro igual a gente tá propondo pra ela” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

b) Transtornos mentais

Uma outra barreira apontada pelos profissionais de saúde foi a presença de transtornos mentais como depressão, ansiedade e outros:

“Então a gente tem doenças psiquiátricas que estão cada vez mais frequentes, depressão, ansiedade, pânico, e realmente são doenças que têm que ser abordadas, tratadas porque realmente compromete muito a adesão... Então a gente tem doenças orgânicas que realmente não são só situacional, uma situação de estresse né, são doenças crônicas também, doenças mentais que a gente precisa estar atento também nessas abordagens.” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“aí eu acho que é uma coisa (...) que os transtornos mentais comuns na atenção primária, né, eles acabam interferindo no autocuidado, né. Então uma pessoa que tá com transtorno mental, ela acaba negligenciando todo o cuidado dela, não especificamente da doença crônica, entendeu?! Eu não sei se é uma coisa específica da doença crônica, eu acho que tem uma queda do autocuidado independente daquele paciente se cuida, desde higiene, da alimentação, de garantir tempo de lazer, até a adesão ao tratamento, aí mais relacionado a doença crônica” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

c) Acuidade visual

Ter uma boa acuidade visual foi apontado por vários entrevistados como um facilitador para a adesão ao tratamento no que tange ao uso da insulina e os insumos para o tratamento do diabetes mellitos:

“Acho que tem as pessoas com déficit visual, que isso também é algo que pode dificultar.” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“primeira a visão, né, que eles vão precisar pra eles, quem tem algum problema, ele vai tomar a unidade errada” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“a visão tem que estar boa, com o uso de óculos ou não, para poder enxergar as unidades porque mesmo na caneta o número não é muito grande então, a gente sabe que tem os pacientes com mais dificuldades de visão que acabam girando e contando as unidades pelo numerozinho [aponta o ouvido] que a caneta faz né, mas não é uma /se/, não é uma garantia de que realmente os, a, a sem enxergar ele tem a unidade certa” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“A, então eu já tive paciente que... Não soube, na no momento de fazer uma reciclagem sobre a administração da insulina não consegue por exemplo escolher as unidades pela visão [aponta o olho] por ter problema de visão, diabético já tem problema de visão né então na hora que tu vai explicar para escolher as dez unidades as cinco unidades, eles têm dificuldade de calibrar a seringa para isso” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“às vezes tem dificuldade de enxergar, então se a gente tivesse – aquela agulhinha que é de 1 em 1 unidade, ela é muito pequenininha, ela tinha que ter um jeito, umas marcas coloridas, talvez, eu não sei, a gente tinha que pensar algum jeito pra facilitar acertar a dose, né, certinho, tudo direitinho.” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“a não ser no paciente mais idoso por causa da questão visual que eles não conseguem enxergar realmente as dosagens da seringa” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“o principal problema é uma deficiência visual né, que aí a gente vai ele precisa estar com o seu intelecto né, se não vai precisar de um cuidador e a gente tem que ensinar o cuidador, se ele não estiver com a cognição adequada, então ele tem que ter um uma cognição boa, uma é, estar enxergando, a gente tem dispositivos para ajudar na, quem não enxerga direito, quem tem deficiência visual então tem os clicks tal mas o ideal é que tenha uma boa acuidade visual” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“a primeira coisa pensando em DM (diabetes mellitus) é enxergar de maneira correta, então uma coisa que ele precisa pra que ele consiga fazer o preparo” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“eu acho que a acuidade visual é muito importante, principalmente com as seringas que a gente tem que é assim, muito pequena, até eu fico, às vezes, meio vesga quando vejo, e acontece, acontecia bastante no aprimoramento de, dependendo do que vem na Farmácia, vem aquelas que vem de 1 em 1 (gradação da insulina), e tem umas que vem

de 2 em 2, então assim, até deles terem essa orientação de de fato olhar certinho, de checar qual seringa é qual, então essa parte da acuidade visual é importante.” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“é uma visão um pouquinho, uma visão que tem que ser boa pra enxergar, porque as marcações são pequenas e muito perto, e pra quem já tem diabetes, que já tem um problema ocular que pode ser causado pela própria diabetes, isso é difícil” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

d) Habilidade cognitiva para compreender as orientações

Não ter habilidade cognitiva para compreender as orientações foi apontado como uma barreira para a adesão:

“enfim essa parte cognitiva também, porque fazer aquela mistura de insulina, o paciente fala que entendeu, mas de fato não entendeu nada, que é de fato, muito complicado, então eu acho que essas habilidades.” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência)

“tem que ter /habili/ e que ter cognição né ah, o mínimo de cognição para poder fazer o uso por conta” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

A importância da escolaridade para o entendimento das orientações:

“eu julgo bem difícil tudo com relação à insulina assim, eu acho que de fato você tem que ter minimamente algum tipo de instrução, você tem que ter, se você não consegue ou a idade é uma coisa que pode dificultar isso, ter um acompanhante” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência)

e) Paciente em situação de vulnerabilidade social

Pacientes em situação de vulnerabilidade social emergiu das entrevistas como uma barreira para a adesão:

“oriento a própria assepsia da pele, porque às vezes, você não sabe o nível que é dentro de casa, então assim: uma coisa é nossa casa né, a casa desse pobre coitado que vive lá na periferia onde tem esgoto a céu aberto que corre alí então é bem feinho, então a gente orienta direitinho a limpeza da pele, às vezes até lavar com água e sabão antes de fazer, higienização das mãos” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“Então, eu acho que esse ambiente da parte alimentar é muito complicado, segundo que eu acho que esbarra também na questão social que é você ter aquela estrutura pra poder colocar os seus medicamentos em um lugar adequado, pra você conseguir guardar a sua insulina, pra que você consiga até ter saúde mental pra focar na sua saúde física né, porque muitas vezes as famílias têm contextos familiares muito complicados que acabam

prejudicando no seguimento da dieta ou enfim da medicação, do exercício físico” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“elas entendiam que o paciente, achavam que o paciente não conseguia controlar sua diabetes, sua hipertensão, por causa usava errado o medicamento né, mas muitas vezes o problema era usava o medicamento errado por uma questão social mesmo, de não apoio da família, de não entender o uso do medicamento né, então aí a gente foi, lógico, eu atendi todos os pacientes da mesma forma né, e fui mostrando pra elas gradativamente que aquele paciente era muito importante sim, né, mas só que eu acho que a gente tecnicamente na questão do medicamento, a gente tinha muito a ajudar, mas eles precisavam muito mais de uma assistente social (risos), do que de um farmacêutico propriamente dito, porque eu sozinho não ia conseguir né, porque o problema social que eles estavam inserido era muito sério” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

f) Idade mais jovem

A idade mais jovem foi apontada como uma barreira para a adesão:

“quando a gente fala em adolescente, insulino terapia e tal, eu acho que tem um Q também aí do momento da idade, da compreensão da importância, de que a gente tem um trabalho grande nessa linha também da adesão e do entendimento, porque esse tipo de- o adolescente, a criança, ele não consegue olhar no futuro né, ele olha só o momento agora, então eu acho que é um outro desafio.” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Eu acho que o paciente mais novo, mais idoso (corrigiu a frase), ele tá acostumado com um tipo de médico que dá menos autonomia pra ele, então o que você falar ele vai fazer, ele não vai questionar tanto, então isso acaba facilitando a adesão ao que você tá propondo, se você tá propondo uma coisa boa, ótimo! O paciente mais novo, ele já tem mais autonomia e não é que eu acho isso ruim, mas às vezes você tem que gastar mais saliva pra convencer, né (leve risada), num é você vai falar e ele vai fazer, então um pouco nesse sentido, assim.” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

g) Gênero

Para essa profissional de saúde as mulheres são têm maior adesão ao tratamento:

“Quem é mais aderente? As mulheres, isso aí qualquer estudo mostra; homem às vezes não gosta de tomar remédio, você prescreve ele não usa aí você tem que explicar realmente o porquê, qual que é a vantagem daquilo porque senão ele não...” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

4.Fatores ligados aos conhecimentos e habilidades para a utilização do medicamento

Da interpretação das falas dos profissionais de saúde, emergiram o conhecimento e a habilidade para a utilização do medicamento, os quais serão discorridos a seguir.

a) Habilidade de ajuste de dose da insulina com base na rotina

No que tange ao uso da insulina, alguns profissionais apresentaram que os pacientes que não possuem a habilidade de ajuste de dose da insulina conforme a rotina como uma barreira para a adesão, uma vez que o entendimento relacionado à automonitorização terapêutico da insulina concede informações importantes para a seleção da dose, prevenção/tratamento de eventos adversos, dentre outros fatores.

“Mas o que eu acho, na minha opinião, a maior questão é que as pessoas não entendem o significado daquele número, então como que a gente (se referindo aos pacientes) vai aderir a alguma coisa que eu não sei basicamente pra que serve” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Então, e como eles fazem monitoramento em casa, a maioria dos nossos usuários diabéticos que fazem uso de insulina eles podem levar o monitor para controlar a glicemia em casa, então muitos acabam controlando e a partir desse resultado tomando a decisão e pode comer mais, se toma o medicamento ou não, então tem que fazer todo um trabalho nesse sentido de que a diabetes é uma doença silenciosa, que às vezes eles podem estar se sentindo bem e o resultado do monitor está ok mais isso não justifica o não uso, ou a descontinuidade do tratamento né, tem que seguir utilizando adequadamente conforme o prescrito” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

Em consonância com os profissionais anteriores, alguns profissionais relataram sobre a importância da habilidade de ajuste de dose da insulina com base na rotina como um facilitador para a adesão:

“Acho que primeiro é a correção de hipoglicemia né... e até o medo da hipoglicemia e isso tem que ser muito bem instruído... É, então que você sempre tenha um kit, um kit de hipo com você, carregar essa insulina junto com você nas suas atividades diárias (...) é, eu entendo que é muito importante esse ajuste minucioso até do controle glicêmico até para a pessoa ter dados para discutir o que pode estar acontecendo com ela né com a equipe dela de acompanhamento de saúde” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“O paciente que sabe fazer contagem de carboidratos ele pode introduzir um doce e calcular a insulina para comer aquele doce, ou mesmo quem não usa insulina, mas está

super bem controlado, escolher um doce que não aumente tanto a glicemia e trocar no lugar da fruta” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“Quando a gente vai, por exemplo, pra contagem de carboidrato, tem uma dificuldade muito grande em regra de três, e aí às vezes as pessoas se embananam assim muito, muito, e aí você oferece aplicativos, enfim formas ali de calcular de uma maneira mais simples. Nós fazemos lá (laboratório da Unifesp), por exemplo, oficinas pra treinar o olhometro né, porque vão ter situações que ela (paciente com diabetes) vai tá rua, então são situações em que a gente vai vendo que o conhecimento básico, básico, pra ela saber sobreviver né; cheguei numa festinha, tem um bolo ali de cenoura, como é que eu faço pra lidar com isso, bom, vamo treinar como é que a gente faz, mede, pega a balança, faz o cálculo em casa pra quando você (o paciente com diabetes) for a rua, você poder lidar com essas situações de uma maneira mais simples.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“É importante o paciente ter autonomia também na escolha da dose, então tanto na seringa quanto na caneta, saber interpretar o resultado do monitoramento glicêmico e poder decidir então qual o número de unidades conforme a prescrição médica” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Eu acho que quando a gente fala da contagem é de você, é pode ser, acho que, você entra no aspecto da contagem de carboidratos, mas também do que aquela aquela dose pode significar para você” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Então é importante no usuário de insulina fazer o monitoramento em domicílio e saber as suas metas [gesticula com as mãos] e a partir daí com as metas ah, registrar os resultados para levar depois para o profissional para verificar depois o que pode ser feito para atingir essas metas se elas não tiverem de acordo, saber então também a questão do monitoramento né, os possíveis erros que podem dar no monitor, principalmente se estiver com sinal de estar com uma hiperglicemia e uma hipoglicemia, e qual conduta fazer conforme o resultado [gesticula com as mãos enquanto fala] né, por que às veze os sinais e sinomas são parecidos, mas se tu tem no monitor o resultado, no caso do high né aplicar insulina de ação rápida e no caso do low ah, fazer uso de algum, sei lá, tomar algum suco, ter alguma bala, alguma coisa par aumentar a glicemia, isso é importante ele saber, terem essa autonomia de tomar essa decisão no momento assim sem, claro e depois procurar o serviço de saúde mais próximo né, mas eles terem essa informação de que conduta fazer nesse período” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Que cada ajuste isso é muito importante né, cada ajuste de rotina é preciso reolhar o tratamento né, porque por exemplo uma pessoa que trabalha de noite e estuda de manhã sei lá e vice e versa né, trabalha de manhã e estuda à noite, ela precisa fazer um ajuste em relação a isso, quando ela sai de férias ela precisa fazer um ajuste à isso” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

Em consonância a esse fator, alguns profissionais também elencaram a falta de habilidade de ajuste de dose como uma barreira para a adesão:

“Mas o que eu acho, na minha opinião, a maior questão é que as pessoas não entendem o significado daquele número, então como que a gente (se referindo aos pacientes) vai aderir a alguma coisa que eu não sei basicamente pra que serve” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Então, e como eles fazem monitoramento em casa, a maioria dos nossos usuários diabéticos que fazem uso de insulina eles podem levar o monitor para controlar a glicemia em casa, então muitos acabam controlando e a partir desse resultado tomando a decisão e pode comer mais, se toma o medicamento ou não, então tem que fazer todo um trabalho nesse sentido de que a diabetes é uma doença silenciosa, que às vezes eles podem estar se sentindo bem e o resultado do monitor está ok mais isso não justifica o não uso, ou a descontinuidade do tratamento né, tem que seguir utilizando adequadamente conforme o prescrito” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Então é importante no usuário de insulina fazer o monitoramento em domicílio e saber as suas metas [gesticula com as mãos] e a partir daí com as metas ah, registrar os resultados para levar depois para o profissional para verificar depois o que pode ser feito para atingir essas metas se elas não tiverem de acordo, saber então também a questão do monitoramento né, os possíveis erros que podem dar no monitor, principalmente se estiver com sinal de estar com uma hiperglicemia e uma hipoglicemia, e qual conduta fazer conforme o resultado [gesticula com as mãos enquanto fala] né, por que às vezes os sinais e sintomas são parecidos, mas se tu tem no monitor o resultado, no caso do high né aplicar insulina de ação rápida e no caso do low ah, fazer uso de algum, sei lá, tomar algum suco, ter alguma bala, alguma coisa para aumentar a glicemia, isso é importante ele saber, terem essa autonomia de tomar essa decisão no momento assim sem, claro e depois procurar o serviço de saúde mais próximo né, mas eles terem essa informação de que conduta fazer nesse período” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“O paciente que sabe fazer contagem de carboidratos ele pode introduzir um doce e calcular a insulina para comer aquele doce, ou mesmo quem não usa insulina, mas está super bem controlado, escolher um doce que não aumente tanto a glicemia e trocar no lugar da fruta” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“É importante o paciente ter autonomia também na escolha da dose, então tanto na seringa quanto na caneta, saber interpretar o resultado do monitoramento glicêmico e poder decidir então qual o número de unidades conforme a prescrição médica” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Eu acho que quando a gente fala da contagem é de você, é pode ser, acho que, você entra no aspecto da contagem de carboidratos, mas também do que aquela aquela dose pode significar para você” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Acho que primeiro é a correção de hipoglicemia né... e até o medo da hipoglicemia e isso tem que ser muito bem instruído... É, então que você sempre tenha um kit, um kit de hipo com você, carregar essa insulina junto com você nas suas atividades diárias (...) é, eu entendo que é muito importante esses ajuste minucioso até do controle glicêmico até para a pessoa ter dados para discutir o que pode estar acontecendo com ela né com a equipe dela de acompanhamento de saúde” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Que cada ajuste isso é muito importante né, cada ajuste de rotina é preciso reolhar o tratamento né, porque por exemplo uma pessoa que trabalha de noite e estuda de manhã sei lá e vice e versa né, trabalha de manhã e estuda à noite, ela precisa fazer um ajuste em relação a isso, quando ela sai de férias ela precisa fazer um ajuste à isso” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

Para essa profissional a dificuldade em aprender a contagem de carboidratos é uma barreira para a adesão:

“Quando a gente vai, por exemplo, pra contagem de carboidrato, tem uma dificuldade muito grande em regra de três, e aí às vezes as pessoas se embananam assim muito, muito, e aí você oferece aplicativos, enfim formas ali de calcular de uma maneira mais simples. Nós fazemos lá (laboratório da Unifesp), por exemplo, oficinas pra treinar o olhômetro né, porque vão ter situações que ela (paciente com diabetes) vai tá rua, então são situações em que a gente vai vendo que o conhecimento básico, básico, pra ela saber sobreviver né; cheguei numa festinha, tem um bolo ali de cenoura, como é que eu faço pra lidar com isso, bom, vamos treinar como é que a gente faz, mede, pega a balança, faz o cálculo em casa pra quando você (o paciente com diabetes) for a rua, você poder lidar

com essas situações de uma maneira mais simples” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

b) Conhecimento sobre a farmacoterapia

O conhecimento sobre a farmacoterapia foi apresentado como um facilitador para a adesão ao medicamento:

“Então uma coisa muito importante é saber o que é a insulina, porque que não tem insulina via oral, que tem que ser injetável, ah... Como ela, a cinética da insulina é extremamente importante, ele saber o porquê que tem que ser naquela hora, que tem horários adequados para tomar, [gesticula o tempo todo com as mãos enquanto fala] conhecer duração de ação, pico de ação né, ah... As diferenças entre as insulinas de ação basais e bolus né, entre as insulinas de ação prolongada, de ação rápida e ultra rápida, ah, a maneira, a importância de, do armazenamento, que ela não pode congelar, que ela não pode tomar sol, a insulina em uso até que tem na forma de caneta, que tem na forma de seringa, ah... E as em uso pode até ficar em temperatura ambiente respeitando alguns critérios, em que local da geladeira a insulina que você não está usando precisa ficar, transportar, a técnica de aplicação, que é fundamental, mudar os locais de aplicação, que também é muito importante, o descarte dos insumos, assepsia do local” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“Eu acho que a informação nunca é demais e é muito importante realmente o processo educativo” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Ainda uma diferenciação né, se é uma, dos tipos de insulina, que você consiga fazer uma diferenciação entre uma e outra” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Acho que o rodízio é fundamental que para não ter outras intercorrências” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Ter uma boa compreensão do que é prescrito” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Uma compreensão clara do que significa essa aplicação subcutânea” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“às vezes usa a insulina conforme o médico prescreveu, mas se fez um esforço maior pode estar interferindo em uma hipoglicemia né, então eu chço que é importante eles terem essa visão de todos os fatores que acabam interferindo no metabolismo do diabetes né, não só o uso do medicamento, acho que é isso” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“A dificuldade de entender porque que uns é antes da refeição e outros é depois, coisas nesse sentido assim, ah, de da importância de tomar sempre no mesmo horário e nos intervalos prescritos” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“A questão do rodízio, a sempre a gente falar sobre o rodízio, sobre a necessidade da gente fazer prega ou não, ah, mas o que, as diferenças entre as insulinas explicando sobre as diferenças entre a NPH para a Regular que são as mais usos né, o que cada uma faz no organismo, quando usar uma, quando usar outra” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Mas é que tem que saber a dose dele, ele tem que saber o horário que ele tem que tomar, né, ele tem que saber o usar o equipamento dele certinho; se ele faz monitoramento, usa insulina deve, faz monitoramento de glicemia né, tem que saber fazer a ponta de dedo” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“Primeiro saber efeito colateral de hipoglicemia, né, então eu acho que isso é importante, e o que fazer quando acontecer algum efeito colateral” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“Explico pra ele sobre que a gente tem o armazenamento, sempre explico pra eles. Então eu acho que isso é um conhecimento que eles precisam de ter né” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Os medicamentos, o que que acontece, geralmente ou eles vêm prescrito em horários aleatórios, então, colocam de manhã, tarde, noite, não especificando os horários né, então, ou toma dois tipos de medicamentos, então, tem gente que fala que toma um só, pra que tomar dois (como se estivesse reproduzindo pensamentos/falas dos pacientes), então a importância de saber a necessidade de cada um, como cada um vai agir, a importância de sempre tá tomando a prescrição correta, o que tá na receita, pra que que serve, né, então eles entendendo isso, eles vão ser mais aderentes ao tratamento, além da gente explicar os possíveis problemas que podem causar devido ao medicamento, as reações adversas, as interações que podem ocorrer, algum sintoma que ele pode tá sentindo devido a esses fatores, porque como eles não conhecem o medicamento, eles não vão saber, então o que eles sentem depois que eles começam a tomar o medicamento, eles vão falar que é o medicamento e vão parar de tomar a medicação” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Assim eu tenho um roteiro de atendimento desses pacientes, para mim a primeira coisa eles precisam saber o que é a insulina, eles precisam saber para que serve, qual que é a função dela no organismo, isso já faz uma diferença enorme na vida do paciente que vai

usar insulina; explicar a diferença, assim, bem em uma linguagem fácil os tipos de diabetes né, e porquê que o paciente no momento da vida, por exemplo, sempre usou um comprimidinho e agora vai estar passando a usar a insulina, é importante mostrar essa questão, os riscos do agravamento do diabetes né, que às vezes a pessoa é resistente a usar porque é uma agulha mas daqui a pouco com uma informação do que, porquê que a insulina não existem comprimidos, qual é a função real dela no organismo, porquê que alguns pacientes mesmo usando o comprimido tem que associar a insulina” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Eu lembrei do armazenamento de insulina também, assim essas informações de saber como é que a insulina funciona, como é que os dispositivos funcionam pra que ele faça isso da maneira mais correta o possível” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Dependendo se ele vai ter que fazer cálculo de dose, algo que ele precisa então ter essa habilidade matemática aí de fazer, de fazer o cálculo conforme a alimentação que ele vai fazer, e aí se vai ser dose fixa, se vai ser contagem, lista de substituição, enfim, aí depende daquilo que for orientado àquela pessoa” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“É saber sobre o funcionamento do corpo, sobre o funcionamento da insulina” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Primeiro lugar eles precisam entender o que é o diabetes né (expressão no rosto de quando fala algo muito óbvio), acho que pra começar, e qual é o papel da insulina e porquê que eles fazem uso da insulina, acho que esse é o primeiro ponto. E também saber qual a consequência caso ele não faça o uso. Acho que o primeiro ponto da adesão é o conhecimento daquilo que a pessoa tá fazendo né, o porquê, dentro, óbvio, da forma como ela consegue entender” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Ele precisa sim saber, se ele for usar insulina, como é que faz pra colocar a insulina dentro da seringa, como é que ele faz pra checar se a agulha tá ok, se a caneta também tá ok, funcionando, o funcionamento tanto das coisas. A bomba de insulina também é a mesma coisa, mas acaba sendo uma coisa mais complexa, no sentido de que aí teria que ver se tem bolha de ar no cateter, se o cateter tá entortado ou não; sabe os mecanismos que vão vendo ali que a coisa tá funcionando né, que ele se sinta ali tranquilo de que tá tudo funcionando” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Então a gente fala que é um manual de sobrevivência né, saber o que é diabetes, hipo, hiperglicemia, obviamente a técnica de aplicação da insulina, acho que isso é essencial (...) to pensando aqui o que mais. O perfil da insulina, acho que isso é muito importante também saber” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Entender também onde que ele descarta (...) (olha pro lado pensativa e com a mão apoiada no queixo)” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“Ah, eu diria que primeiro é compreender pra que serve a medicação né, e uma vez que você compreende, a sua adesão é muito maior” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

Ah, educação, educação, educação, e eu iria pro básico, sabe, porque a gente às vezes lida com uma população muito carente em informação, muito carente em educação básica” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

A falta de conhecimento sobre a farmacoterapia também foi apontada como uma barreira para a adesão:

“Eu acho que informações equivocadas [acena com a cabeça] mesmo ou mal compreendidas né de você, de não existir uma compreensão real daquela pessoa sobre determinados aspectos (refere-se ao uso dos medicamentos)” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Eu trabalhava no Posto de Saúde do Castelo Branco e tinha um paciente que vinha com aquela listona [faz o gesto com as mãos indicando uma lista grande] aí um dia ele veio me falar: olha Doutora, arrumei um negócio muito mais prático para tomar esse monte de comprimido, ele ia uma vez por mês na farmácia pegava tudo que ele tinha de comprimido para tomar naquele mês batia no liquidificador [gesticula em círculos com as mãos. E aí uma vez por dia ele tomava uma colher e estava tudo certo! Ele descobriu a América!” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“Então a dificuldade deles vai desde a tomada do medicamento, dos horários, a dificuldade de compreender a prescrição até o momento do manuseio da insulina, da guarda da insulina, de como tomar essa insulina, dos locais de aplicação, as unidades que ele tem que colocar na insulina, então, é, é bastante informação que a gente percebe que eles não têm e o tratamento não é feito corretamente devido à falta dessas informações, né.” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Segundo a insulina, que é outro mundo mais complexo né, que o simples armazenamento já muda a vida do paciente, e se você for perguntar, se for fazer um levantamento, 99% guarda a insulina no lugar errado, na porta da geladeira, não retira antes (a insulina da geladeira), então é um mundo totalmente -, pra quem tá tomando essa insulina e tem que tomar esses outros cuidados” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“É muito importante também, que nós temos dois tipos né, de 100UI e a de 50 também, então o que que acontece, a de 100 é de 1 em 1, 1 em 1 unidade, e a de 50 – a de 100 é

de 2 em 2 (corrigiu o que tinha falado anteriormente) e a de 50 é de 1 em 1, então sempre informar pro paciente, porque eles têm essa muita dificuldade de saber enxergar as unidades da, da seringa, então essa informação também é muito importante pra eles porque eles não tem essa, não tem esse conhecimento” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“ah questão e ter mais de um medicamento para a mesma finalidade, então por exemplo, as vezes você pega um paciente diabético, vou ficar no diabético né porque é o que mais o meu dia-a-dia, ah, tem a insulina, tem ah um outro hipoglicemiante oral, às veze está associado a dois, então para que tanto medicamento para tratar o diabetes né, daí a gente tem que explicar que às vezes é o efeito sinérgico que vai ajudar mais, um tem um mecanismo de ação e o outro tem outro e a junção do três faz, dos três que vai auxiliar no controle da glicemia, então às vezes, eu percebo que tem essa questão da, do não entendimento da função de cada um deles” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Quando eu trabalho, quando eu pergunto para eles o que, se eles sabem o que é o diabetes, ah e, sobre a questão do uso da insulina, se eles sabem para que serve a insulina [gesticula com as mãos enquanto fala] a grande maioria entende que é para tratar o diabetes né, mas daí quando eu entro mais a fundo dizendo que é um hormônio que é produzido no pâncreas que tem a função de tirar o açúcar do sangue, bem nessa linguagem mais popular assim eu tenho a impressão que é uma coisa que eles desconheciam assim, a gente sabe que a insulina é para tratar diabetes e ponto mas mais a fundo assim eles não têm essa percepção da real função dela no organismo” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Outro é onde armazenar, qual é o melhor lugar na geladeira, é na porta, é dentro da geladeira, esses detalhes, que eu acho que não sabem né; ou quantas vezes eu posso usar a mesma agulha, então o uso dos insumos né, acho que sabem pouco, acho que isso é uma dificuldade; o rodízio, a importância do rodízio na aplicação” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“E tem dificuldades em relação ao tratamento em si aí, não só de entender a importância, mas né, da questão da aplicação da insulina ou de usar medicamentos corretamente todo dia no mesmo horário mais ou menos, alguma coisa nesse sentido” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“Porque a falta de conhecimento eu acho importante, porque tem muitos que continuam com a metformina e aí entram com a insulina “ah não, hoje eu tomo a insulina, amanhã

eu tomo o medicamento” (como se estivesse reproduzindo falas dos pacientes), não sabem a importância de tomar os medicamentos nos horários certos” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“A principal questão do uso do medicamento é eles sempre têm uma preocupação muito grande com a quantidade (...) com o tamanho do medicamento e com a dosagem, ou seja, eles acham sempre que o medicamento de 1mg é mais fraco do que o de 500 (...) né, sempre tem – então essa é uma preocupação muito grande, porque preocupação de que vai fazer mal ou que (...) raramente eu vejo “ah, não vou tomar esse remédio, porque vai me fazer mal”; muitas vezes eles preocupam muito com a quantidade de medicamentos e com as dosagens né, às vezes metformina de 850, “mas eu vou tomar 850, é muita coisa”; então, eles sempre têm essa questão de a quantidade de miligramas ser de medicamento muito forte” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“E a questão do horário né, acho que às vezes surgem dúvidas “ah vou beber. Posso beber e tomar medicamento?”, e nem sempre eles contam, né, então às vezes deixa de tomar, então eu acho que isso é um outro” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“É a informação dos horários junto com a alimentação ou meia hora antes ou mesmo junto com a alimentação também é muito importante, essas partes que eles não têm esse conhecimento que pode levar também a hipoglicemia” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Outra coisa é às vezes eles não compreendem, que nem eu te falei que a gente tem que fazer o sol a lua o garfo e a faca para entender isso” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“Muitos vão abandonando esse tratamento por não saber o que que acontece se fizer o tratamento certinho ou mudar esse medicamento, procurar alguém, procurar ajuda” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Tem também a questão de você ter o conhecimento de como conservar a insulina, quanto tempo dura após aberta, se no transporte como é que eu faço, acho que todo esse tipo de conhecimento ele é bastante importante (...) rodízio também” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Além do glicosímetro né, a importância porquê das medições da glicemia, porque muitos eles querem fazer o teste, independente, não sabe pra que que serve, se pode comer um pouquinho a mais, eu vou medir pra eu comer mais, então a importância dos valores, das metas terapêuticas pra esses pacientes também, eles serem informados do

que eles têm que fazer do que eles têm, é muito importante eles apoderarem desse problema de saúde que eles têm” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“E às vezes conhecimentos básicos mesmo: como é que a insulina funciona, como é a entrada de açúcar na célula; enfim, coisas muito simples desse mecanismo mesmo, pra que eles se sintam assim: - “ah então se eu fizer isso, tem essas consequências”; vai dando um pouco uma noção que eles conseguem escolher, que eles (pacientes com diabetes) alternativas aí nas mãos deles” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Conhecimento do qual é o perfil de cada uma das insulinas, como é que age, como é que funciona. Já falei de técnica de aplicação né, saber realmente como aplica, faz prega, não faz prega, qual o tamanho da agulha” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Tem a discussão da troca de agulha, de seringa né, da reutilização, então muitas vezes é uma reutilização por um número maior de vezes, que isso acaba causando dor né, sendo mais dolorido, mas por outro lado também tem as pessoas que também têm a possibilidade de usar mais vezes e acaba não usando também né, então tem aí os dois lados por não compreender a importância né, enfim da troca da agulha, da seringa pro uso” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Outra coisa, uma dúvida que eles sempre têm muita: - “ah se eu medir a minha glicose e tiver 100, eu vou aplicar a insulina mesmo assim?”, aí eles acham que eles não vão aplicar a insulina; aí eu tenho que explicar pra ele: “oh, isso vai fazer efeito é lá na frente, você vai se alimentar, você vai fazer...”. Então esse é um conhecimento que eles precisam de ter, e muitos desses conhecimentos” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Até o armazenamento, porque tem paciente que deixa fora, ele pega na Unidade ou ele compra, ele consegue a Lantus que é uma, né, essas insulinas e deixa no sol, então assim, você vê muitos casos que eles têm essa dificuldade de compreensão de como manusear e como armazenar essas insulinas, essa é a grande dificuldade que eu vejo” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Então a parte do armazenamento, eles têm ainda aquele medo de colocar na porta da geladeira, não sabe se pode deixar dentro, se pode deixar fora; muitos, que eu atendia tanto na residência quanto agora lá em Luis Antônio, muitos são de origem do Nordeste, do Norte, aí quando eles vão viajar é aquela loucura, como que eu faço, o que que eu faço” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“O fato dele não compreender o porquê que ele precisa fazer aquilo” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Como fazer a monitorização e o que fazer com o resultado, que eu acho que esse é a grande questão: a pessoa faz e não sabe o que que ela vai fazer com o resultado, não resolve nada” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

Conhecimentos erráticos acerca de um “tratamento ideal” para a condição de saúde:

“Eu acho que em relação à insulina, uma das coisas que eu pelo menos gosto muito de falar para as pessoas é que assim, não tem o jeito certo [acena com a cabeça], não tem o tratamento, na verdade não é o jeito, é o tratamento certo é...do qual seja o que a gente precise idealizar nesse sentido né, assim: ah eu só vou ficar bem quando eu tiver a bomba de insulina, eu só vou ficar bem quando eu usar a caneta tal” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

c) Conhecimento sobre a doença

O conhecimento sobre a doença corrobora para a adesão, segundo a percepção dos profissionais entrevistados:

“Uma vez que ele entende melhor o que ele tem, com certeza ele vai cuidar melhor né, e acho que isso acaba impactando muito na complicação crônica, porque uma vez que você não entende o que você tem, você não se dedica pra cuida, você não faz prevenção, você não faz o controle, e aí você cai lá com uma complicação crônica que muitas vezes podia ter sido evitada” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Eu acho que a maior dificuldade é entender as complicações, depois que elas começam a acontecer, acho que muda um pouco, a maioria dos pacientes talvez muda um pouco a atitude deles, mas até acontecer uma complicação, às vezes não vai acontecer, né (risos), a gente precisa – então eu acho que, penso que a maior dificuldade não é entender que a pressão tá alta ou que o açúcar no sangue tá alto, porquê que ele fica alto, é entender as consequências disso, mesmo não sentindo nada” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

Para essa profissional a falta do entendimento sobre a doença é uma barreira para a adesão:

“Eles têm o diagnóstico, eles vão pra casa e não fazem o tratamento por não entenderem o problema de saúde que eles têm que é muito complexo” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

5. Estigma social sobre a condição de saúde

Das falas dos profissionais de saúde emergiram o estigma social no que tange ao uso da insulina como uma barreira para a adesão ao tratamento, por meio da resistência ao uso:

“Insulinização é sempre difícil, já tive pacientes também que não insuliniza de jeito nenhum. Recentemente agora foi uma paciente que descobriu o diabetes agora, mas também tava com a hemoglobina glicada muito alta, aí eu tentei né, fazer aquela (...) introduzir a insulina durante três meses pra depois retirar e ela não topou de jeito nenhum, nem eu falando que a gente ia retirar, de jeito nenhum. Aí vai naquelas dietas, naquelas dietas brava né, e aí melhora um pouquinho, mas essa tá até caminhando, mas assim é muito difícil na questão da insulinização, principalmente com essa coisa “ah, é a última saída, não tem mais jeito” (...) então é sempre muito difícil” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“E até existe essa certa resistência às vezes de uso e com essa explicação a gente consegue situar eles melhor no contexto do tratamento né, que não é uma coisa que vicia, que faz mal, porque às vezes é criado esse tipo de estigma, esse tipo de barreira que pode levar à uma resistência ao uso a uma não adesão” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Tem esse medo, que eu acho que é o clássico né, da insulina, eu tenho várias pacientes que falam “pelo amor de Deus, eu vou seguir essa dieta então, se eu não tiver que usar a insulina” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“A insulina é sempre um tabu né, primeiro que as pessoas quando a gente fala que vai insulinizar, elas acham que elas tão morrendo né, que é a última esperança delas né, então isso a gente tenta desmitificar que não é assim, é a própria evolução da doença” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Tu (paciente) tem que usar insulina e ver que insulina é coisa de idoso, é coisa de doente, então isso pode interferir muito na questão da adesão, e também se o paciente não tem bem estabelecido essa questão de que insulina não é uma coisa só de idoso, só de acamado uma coisa só de pessoas que estão extremamente doentes né, que é um hormônio que quem não tem diabetes produz e quem tem deficiência precisa usar de forma exógena, então eu acho que isso é acaba afetando muito o emocional a pessoa né” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

Além disso, para essa profissional a vergonha de utilizar os medicamentos em público:

“Porque tem muitos pacientes, é, até eu hoje eu ainda vejo “ah eu vou trabalhar, eu não levo meus medicamentos” (como se estivesse reproduzindo falas dos pacientes), tem muita gente “ah eu não vou tomar a insulina na frente dos meus amigos de trabalho, eles vão achar que eu sou o que?” (como se estivesse reproduzindo falas dos pacientes), então tem todo um trabalho” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

6. Fatores ligados ao medicamento:

Os profissionais de saúde relataram alguns fatores relacionados aos medicamentos os quais, segundo a suas perspectivas, influenciam na adesão à farmacoterapia, os mesmos são descritos a seguir.

a) Complexidade da farmacoterapia

O número de medicamentos utilizados emergiu da fala dos profissionais como uma barreira para a adesão:

“Acho que primeiro é reconhecer - sempre eles tomam mais de um medicamento, mais de três, eu acho - porque um, dois, passou de três eu acho que ele tem mais dificuldade de saber qual é qual (...) não todos, mas eu acho que uma parte. Eu sempre atendi pacientes do Sistema Único de Saúde, então não tenho essa vivência no privado, né, talvez no privado seja um pouco diferente, mas pensando no público que eu sempre atendi, eu acho que é saber qual é qual, então isso é um pouco difícil eu acho pros pacientes (fala olhando pra baixo com a mão apoiada no queixo expressando estar pensativa).” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“Tem os mais variados né, às vezes quando você fala, por exemplo, hipotireoidismo, que ele só tem que tomar um remedinho de manhã em jejum, ou você tem que falar da metformina enfim falar outros medicamentos, às vezes é difícil colocar numa rotina, né, às vezes esse paciente também tá estafado, ele fala assim: - “eu não aguento mais uma medicação. É mais uma coisa pra eu cuidar” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Na residência eu atendi um público um pouco mais carente assim, então eles tinham muitas, muitas dificuldades com relação a adesão medicamentosa, tanto no sentido do entendimento dos horários, porque, muitas vezes, tem aquela polifarmácia, então eles nem sabem para que que é cada um (...) e até de fato, de coisas assim de leitura, de entender, conciliar a rotina” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“Muitas vezes o pessoal da educação fala: - “ah, coloca um alarme, coloca um enfim algum lembrete de que você tem que tomar determinada medicação”; mas mesmo assim,

quando isso não entra numa rotina, num circuito do que já tá funcionando, ele esquece, esse daí acaba sendo uma grande dificuldade” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

Essa profissional de saúde relatou a dificuldade acerca da adesão com relação ao tamanho do medicamento:

“no caso da metformina que é o tamanho do comprimido a gente sempre escuta também” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

Necessidade de adaptar a rotina no que tange a horários de alimentação para a utilização da insulina NPH:

“Outra coisa quando a gente tá falando de NPH em especial, você acaba tendo que ter uma rotina muito rígida de alimentação, aplicação, de atividade física. Enfim, eu acho que isso, sem dúvida nenhuma, dificulta bastante a adesão da pessoa, então as insulinas hoje, os análogos, eles geram uma flexibilidade um pouco maior. Quando eu to pensando na regular, aplicar 30 minutos antes da refeição é (risos), não vou dizer que é impossível, mas depende muito da adesão e acreditar muito, e muita disciplina, o que facilita um pouco com os análogos, mas eles também 15 minutos antes (precisam ser aplicados 15 minutos antes das refeições), então depende aí também de uma dedicação. Agora tem a fiasp (uma insulina nova que pode ser aplicada imediatamente antes das refeições), mas ainda não é acessível pra todo mundo” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“A rotina como eu falei né, por eles, mas a rotina da insulino terapia com uma NPH e com uma regular é algo que com certeza dificulta muito a adesão, a falta de a – o fato de você ter que ser muito (...) ter rotina né, ter que ser exato, você não poder teoricamente ter uma flexibilidade maior, então muitas vezes isso acaba complicando e eu acho que os análogos trouxeram isso de uma maneira muito bacana. A gente ainda não consegue ter pra todo mundo, mas sem dúvida – e assim, NPH você aplica, 2, 3 vezes por dia né, então acho que esse é um outro ponto de adesão que é importante” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“As dificuldades de horário, as dificuldades de aplicar insulina antes de começar a refeição” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

Para essa profissional, a dificuldade da utilização da insulina em comparação com outros medicamentos:

“A hipertensão eu acho que é mais tranquilo pra eles assim, tomar as medicações, eu acho que a diabetes, principalmente a insulina que pega mais” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

b) Aspectos envolvendo a aplicação da insulina

No que tange a utilização da insulina, alguns profissionais apontaram fatores relacionados a aplicação da insulina influenciando a adesão, como a utilização da caneta para a aplicação da insulina ao invés da seringa como um facilitador para a adesão:

“Então se a gente conseguisse ter uma maior abrangência do uso das canetas, a gente precisaria de menos habilidades” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

Alguns profissionais apontaram os esforços que o paciente precisa de realizar para a aplicação da insulina como uma barreira para a adesão:

“Então a gente tem todo esse cuidado também pra, pra que ele armazene, pra que ele faça a prega, porque na Unidade, a nossa seringa é de 6mm, então, ainda necessita de tá fazendo a prega, então isso também é importante, muitos não fazem, não tem conhecimento mesmo” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“E a habilidade também né, a habilidade de você conseguir manusear e preparar a insulina de forma correta, técnica, aí é habilidade técnica” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“De fazer rodízio, a lipodistrofia, o que isso pode significar em relação ao controle e que a pessoa” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“Aprender a misturar a insulina no caso quando tem duas insulinas no mesmo horário que não for uso da caneta” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“É que aí eu acho que vai depender um pouco se ele vai usar caneta ou seringa, né Carla, porque se for a seringa ele tem que aprender a encaixar, às vezes tem que encaixar a agulha, às vezes não, já tá; aí tem que aprender a aspirar, ver se tem ar, num tem ar, aí fazer a prega, fazer a aplicação, então eu acho que são todas essas habilidades, né, guardar pra não machucar ninguém né, tudo direitinho” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“E pensando no diabetes, na insulina, a questão própria do armazenamento, da aplicação, né, do rodízio que é necessário, aí eu acho que tem um grau maior do que a ingestão de comprimido, né” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“Da parte da insulina, em especial né, da parte da diabetes (...) é complicado assim, na residência eu via mais essa dificuldade, todos os aspectos desde a aplicação, desde o armazenamento, desde, enfim, tudo” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

Dor na aplicação da insulina:

“Intervir sempre quando tem dor na aplicação né ter uma intervenção e poder relatar sobre isso, porque isso é um dificultador” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

Medo da agulha:

“Outro é o medo da agulha, que eu tenho pacientes, que por exemplo, que já eram pra ter sido insulinizados há muito tempo, eles falam: “eu prefiro morrer do que usar uma agulha todo dia” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Eu acho que lidar com a questão se existe alguma fobia de agulha” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

“A questão da seringa em si, da aplicação em si, é sempre muito difícil pro paciente mais idoso e pro paciente que tem fobia” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Eu acho que, que um dos pontos muito importantes é o medo [acena com a cabeça] é... e o medo ele vem de vivências e de informações ali que essa pessoa acaba apresentando, é... e que isso pode ser muito específico, mas também pode ser muito geral dependendo da faixa etária né, uma criança muito pequena com diagnóstico que sempre foi tratada, por exemplo, como uma injeção como algo muito ruim e ela precisa tomar uma injeção várias vezes por dia né o que isso pode significar para ela emocionalmente” (Fernanda, psicóloga, 11 anos de experiência).

“Nem todos têm medo de agulha, mas tem uma parcela que tem medo de agulha” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Na experiência que eu tive eu dava todas as informações: o armazenamento, a aplicação (da insulina), volto naquilo que eu te falei: o medo, eles tinham medo de se auto aplicar, entendeu por que falta de conhecimento não tinha porque, às vezes, até a gente fazia teste, olha a senhora vai fazer assim, como que a senhora iria fazer? Às vezes a gente até tirava a agulha e pedia para ela fazer como se estivesse fazendo nela e fazia certinho, entendeu? Então era o medo da agulhinha espetando” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“Era só aquele probleminha ali tipo aí não quero me aplicar, ou então aí eu não gosto, eu tenho medo de fazer alguma coisa errada, é basicamente isso” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“Medo de aplicação, tem os preconceitos em torno da própria insulina” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Eu tinha até poucos pacientes que faziam uso da insulina, mas assim, a maioria deles tem medo da autoaplicação (...) então por mais que a gente sentava, explicava e ensinava mesmo, às vezes até pegava na mão: olha a senhora faz assim, fornecia material para eles, muitas vezes: ah eu não gosto de fazer isso em mim não” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“Querer fazer autoaplicação também é um ponto muito difícil que aí muitas pessoas não conseguem mesmo fazer a autoaplicação, deixa que outras pessoas aplicam numa boa, mas fazer autoaplicação têm vários pacientes que não consegue, e aí fica dependendo mesmo eu mostrando sobre independência, mesmo eu falando, eles não conseguem fazer essa autoaplicação, então eu acho que é um limitante bem grande” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Então assim, vamos supor aí é uma aplicação de insulina, tá ele não, ele tem esse bloqueio, ele não quer fazer ou, enfim, ele vai no serviço no serviço de saúde e aí fica perambulando né, na verdade, porque chega de sábado e domingo e feriado tem que depender de outro nível de atendimento, aí procura o hospital central, então eles ficam perambulando” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

Dificuldade de adaptação com a caneta:

A gente já pergunta por que também tem muitos que tem 15 anos que tá tomando (seringa) né, mesmo que esteja tomando errado, ele têm dificuldade de adaptação da caneta também” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Acho que outro ponto pensando em insulino terapia é que a gente tá tendo agora, tá tendo a troca né, pra algumas pessoas conforme a idade, da NPH de seringa pra caneta né, não sei se vocês tão aí acompanhando e isso tem sido uma dificuldade de adesão muito grande” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“E o paciente tem tido resistência, não os mais novos, mas os mais velhos em especial, da adesão a caneta, porque ele já tá habituado a fazer com a seringa, né e ele tem tido muita dificuldade da adesão” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“A gente teve por exemplo como muitos estavam acostumados com a insulina em frasco e seringa, querer aspirar da caneta a dose de insulina para ser aplicada, então não entenderam a necessidade que a caneta já viria pronta” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Maioria aderiu bem, assim de maneira geral, preferiu, porque é bem mais fácil e manuseio não precisa fazer a prega e tal, mas muitos foram resistentes pelo fato de por exemplo: não enxergar direito a quantidade de insulina que está sendo administrada, de não entender o processo de uso da caneta, preferiram voltar para o frasco, então foi um mudança que a gente sentiu na pele assim nesses últimos meses, mas claro a gente sempre tentou fazer a orientação por escrito e verbal, mas às vezes por o paciente já ser mais idoso ele está confortável com o método que ele já utiliza há tempos, teve uma certa resistência sim...” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

Tamanho da agulha:

“Tamanho de agulha que hoje a gente sabe que agulhas menores, de 4, 5 e 6 (milímetros) né, quando a gente tá falando de seringas, elas (agulhas menores) podem ser utilizadas por todo mundo, mas a gente sabe que tem muito serviços de saúde que ainda não fornecem as agulhas menores, então eu acho que isso também dificulta a adesão (...)” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

Necessidade do rodízio na aplicação da insulina:

“A questão do rodízio, a maioria entende essa questão da necessidade de fazer o rodízio de não aplicar no mesmo lugar, só que muitos são resistentes a aplicar em outros locais, ou tem dificuldade porque não tem alguém para auxiliar, então, ah, até eu fiz um curso esses tempos agora, faz uns quinze dias sobre isso que o nosso estado do Rio Grande do Sul ofereceu e o professor lá da Universidade da Bahia ele fala que a, o rodízio tem que ser feito não só [gesticula um círculo com uma caneta que está em sua mão] por exemplo na área do abdômen, o rodízio teria que ser feito em todas as partes, isso é uma coisa que a gente percebe que tem bastante resistência dos pacientes, às vezes prefere fazer em uma região só e acabam ficando nessa região então, por mais que a gente ensine que tem que ter a distância; que tem que ter a prega, no caso da agulha que é maior ah, muitas vezes essa resistência em não fazer em outros locais acaba gerando uma lesão ali no abdômen se aplicação for mais do que duas, três vezes ao dia” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

A necessidade do paciente que utiliza a insulina de realizar a automonitorização da glicemia capilar também emergiu das falas de alguns profissionais como uma barreira para a adesão:

“Tem a questão da monitorização que é tão importante que isso – fazer a monitorização é algo que dificulta a adesão, mas no sentido de “ai dói” “tem que fazer

de novo” (reproduzindo possíveis falas de pacientes) e tal” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Alguma coisa em relação ao aparelho né, e até a monitorização o quanto é importante ter a monitorização para uma consulta que também existe às vezes uma dificuldade ou até uma manipulação em relação a esses resultados, então esses resultados acabam desencadeando muitas coisa. Eu acho que quando a gente pensa em hipoglicemia e hiperglicemia eu sempre falo que isso é uma característica, é uma manifestação que causa muitos sintomas, então assim, esse controle muito minucioso [gesticula com as mãos] ele é fundamental para a pessoa não ter sintomas né, outros sintomas que impactam realmente na vida dela...” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

c) Crença na farmacoterapia

Acreditar na farmacoterapia como um facilitador para a adesão:

“Bom discernimento de que aquilo é um medicamento e vai ser bom pra ela” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

Não acreditar na farmacoterapia como uma barreira para a adesão:

“Mas também tem aquele que é bem rebelde, que por mais que você orienta você fica em cima, ele não está muito preocupado sabe, ele acha que não vai dar nada não, eu vou ficar sem a medicação e não vai dar nada não, sabe?” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

Não percepção dos benefícios da farmacoterapia como uma barreira para a adesão:

“às vezes em relação à alimentação, tempo de ação da insulina, então a gente vai vendo que as insulinas com tempo de ação menor, assim mais demorado né, acabam tendo uma adesão complicada, porque o pico é – ele acaba não vendo muito a diferença que faz ele aplicar na hora e fazer uma correção adequada, e os efeitos que isso vão tendo de forma positiva” (Roberta, enfermeira, 14 anos de experiência).

d) Reação Adversa ao Medicamento

A presença da Reação Adversa ao Medicamento foi apontada pelos profissionais de saúde como uma barreira para a adesão:

“Eu acho que outro ponto importante é, dependendo da medicação, tem efeito colateral. Vamo pensar na metformina que é o clássico ali, pode dar diarreia, pode dar aquela questão do comprimido sair e aí se você não explica e não conversa com seu

paciente, ele vai deixar de tomar muitas vezes, porque ele não entende a importância daquilo” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“(Reação adversa ao medicamento) isso interfere bastante no tratamento do paciente e muda a vida do paciente pro negativo né, o paciente fica deprimido por não poder fazer suas atividades” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Já chegaram relatos para mim: uma senhora que tinha uma pressão só de 270, 280, sem nada, sem sentir nada, e ela, essa a gente não conseguiu controlar na Estratégia, a gente precisou encaminhá-la para o Cardio e ela chegou no Cardio ela chegou com uma caixa de sapato cheia de medicação para mim, ela falou assim: olha me ajuda porque eu não o que vou fazer com isso, é tudo isso que eu tenho que tomar e eu não sei o que fazer, e aí a gente organizou tudo para ela, os horários tudo; uma semana depois ela estava lá e: eu não vou tomar esse monte de medicação porque eu estou ficando jogada na cama, porque realmente ela era muito elétrica e aí a medicação deu uma boa controlada nela e aí ela não quis saber de tomar não, abandonou” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“Um fator negativo também é o efeito colateral que esse medicamento pode tá dando pra esse paciente, uma consequência dum efeito colateral e o paciente ele não fala pra ninguém, ele tem o efeito, ele guarda o medicamento, fala pra quem tá fazendo o acompanhamento que tá tudo certo, que tá tomando e tal, mas esse fator dos efeitos adversos também eu acho que atrapalha um pouco eles seguirem o tratamento e na melhora da doença” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Outra que coisa que pode né, eu acho que é muito individual, mas tem a questão da hipoglicemia, então pessoas que já tiveram hipoglicemia no uso de insulina, isso reduz a adesão, porque é um super mal-estar, tem que ter, enfim, algumas atitudes em relação a isso” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“A principal dificuldade e principalmente se acontecer rapidamente que a gente vê é o paciente ele já sabe disso que a insulina às vezes ele vai passar mal, porque vai usar, porque vai cair demais” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Sempre da comunidade falando “ah, minha vizinha tava tomando esse medicamento aí que deu dor no corpo, e ela teve de parar de tomar, e agora você tá me passando ele e eu vou ter dor no corpo também” ou “esse medicamento dá diarreia na minha vizinha e eu não quero ter isso”. (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“Que tem muitas pessoas que eu já ouvi também o relato “ah, eu não saio de casa porque eu tenho muito efeito adverso da metformina, então eu nem saio de casa. Tem

tempos que eu não saio de casa. Então nem ao médico eu vou” (como se estivesse reproduzindo falas dos pacientes), então esse fator também é muito importante porque o paciente não tem vida social, ele não sai de casa” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Acho que é o que eu falei dessa questão dos efeitos colaterais, da hipoglicemia, acho que é essencial eles reconhecerem e saberem o que fazer e saberem a gravidade, se eu tenho que ir para o pronto socorro ou se eu tomar um suco vai resolver” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“Esses principalmente quando a gente começa a perguntar sobre hematoma, gostos metálicos e tal, eles já ficam assustados “ah vai acontecer” “não, não vai”; então todo esse conhecimento que eles vão fazendo essa ligação, isso esclarece, mas ao mesmo tempo amedronta um pouco os pacientes em relação ao uso de medicamentos” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

e) Número de medicamentos utilizados

Segundo esses profissionais entrevistados, a presença de polifarmácia é uma barreira para a adesão ao tratamento:

“Mas a questão da polifarmácia né, então tem ali uma série de medicações, o que acaba dificultando a adesão” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Outra importante questão no paciente crônico é que o paciente vem com receita do cardio, do endocrino, do [gesticula com as mãos] GO, do... Ai tem um monte de receita não, precisa, geralmente tem o endocrinologista que é quem o paciente está mais perto a gente tem que dar uma organizada nisso, pegar todas as receitas revisar, esclarecer nome farmacológico e nome químico né” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“A quantidade de medicamentos que ele toma” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

f) Habilidade psicomotora para a utilização da insulina

A utilização da insulina envolve a capacidade psicomotora do paciente em manejar a seringa e/ou caneta para a realização da autoaplicação, sendo assim, alguns profissionais apontaram a falta da habilidade psicomotora para a aplicação da insulina como uma barreira para a adesão:

“A dificuldade de manusear, de colocar a insulina na caneta” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Ou se ele treme muito, ele não vai conseguir colocar (a insulina na seringa)” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Eu acho que é assim, se a gente tá falando de um idoso, acho que tem aí todo uma dificuldade de destreza, de preparo de insulina, eu acho que isso é um outro ponto” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Ele precisa ter uma habilidade manual do preparo sem dúvida nenhuma e aí mais pra seringa, principalmente se ele fizer mistura, menos aí quando a gente tiver com as canetas” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Primeira coisa né ele precisa ter essa, essa autonomia de se aplicar né, então o paciente que não tem essa, essa habilidade física, motora daí depende de algum cuidador” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Essa paciente que eu aplico nela, eu já tentei a caneta com ela, dela fazer né, mas antes disso eu dei uma caneta pra ela e falei assim: “faz aí pra eu ver”; é muito duro, ela não tem força no dedo pra poder aplicar, é incrível que pareça, não dá força, ela vai, ela tenta no ar assim ó (gesticula simulando o movimento de aplicação da caneta) né, eu até falei assim quem sabe é por que não tem o apoio né, aí eu peguei uma laranja e falei assim “aplica na laranja aí”, porque aí ela tem o apoio né, pra dá firmeza, nem assim ela tem força de aplicar.” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

“E habilidade da motricidade mesmo né [gesticula os dedos] porque tu está lidando com, no frasco tu vai, tu tem que ter, tu ter que ter habilidade de colocar a agulha na seringa a 90°, da de, isso é uma coisa que eles não entendem direito né” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

7. Motivação para a utilização da farmacoterapia

A motivação para a utilização da farmacoterapia foi apontada pelos profissionais de saúde como um fator que influencia na adesão.

a) Percepção da severidade dos sintomas

Os profissionais de saúde apontaram a não percepção da severidade dos sintomas como uma barreira para a adesão:

“É que não tem dor, né, porque quando a pessoa tá com dor, ela vai tomar aquele medicamento, vamos supor, um antiinflamatório certinho, agora, a diabete como não tá causando nada e tá dando alguma reação adversa, eles guardam o medicamento” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Eu acho que a maior dificuldade deles (fala olhando pra baixo como se estivesse pensando no que vai falar), primeiro que são doenças muito silenciosas né, em geral, tanto o diabetes quanto a hipertensão não têm sinal e sintoma, então, isso eu acho que dificulta eles entenderem a importância da adesão ao tratamento” (Flávia, médica, 19 anos de experiência).

“E o que eu acho mais complicado é porque ele não vai perceber uma melhora a curto prazo, porque ele já não sente nada né, e é difícil você passar pra ele, fazer ele entender que aquilo pode prejudica-lo a longo prazo, o que pode trazer pra ele a longo prazo, as dificuldades que a família vai ter com ele, as dificuldades que ele vai passar, o que que pode acontecer com ele, os problemas que podem acontece né, o que que ele pode passar, o que que ele pode vir a sentir também, então isso, por ele não tá passando por aquilo é muito complicado” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“O maior problema de resistência era o diabético; o hipertenso ele sabe que se ele não tomar a medicação, ele vai ter um infarto, ele vai ter um AVC, ele consegue ter mais essa consciência; agora o Diabetes não né, é uma doença lenta, então não, ah eu vou ficar uma semana sem tomar a medicação, não, não vai acontecer nada” (Mara, enfermeira, 15 anos de experiência).

“E falar que é de uso crônico, deixar claro porque é muito, principalmente em relação as estatinas, é muito frequente a interrupção do uso né, {imagem travou e parou, porém o áudio continuou compreensível, portanto a entrevista não foi interrompida} o anti hipertensivo, ah minha pressão está boa eu não uso a minha pressão está alta eu uso, então deixar claro que as medicações que vão sendo introduzidas de uma maneira geralmente escalonada ao longo do tratamento são de uso crônico” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“A diabete é muito complicada, porque os pacientes, eles recebem o diagnóstico, eles não sabem nada né, então eles têm que mudar a, a vida deles, igual você, igual você tava citando tem que mudar o estilo de vida, mas eles não sabem disso, por eles não saberem o que é a doença, o que que a doença vai fazer a longo prazo, o que que é uma doença crônica, então eu acho que o mais complicado de tudo isso é eles não saberem disso. Então o paciente ele vai pra casa diagnosticado, ele não vai fazer nada, ele não vai mudar nada, tanto por falta de conhecimento tanto por ele não tá sentindo nada” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Mas a insulina é um eterno problema né, principalmente de você começar né, e principalmente quando o paciente, você realmente precisa de começar, porque os

resultados dos exames não estão muito bons, mas na realidade ele não sente muita coisa, porque quando o paciente tá passando mesmo, poliúria, polifagia, perda de peso, passando mal (gesticulando com as mãos) e dá um mal-estar quando a glicose vai ficando muito alta, eles aderem mais rápido. Agora quando o paciente não está muito é sentindo muita coisa, você insulinar só pelos resultados dos exames é mais difícil” (Jonas, farmacêutico, 32 anos de experiência).

b) Avanço científico para o manejo das condições crônicas de saúde

Para essa profissional, o avanço no conhecimento acerca do Diabetes Mellitos é importante para que o profissional de saúde tenha subsídios para motivar o paciente a utilizar a farmacoterapia:

“Ah, isso aí está cada vez mais fácil né, antigamente era mais difícil, principalmente em relação ao Diabetes, que a gente não tinha esse estudo né, desde o DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) e o UKPDS (The UK Prospective Diabetes Study) a gente sabe que o bom controle do Diabetes previne e retarda as complicações crônicas relacionadas à doença, então esses argumento veio para nós, no final dos anos 90, ficou mais fácil [gesticula com as mãos] né; claro que a adesão é um problema né, mas ficou mais fácil mostrar para o paciente porque que é bom controlar, tanto a Hipertensão quanto o Diabetes, porque a gente tem respaldo científico né, e com isso fica mais fácil eles compreenderem” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

Para essa profissional de saúde, os avanços no que tange aos subsídios para o tratamento do Diabetes Mellitos facilitam a adesão:

“O que a gente tem visto é que com o passar do tempo, com agulhas menores, enfim canetas ou mesmo a bomba de insulina, isso facilita muito para que o paciente possa lidar com essa questão do medo” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

c) Motivação para a autogestão

Alguns profissionais de saúde apontaram a importância da motivação advinda do paciente para realizar a autogestão como um facilitador para a adesão:

“Então esse fator de conscientização do paciente, da importância da tomada dos medicamentos, dele conseguir, dele entender a meta que ele tem que alcançar pra não causar as complicações, eu acho que isso é muito importante, o paciente se apoderar do que ele pode tá fazendo né, eu acho que isso muda muito” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“Então, você pode até ajudar, mas eu acho que sempre tem que partir da pessoa, tem que vir de dentro dele a vontade, não adianta, porque senão ele, você vai falar, falar, falar e ele vai sair do consultório [gesticula com as mãos enquanto fala], e [gesticula negativamente com a cabeça] e pode estar com a receita, estar com a orientação e não vai fazer...” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“A auto-estima, é muito bacana, tem gente que chega no consultório e ao longo do tempo você vai vendo que ele está se cuidando mais... É muito, é, eu vejo isso muito no exame do pés né no caso novo a gente examina os pés, vai passando o tempo [gesticula com as mãos] você vai vendo aquele pé cada vez bem mais cuidado, mais hidratado, mais limpo, então a pessoa vai melhorando a sua auto-estima [coloca as mãos no tórax] vai valorizando a sua saúde e acho que isso, ela começa a se sentir melhor, mais disposta, mas bem humorada, dorme melhor, ah, namora melhor, eu acho que é isso, é ele sentir que ele está investindo, que ele está mais feliz e que está valendo a pena” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

“Então eu acho que o papel do profissional é conseguir lidar com essas questões emocionais também de fazer o paciente entender que sim, não é legal ter um diagnóstico de diabetes, de hipertensão, enfim de outra doença crônica, mas pode ser uma oportunidade de olhar mais pra gente, pra conseguir melhorar outros aspectos da saúde. É de fato, tem a parte do luto né, óbvio que a gente tem que deixar as pessoas sentirem esse luto, mas conseguir olhar pra frente, mostrar o que se pode fazer, o que está sob nosso controle e o que não está” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“Tem uma outra questão aí também de novo falando de DM1 principalmente, criança e adolescente, da relação com os pais. Normalmente, os pais dessas crianças são super protetores, isso é algo bem complexo, claro que é necessário inicialmente óbvio né, quem não seria, mas acho que é uma coisa que tem que se trabalhar muito pra que a pessoa consiga assumir o seu autocuidado, ter uma autonomia pra que ela consiga seguir e o diabetes não seja sempre um trauma ou que ele seja enfim, tratado diferente. Então, eu acho que, até voltando um pouco que você falou na questão o que eu acho importante na adesão eu acho que talvez a palavra seja essa: dar autonomia para o autocuidado” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

d) Aceitação da condição de saúde

Para essa profissional de saúde a aceitação da condição de saúde é um facilitador para a adesão:

“Mas pelo fato de saber que é uma doença que não tem cura, que então é uma coisa que a pessoa vai ter que viver pelo resto da vida, claro que, às vezes, se cuidar na questão da alimentação e do exercício pode reduzir o número de medicamentos mas é uma coisa que a pessoa tem que aceitar que é vai viver sempre com ela, com essa doença que se bem monitorada, às vezes vive muito mais do que a pessoa que não tem a doença né, sem, sem complicações” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

Para alguns profissionais de saúde, a não aceitação da condição e saúde é uma barreira para a adesão:

“Porque se não tem a negação também, quando a gente pega o paciente que é a primeira vez que vai usar né, já está na fase de negação da doença, está se sentindo bem, não entende porque que tem que usar esse tratamento” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Mas normalmente tem que usar para o resto da vida, se o paciente não tem essa percepção da necessidade do uso, às vezes pode - e não tem essa aceitação, pode ter uma certa vergonha de utilizar na frente das outras pessoas” (Márcia, farmacêutica, 11 anos de experiência).

“Vamos supor “cê não toma o remédio, ah tá bom não precisa” ou tomar o medicamento né ou o fator, a dificuldade assim da, da pessoa entender, a aceitação pela doença também eu acho que isso é um fator que dificulta muito. Tem muitos que revoltam, tem muitos que falam “ah cê tá falando, mas pra mim não vai fazer diferença” né, então esse fator da aceitação da pessoa, dela querer melhorar” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“A própria questão, às vezes, da aceitação do diagnóstico é um problema” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência)

“E também oferecer uma possibilidade de que assim a questão da aceitação do diagnóstico, ela é muito individual, não tem assim uma coisa de que ah daqui seis meses a gente pode estipular, as pessoas normalmente levam seis meses pra isso e fora disso você tá num grau de anormalidade ou uma coisa que enfim, algo patológico. Cada um tem seu tempo pra ressignificar isso, então que possa ser contado também um certo tempo de ressignificação pra que tanto a pessoa encontre alternativas do que fazer com o que é dessa doença crônica dela, como também pra ressignificar esse diagnóstico, que contexto ele aconteceu, quais foram as circunstâncias pra ele poder seguir adiante.” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“Eu acho que impacta 100% né, eu acho que tudo na vida, independe da doença crônica ou não, se você não tá bem e se você não aceita, dificilmente você vai conseguir aderir a determinada atitude, então eu acho que o cuidado do psicológico ele é essencial pra qualquer pessoa que tenha qualquer tipo de doença crônica, a aceitação da doença ela é essencial, porque se você não aceitar você não vai ter adesão àquilo que você precisa fazer” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

“Eu acho que dificuldade de cuidado, dificuldade de aceitação, de autocuidado né, dificuldade de aceitação do diagnóstico” (Fernanda, psicóloga, 13 anos de experiência).

8. Não adesão não intencional

O esquecimento emergiu das entrevistas dos profissionais de saúde como uma barreira para a adesão não intencional:

“Guardar os horários, porque tem muita gente que vai dormir, dorme, e esquece de tomar” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“A rotina né [levanta os ombros] os hábitos da vida diária, as vezes esquecimento, a população idosa, idoso que ah... Às vezes vive sozinho né” (Sônia, médica, 36 anos de experiência).

9. Redes de apoio para a utilização do medicamento

Vários profissionais de saúde apontaram a importância do apoio social como um facilitador para a adesão:

“Acredito também que o paciente tenha que ter uma estrutura ali de apoio tanto de familiares quanto de amigos, minimamente uma estrutura ali de casa né, no sentido assim de ter sei lá, uma geladeira, de ter um local limpo, arejado pra armazenar aquela insulina (...)” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“Outro fator pra que ele entenda eu acho que é também o apoio familiar, eu acho isso muito importante, o acompanhamento nas consultas, porque de fato quando você, muitas vezes, até recebe o diagnóstico é algo muito impactante, então ter outra pessoa pra te apoiar, pra lembrar das orientações, pra tá lá, é algo que faz o meu trabalho de fato acontecer” (Raquel, nutricionista, 5 anos de experiência).

“Eles precisam saber que eles não estão sozinhos, eles precisam saber que o diabetes é uma condição crônica que eles não causaram nada pra ter isso, de que eles não são culpados por terem diabetes, de que eles podem pedir ajuda pras redes de apoio, eles podem escolher a rede de apoio que eles se sentirem mais acolhidos (...) e fazer

trocas, eu acho que entre pessoas que tem diabetes faz muita diferença quando eles se identificam de alguma forma com essas pessoas e que possam ali ver, enxergar como elas lidaram e vê que efeitos que isso pode ter na vida deles se eles escolherem algo semelhante ou se eles tomarem algumas posições. Então, eu vejo que assim essa troca, essa rede de apoio, ela faz muito sentido pra que eles lidem melhor com a condição” (Roberta, psicóloga, 14 anos de experiência).

“E eu acho que outra coisa que contribui muito é a questão de você conhecer outras pessoas que também têm diabetes, né, e aí pensando mais em DM1 do que em DM2, mas você não ser o único né, então as crianças, eles conhecem outros, eles trocam, isso ajuda muito na questão psicológica de que eles não são únicos” (Sara, enfermeira, 17 anos de experiência).

Assim como a falta de apoio social é uma barreira para a adesão:

“Tem a família também né, a gente vê muito a família “ah minha mãe toma lá de qualquer jeito, eu vou ficar olhando a hora que a minha mãe toma a insulina?! Ela tem que saber” (como se estivesse reproduzindo falas dos familiares dos pacientes). *Então esse lado do abandono, mesmo a casa tano cheia, tem esse lado do abandono também “ah eu não percebo se a glicemia da minha mãe tá alta” “Eu não percebo também se a minha vó tá tomando”* (como se estivesse reproduzindo falas dos familiares do paciente), *então ela meio que “ah eu não vou fazer o tratamento porque ninguém se importa comigo né”* (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“O paciente, esse lado emocional, têm muitos idosos que a gente faz visita que moram sozinhos, que fazem uso de insulina, então tem paciente que eles não tomam insulina, porque eles vão ter hipoglicemia, então eles vão passar mal, eles vão tá sozinho né, então tem essa insegurança por eles não conhecerem, não fazerem certo o tratamento, tem essa insegurança, então se a glicose dele está alta, eles não vão passar tão mal, eles não vão sentir tanto, alguns pacientes né, como uma hipoglicemia. Então, eles preferem passar o dia sem tomar a insulina pelo medo, a insegurança deles estarem sozinho e passar mal, não ter como chamar uma ajuda, isso a gente ouve bastante, então eles preferem ficar sem o tratamento” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

“O paciente, é, idoso, a gente sempre pergunta se ele mora com alguém, se ele tem um cuidador, porque a gente percebe, a gente pede pra eles colocarem na seringa pra ver se eles tão enxergando a unidade né, então você percebe que muitos têm muita dificuldade com isso” (Alice, farmacêutica, 17 anos de experiência).

Apêndice N: Categorização pacientes

1. Categoria: Fatores ligados ao prescritor

Segundo as falas dos participantes, existem fatores que influenciam na adesão à farmacoterapia e que estão ligados ao prescritor, são estes:

a) Vínculo com o prescritor

A formação de vínculo com o prescritor foi relatada por essa participante como um facilitador para a adesão no que tange a sentir-se acolhida pelo prescritor:

Carina: *“quando você tem um profissional que ele entende muito mais do que ele dita regras é maravilhoso porque você se sente acolhido, você não sente que você está seguindo ordens de alguém que quer te controlar, você sente que tem uma pessoa que está ali no tratamento com você, que você pode contar os seus problemas, que você pode contar as suas insatisfações, e aí eu acho que o tratamento caminha, ele caminha mais suave do que quando você tem um médico ou que não acompanha com a regularidade necessária, ou que ele é muito seco, muito objetivo [gesticula as mãos fazendo um sinal de corte] sabe, eu acho que você ter um bom relacionamento com o médico é essencial”* (32 anos, pós-graduação).

Outras participantes sentem-se à vontade para tirar dúvidas com o prescritor:

Célia: *“Assim, o que eu faço acompanhamento, que lógico tem a empatia é o endócrino né, e ele é muito calado, mas mas eu me dô bem com ele, porque tudo que eu quero perguntar todas as dúvidas que eu tenho em relação a certas situações eu consigo assim, os outros não, eles focam mais naquela naquele problema, né, quando eu vou no nefrologista ele foca nos rins né, quando eu vou no cardiologista ele foca no meu coração, aí assim vai, então com ele, eu chamo ele de homem sabido né, porque tudo que eu quero saber [risos] eu pergunto para ele né”* (44 anos, superior completo).

Também emergiram das entrevistas trechos que remetem à confiança no prescritor:

Lídia: *“Eles (os profissionais da saúde) são essenciais né, pra adequar a quantidade e se você emagrece, se você engorda é importante você adequar todas as taxas. Se você tá num período de ansiedade, você tem que aumentar um pouco mais a insulina, se tá mais leve, se o seu dia a dia tá mais leve, também abaixa, se você - enfim, ela é essencial pra ajudar no controle de qualquer pessoa”* (40 anos, pós-graduação).

Flávia: *“Mas assim, eu não tomo nenhum medicamento também sem falar com o endócrino”* (51 anos, pós-graduação).

Em consonância aos trechos acima, a não formação de vínculo com o prescritor foi relatada pelos participantes como uma barreira para a adesão. Uma participante teve dificuldades de aderir ao tratamento por não ter confiança no novo prescritor após uma alteração de profissional não programada:

Helena: *“Mas isso tudo porque houve essa mudança e eu não conseguia outro médico, quando eu encontrava outro médico, ao invés deles tentarem me auxiliar com a Lantus, eles queriam que eu voltasse com a NPH, então a falta do endocrinologista fez nisso, e nesse momento foi onde que eu tive o problema na visão”* (54 anos, superior completo)

Helena: *“a primeira dificuldade que eu tive foi é que eu acho assim que foi o início da, da, da, quando eu comecei a tomar a Lantus, porque na época eu tomava 30 unidades da Novolin, tá?! E quando eu comecei a tomar a Lantus, o médico, o meu endocrinologista falou assim: “Olha, Helena, nós vamos começar com 30 e nós vamos fazer, nós vamos ajustar a sua dose, tá?! Então a gente vai vendo referente aos exames e nós vamos ajustar a sua dose”. Só que esse meu médico, logo que eu comecei a tomar a Lantus, ele parou de atender pelo convênio que eu tinha, certo?! Aí foi uma batalha pra eu conseguir encontrar outro né?! E passei por outros que queria que eu parasse de tomar a Lantus, que voltasse pra NPH, nem era Novolin, era NPH, então essa foi a dificuldade que eu encontrei”* (54 anos, superior completo).

b) Não confiança dos medicamentos dispensados por parte do prescritor

Um outro fator influenciando na adesão extraído das falas de duas entrevistadas foi a não confiança em determinadas marcas dispensadas ao participante por parte do prescritor como uma barreira para a adesão:

Geralda: *“Porque eu fui já na farmácia da prefeitura, na farmácia da família que a gente chama aqui, mas o médico do próprio USB falou: ô professora se a senhora puder comprar esse remédio aqui para o coração é melhor do que se a senhora tomar esse gratuito aqui... A senhora vai ter mal-estar, vai ter isso, não vai ficar bem... Como a senhora tem condições compre mesmo o que o médico passou... Entendeu como é? Então assim, são dois pesos e duas medidas.”* (53 anos, mulher, superior completo)

Geralda: *“mas eu tomo o genérico da Medley, sempre da Medley que o médico recomenda que eu não mude o fabricante.”* (53 anos, superior completo).

c) Preferências do paciente para a seleção da farmacoterapia

Segundo as falas dos participantes, o prescritor levar em consideração a preferência do paciente para a seleção da farmacoterapia pode facilitar a adesão:

Sara: “então tava fazendo consulta, bem dizer com o médico semanal, até ele acertar dose de insulina aquela coisa toda né, aí na semana do meu aniversário, // olha vais poder, poder comer um docinho, né, come um docinho e não sei o que, mas controla, faz o testezinho, não sei o que, se for o caso” (41 anos, superior completo)

Geralda: “hoje, tanto essa médica lá de Salvador, quanto a daqui, ela já está, como eu digo assim [breve sorriso] se enquadrando não, ela já está se ajustando às minhas exigências como como paciente, eu levo minha tabela, eu levo minha lista de medicamento é para ela anotar, eu levei as orientações da nutricionista entendeu também que a nutricionista também havia passado os medicamentos para emagrecimento, disse que eu te agora nesse período para depois retomar quando voltar as atividades físicas mais fortes; então ela concorda comigo, ela acha ótimo, ela me bota para cima é assim mesmo, perdeu um quilo e meio já é uma grande coisa, no próximo mês também você talvez vai me trazer que já perdeu mais dois, mais três, aí eu falei poxa é isso mesmo” (53 anos, superior completo).

Flávia: “o meu endócrino fala para mim você tem que entender de diabetes, desde do começo é o mesmo endócrino nesses 24 anos, eu até já fui em mais eu me adaptei com ele, ele fala: você tem que entender de diabetes mais do que o profissional, você vai ver com o tempo que você vai entender mais que muitos médicos, e você tem obrigação de entender da sua diabetes e você vai entender da sua melhor que eu; então ele não, a gente não discute dose sem conversar sabe, aí tem coisa que ele fala não você que tem que saber, você que tem que ver sabe” (51 anos, pós-graduação).

Sérgio: “eu não tenho problema nenhum com nenhum profissional de saúde, me atende tudo bem, porque como eles me conhecem e como eles os médicos que eu vou eles também nos ajudam na associação, eles são voluntários nosso na associação né, a minha consulta, vamos dizer, o meu endócrino, meu endócrino eu vou lá e levo os exames, e ele abre os exames, quando ele abri os exames ele fala: olha você já viu seus exames, né? Você já sabe o que que você tem que fazer, né? Ele só faz a receita, ele diz o seguinte para mim: “Sérgio”, a tua receita tecnicamente você tem que tomar 32 unidades de Tresiba todos os dias, a rápida são cinco unidades a cada refeição, mas essas 5 unidades vão depender da sua glicemia, aí é você que sabe, você que é o médico” (71 anos, superior completo).

A importância de estabelecer metas realísticas foi elencada por esses participantes:

Carina: “Eu levei os mesmos exames para uma outra profissional, uma outra médica que me acompanha hoje e ela, ela leu os mesmo números, ela leu o mesmo resultado e ela

disse olha não está bom mas o que a gente tem que fazer agora é, e ela me deu o passo a passo, e com o passo a passo eu fui melhorando [gesticula com as mãos enquanto fala], eu não melhorei de uma semana para outra, mas hoje eu tô, assim, infinitamente melhor do que quando eu cheguei com ela.” (32 anos, pós-graduação).

Adaptação da farmacoterapia segundo a situação econômica da paciente:

Marlene: *“Quando eu não posso usar a Humalog que a que o meu médico me receita, aí eu falo com ele, aí ele me passa uma que eu possa comprar para mim não parar o tratamento não ficar sem utilizar a insulina” (47 anos, superior completo).*

Em consonância às informações anteriores, os entrevistados apresentaram barreira para a adesão quando o prescritor não levou em consideração as suas preferências:

Helena: *“E eu sou muito, muito assim, se de repente eu senti alguma coisa, eu não volto no daqui, é dois endocrinologista que eu passei que foi muito cogitado como bons endocrinologistas e que falaram “ah, volta pra NPH”, aquilo para mim já não tava dentro do que eu esperava. Então eu achei melhor eu parar do que eu ficar brigando, porque eu não ia mudar.” (54 anos, superior completo)*

Sérgio: *“Eu já tive assim, não problema, é de um médico às vezes receitar e eu questionar, aí é outra coisa...Porque hoje eu também aprendi dessa forma, com os, com o pessoal, com os farmacêuticos, todo remédio tem uma um efeito colateral, todos eles têm, então aí é lógico que a gente vai, eu vou recusar alguns tipos de remédio somente poucas vezes eu usei pronto-socorro, UPA tá isso aqui, mas quando eu vou eu fico de olho, se eles me passam medicamento eu pergunto para ele: quais são os efeitos colaterais? Se o cara vem com um corticoide para mim, eu falo: ô meu você vai me dar corticoide, quer que eu que eu morra? Aí é que vai começar e tem médico que aceita e outros médicos não aceitam né? Por que eles pensam que é, eu sou obrigado a falar gente eu estudo eu sou diabético, mas eu sei das consequências, então esse medicamento não é bom para mim” (71 anos, superior completo)*

d. Orientação sobre a farmacoterapia

Os participantes demonstraram em suas falas sobre a importância da orientação recebida de um profissional de saúde sobre o medicamento para promover a adesão do mesmo:

Nicole: *“o sertralina, né, então eu fazia tratamento lá em Uberlândia e aí a médica me deu, aí eu tomei um tempo e falei assim “ah, não vou tomar mais isso não, vou ficar dependente e tal”; aí eu fui no médico aqui em Orlândia, e ele falou assim “olha, Nicole,*

o tratamento com o sertralina você vai ter que tomar, pelo menos, a gente vai avaliar em dois anos, você tem que tomar direto, né, por que? Senão, o tratamento não vai fazer nenhum efeito, e depois, se eu tirar, vai ser tirado muito lentamente”; e aí ele me explicou tudo sabe, aí eu falei assim “nossa verdade, então eu tenho que tomar”, e aí eu voltei a tomar certinho...” (59 anos, superior completo).

Joana: “Ela (a nova endocrinologista) ficou comigo e meu esposo mais de duas horas no consultório (...) e me perguntou como que eu fazia a contagem do carboidrato, e sabe, assim, querendo saber mesmo como que você tá fazendo pra eu saber como que eu vou te orientar, e me mostrou coisas na internet, e ela me disse assim “tô vendo que conversar com a senhora é bom, porque a senhora tá entendendo como que eu tô te explicando” ela disse, porque eu sei que tem muita gente que não consegue ter esse entendimento disso tudo que precisa ter um diabético tipo 1 pra poder se cuidar. E ela foi na internet, ela me mostrou site, ela me mostrou um aplicativo pro celular pra contagem de carboidrato, que esse eu não tinha, que era melhor que o meu que eu tava usando” (47 anos, pós-graduação).

Célia: “uma vez eu até achei eu fiz uma pergunta para ele engraçada eu disse assim: até como eu já estou adulta, então quando é que eu vou deixar de tomar insulina? Aí ele disse assim: nunca, [risos] ele disse nunca, porque você não pode não pode viver sem ela... Eu disse: não mas eu tô dizendo assim: nunca tomar remédio para o diabetes, eu quero saber quando é que eu vou deixar de tomar insulina para eu tomar medicamento via oral, ele disse: não, que eu não faria, que eu não seria assim porque o meu caso era diferente do diabetes adquirido, né, que toma via oral, mas o meu caso eu era insulino dependente do tipo I e que não havia essa possibilidade... Ah, então deixe isso para lá...” (44 anos, superior completo).

Joana: “às vezes eu vou buscar a insulina na farmácia de alto custo, quando é a própria farmacêutica que entrega, ela também tá sempre perguntando alguma coisa, sempre dá uma dica nova ou sempre sugere alguma coisa, mesmo que são coisas que eu já tenho conhecimento, ela sempre passa também, eu sei que não é dever da farmacêutica, mas assim você vê que a pessoa também tá (...) um pouco preocupada com aquele paciente” (47 anos, pós-graduação).

Célia: “Aí nesse caso aí, por exemplo, se eu vejo, se eu for a uma festa, normalmente você sai da rotina como você falou, eu eu, uma vez até disse para ele também que eu aumentaria, que eu aumentava, que eu aumentasse a quantidade de insulina, por exemplo três ou quatro unidades se eu fosse comer alguma coisa que pudesse, que eu pudesse ver

com a medição que ia alterar muito a minha a minha glicemia, aí ele disse {A imagem de Célia apaga mas é possível ouvi=lá com clareza} não se for dessa forma, se você se comportar dessa forma aí {A imagem de Célia retorna} pode desse jeito, desde que quando voltar para rotina diária, você for medir a sua glicemia e você ver que ela voltou ao normal {Célia desce do carro e chega à um determinado local, e após isso, a sua imagem apaga novamente, enquanto fala na entrevista} então não há a necessidade daquelas quatro unidades que você alterou” (44 anos, superior completo).

Marlene: “eu não tive problema com a questão do uso do medicamento por tudo. Quando o médico passou para mim, explicou direitinho como funcionava, meu esposo foi comigo também aprendeu, então assim não tive problema a questão de administrar a insulina, né? Não tive, porque ele ensinou tanto pra mim como para o meu marido, depois que os meninos vieram, aí os meninos foram crescendo. Hoje ele (o médico) ensinou para os meus meninos” (47 anos, superior completo).

Joana: “Então assim, eu tô citando ela, mas eu tive muitos outros médicos que foram assim bem explicativos, orientativos, mesmo com mais paciência ou menos paciência, porque você pega uns muito durões também, né, que é isso, ponto e acabado. Cê pergunta de novo, é assim, assim, assim, explica do mesmo jeito, nem todo mundo entende do mesmo jeito né, (risos). Então, mas mesmo esses mais durões, e que te orientam, aí isso faz muito bem pra você. Então eu acho que é isso que faz a gente se sentir mais segura, se sentir melhor naquilo que tá fazendo, pra ter um resultado melhor, né.”; “Às vezes um medicamento mais barato pode fazer o mesmo efeito que um outro medicamento mais caro, por exemplo, comparação das insulinas, no caso, mas depende a forma que você aplica, a forma que você mede, a forma que você calcula, então, mas de repente falta isso naquela explicação que o médico tem com o paciente, né?! Então eu acho que essa parte, a orientação é de suma importância (...) como eu te falei lá no começo, eu achava que insulina era pra paciente terminal, eu achava. A médica só me falou que eu ia ter que tomar insulina e pronto. Então ela poderia ter abrangido, de repente, um pouquinho mais o que que era aquilo pra paciente não sair tão desesperada do consultório (leve risada)”. (47 anos, pós-graduação).

Nicole: “mas voltar a tomar o medicamento e tomar certinho, nas horas, tudo direitinho, foi uma questão mesmo de conversar com o médico certo, sabe assim, porque eu acho que tem médico que te força, aí você vai tomar isso, isso e isso, sabe. Agora quando ele me explica o porquê e tal, não sei o que, aí me deixa assim, é realmente eu tenho que tomar, não sei o que, sabe?! É uma questão mesmo de ter a informação correta mesmo,

porque quem tem diabetes, não tem noção do tanto que é sério, né” (59 anos, superior completo).

Assim como a fala de orientação recebida por um profissional de saúde é uma barreira para a adesão:

Nicole: *“só quando eu vou viajar muito longe, que eu vou ficar dias que eu levo, sabe, senão eu nem levo, eu tomo antes, depois volto e tomo depois, eu acabo ficando sem tomar mesmo, só por causa de, aí eu vou levar – é porque assim é interessante cê me perguntar isso, porque os médicos, eu não perguntei e também e ninguém me falou quanto tempo que a insulina pode ficar fora da geladeira, se dentro da caneta eu posso deixar dentro da bolsa e utilizar durante o dia, sabe?! Não deixar lógico exposto no sol, se ela aguenta ficar assim, porque, tipo assim, você vai na farmácia comprar insulina, eles falam assim pra você “aí você quer uma caixinha com gelo pra levar?”, então parece que de sair da farmácia e ir pra sua casa parece que o negócio não vai fazer efeito mais, vai estragar, então eu assim, eu vejo que, agora você me perguntando, que pôs atenção nisso né, que eu não sei se pode, se não pode, e aí meu pai já tinha me falado de uma bombinha que injeta e não sei o que a insulina de acordo com o que tá, ele já mede, injeta, mas eu nunca fui atrás pra saber disso, né...então assim, deu pra perceber que eu não sou neurótica né, com os remédios, então assim...acabo, como fala, me ajeitando pra não ter que ter tanta sabe... é mais disso mesmo de saber se ela dá conta, se não dá de ficar, porque eu acredito que se eu soubesse que ela pode ficar na minha bolsa, a caneta lá, né, isso me deixaria muito mais tranquila, eu me medicaria mais corretamente, não sei”;* (59 anos, superior completo).

Nicole: *“assim, eu percebo, que sem ser o endocrino né, eu percebo assim que os profissionais, eles, os clinico geral aí mesmo, o cardiologista e tal, eles não entendem tão profundamente, então eles tão mais preocupados “ah tá, que cê tá sentindo?”, em te receitar o que tem que ser, ah, deu os exames assim, aqui, entendeu, não tem muita preocupação de informação, de te dar informações sobre o porquê, como que é, isso é pra mim, entendeu?!”* (59 anos, superior completo)

Geralda: *“quando eu tomo o hidrocortisona aumenta, porque junta o cortisol da manhã [gesticula com as mãos enquanto fala] com o remédio, aí ele sobe, mas agora eu já tô mais tranquila, porque eu ficava muito insatisfeita de não consegui ter baixa de glicemia, mas aí a médica me explicou bem direitinho que era por causa disto; “eu me lembro também que em 2010 em... Curitiba, eu queria receber insulinas, e aí veio uma moça de um programa, uma farmacêutica e eu gostei muito porque ela sentou comigo em casa, e*

me deu uma orientação por mais de uma hora e meia, quase duas horas, sobre como usar melhor a insulina”; “em 2010 eu fiz um curso de educadores né, educando educadores em diabetes, e uma das coisas que eu mais aprendi nesse curso foi se essa coisa da automonitorização, quando os médicos lá, as psicólogas, as nutricionistas, falaram que o diabetes quem tem que tomar conta é o próprio paciente” (53 anos, pós-graduação).

2. Fatores relacionados ao medicamento

Segundo as falas dos participantes, são diversos os fatores que influenciam da adesão e que estão ligados ao medicamento, são estes:

a) Crença na farmacoterapia

Acreditar na farmacoterapia emergiu diversas vezes das falas dos participantes como um facilitador para a adesão, apesar das adversidades provocadas pelo uso do medicamento:

Flávia: “agora que eu acho difícil picar, tomar injeção, eu não acho as agulhas são ótimas, subcutâneo, dificuldade nenhuma... Tudo bem a barriga via ficando meio ruim né, porque eu não gosto de tomar de braço nem na coxa, aí eu tomo muito na barriga, no flanco e no bumbum... Mas dizer difícil tomar insulina não é... Não é... Eu dou graças a Deus que elas existem [sorriso] senão eu não podia tá nem aqui falando com você” (51 anos, pós-graduação).

Sérgio: “a gente vê muita gente reclamando: tá eu tomar insulina, tá dói muito, tá isso aquilo... Gente, é... Você tem que saber que a insulina é vida para nós é esse que é o ponto principal, insulina é vida, então não vai, se ela é vida, para que que a gente vai colocar algum obstáculo...” (71 anos, superior completo)

Sérgio: “Então o que motiva a gente usar insulina é a vida é viver, porque se a insulina é vida para nós que necessitamos que nós não temos mais a produção pelo pâncreas, nós temos que dar valor à essa gota, essa aplicação porque ela é vida... E se existe vida, vamos procurar viver da melhor forma possível aplicando sempre tá... Porque o dia que às vezes eu, raras vezes eu esqueço, né? Raras vezes eu tenho esquecimento de tomar insulina” (71 anos, superior completo).

Geralda: “aí a médica falou: não, melhor é você fazer uma lista, você é professora, faça uma lista do que você toma, então quando chego ao médico, eu só faço apresentar, que fica mais fácil de fazer, ter essa listagem, né pronta, infelizmente e felizmente porque me dá vida, né?” (53 anos, superior completo).

Nicole: *“Saúde, continuar vivendo, né, ter uma qualidade de vida, então assim é entender que eles (os medicamentos) são os meus aliados para eu ter uma qualidade de vida”* (59 anos, superior completo).

Célia: *“Viver... É a troca [breve sorriso] ... Eu tomo eles e tenho em troca a vida, né? Eu chamo as minhas insulinas é o kit sobrevivência, cada vez que eu vou receber /? / {o carro em que Célia está dirigindo passa em um buraco o que impede de ouvir esse trecho} eu agradeço muito a Deus porque é o kit sobrevivência, aí de mim sem eles né... /?/ Eles existem e eu estou viva...”* (44 anos, superior completo).

Sara: *“Assim tem aquela coisa que eu sei que eu não me alimento direito, né, que eu não cuido da alimentação, que eu não sou de comer verduras, essas coisas, assim então eu misturo muita coisa, como muita porcaria, uma bobagem [risos], então eu sei que a medicação me ajuda nessa função, né, então tipo, ah, eu quero comer um doce hoje não sei o quê, eu quero comer um pedaço de bolo né, eu quero comer um doce, um brigadeiro alguma coisa assim, bom eu tô tomando insulina, tem a insulina que vai me ajudar a não subir tanto açúcar, né, então é esse tipo de coisa, então quero comer alguma coisa mais salgada né, então eu sei que a pressão vai subir, então mas eu tomo a medicação da pressão para manter, manter ela nos, tentar manter ela nos níveis normais”* (41 anos, superior completo).

Joana: *“Isso aí, nunca deixei de usar mesmo, nunca fiquei um dia sem, mesmo não vindo pelo SUS, por conta de saber da necessidade que é diária, não adianta eu tomar um dia, e passar o resto da semana sem tomar”* (47 anos, pós-graduação).

Célia: *“Não, assim, porque como eu lhe disse, para mim as insulinas são essenciais né..., Mas eu nunca deixei de tomar, nunca, nunca deixei... [faz sinal negativo com o rosto] Tem 36 anos porque por que eu sou completamente dependente delas, né?”* (44 anos, superior completo).

Joana: *“Não, eu nunca deixei de utilizar, graças a Deus nunca, nunca cai nessa (risos), porque (...) quem deixa, as consequências são muito ruins, né, as recaídas e tal, então eu sempre tive a consciência assim sobre os medicamentos, que eu não poderia deixar de usar até que o médico dissesse “oh, você tá de alta do medicamento, você pode parar”, então nunca parei (...) mesmo a insulina, tive esse, assim, “ah meu Deus, não vou tomar, isso é só pra quem...”, mas não, eu tenho que tomar, o médico tá dizendo que é pro meu bem, é pra eu viver um pouco melhor, é pra eu melhorar a minha vida, então eu vou tomar.”* (47 anos, superior completo).

Célia: *“Não não assim, eu não tenho dificuldade em relação a isso não, eu me adaptei muito rápido a todos eles, né, eu já fico naquele naquele sentido de manhã cedo de tomar insulina, meio-dia quando eu vou almoçar eu já pego, 6 horas da tarde eu também já pego, que são o meu Kit de sobrevivência né, então eu tenho que ter ele na mina vida”* (44 anos, superior completo).

Helena: *“Olha, a insulina pra mim é o meu salva vida, ela faz parte de mim, eu preciso dela, entendeu? Então eu falo que é o meu remédio milagroso, eu preciso dela, eu não posso ficar sem ela, né? E então, insulina pra mim é vida (...) e é o que me mantém viva, porque se eu não tivesse insulina, né?”* (54 anos, superior completo).

Acreditar na farmacoterapia também por meio da percepção dos benefícios da farmacoterapia:

Carina: *“deixar de tomar a insulina, achar que estava tudo bem, achar que ah, poxa hoje eu tô, achar que ir ao banheiro três vezes na noite era normal, eu achava que isso era super normal, hoje em dia eu consigo dormir uma noite inteira e eu acho maravilhoso, mas para mim por muito tempo isso foi normal porque eu fazia um mal gerenciamento do meu diabetes.”* (32 anos, pós-graduação).

Geralda: *“tomo uma vez por dia um um remédio para ansiedade, sou muito apressada querendo as coisas, que é a Venlafaxina 75mg é uma droga que eu me ajustei a ela uma vez ao dia, e que ela não me causa sono né, não me causa também não tem ganho de peso, já que eu sou gordinha, entendeu é uma droga que se ajustou bem a ao meu tratamento.”* (53 anos, pós-graduação).

Marlene: *“Mas hoje em dia eu consigo comer algumas coisas que eu não poderia comer há uns anos atrás por na época não utilizar uma insulina muito boa e não ter um controle da glicose, hoje como eu tenho graças a Deus o controle da glicose, tenho uma insulina que é boa, hoje eu consigo me dar o prazer de comer um brigadeiro normal, não um brigadeiro de banana que eu faço pra descontar”* (47 anos, superior completo).

Nicole: *“tanto é que o Jardiance eu fiz um teste (risos), eu deixei de tomar um mês, aí eu tive assim um pouco de infecção urinária né, então o meu xixi ficou assim, meu Deus, com odor assim bem forte, né, aí eu voltei a tomar esse Jardiance, aí melhorou, né. Aí eu falei assim “nossa eu tenho que tomar mesmo, né?!”* (risos).” (59 anos, superior completo).

Carina: *“É ver como a, como isso melhora a qualidade de vida, como eu te dizia, eu consigo dormir uma noite inteira, por conta dos diversos hormônios, eu me sinto disposta, não me sinto letárgica, eu não sinto sede o tempo todo, então assim, o reflexo*

disso no bem estar, e a liberdade que eu tenho conforme eu assumo o controle, quando mais controlado eu estou eu vejo que eu tenho mais liberdade, eu posso, eu posso passar uma semana fora que os meus pais não vão ficar preocupados, é... É isso, é o bem-estar no dia a dia e a liberdade que isso proporciona.” (32 anos, pós-graduação).

Geralda: “O que me motiva é que na verdade, tanto alimentação como a própria aplicação de insulina, faz com que eu viva, se eu tenho uma glicemia que ela vai para 300, ela me dá um mal-estar, uma ânsia de vômito, terríveis entendeu, é a mesma coisa quando eu não administro o corticoide, o que ele causa em mim é uma dor de cabeça [aponta a cabeça] aqui lateral” (53 anos, pós-graduação completo).

Flávia: “eu na verdade não me preocupo tanto com a minha hipertensão porque eu tô até com a pressão baixa assim é 11 por 7, 10 por 6 [passa a mão no cabelo] é uma coisa assim eu tomo esse remedinho para eu não ter nenhum pico sabe, 14 que ia, justamente para não ter essa combinação com a diabetes; então assim não é um fator muito preocupante não, a gente tirou bastante o sal também...” (51 anos, pós-graduação).

Joana: “Acho que o medicamento pra ansiedade tem ajudado, o tratamento pra depressão ajudou também, com certeza, então isso me faz lidar um pouco melhor” (47 anos, pós-graduação).

Joana: “É ver que eu estou bem (acena positivamente a cabeça), utilizando medicamentos, seguindo as orientações médicas tanto do medicamento quanto da alimentação, é ver que eu estou bem, e que sem o medicamento eu não ficaria bem assim (...) então, se eu estou bem, eu estou conseguindo fazer minhas coisas, eu tenho que continuar o uso.” (47 anos, pós-graduação).

Helena: “e a minha vida mudou, depois que eu mudei de insulina, ela mudou (...) [refere-se à insulina Lantus]” (54 anos, superior completo).

Nicole: “me dá medo, tá?! Nossa... me dá medo de ter um AVC, de ter uma parada cardíaca, né, de ter que ser internada, alguma coisa assim. Então, aí eu fico neurótica, aí eu vou lá, aí eu me automedico, eu tomo um pouco mais de insulina Regular” (59 anos, superior completo).

Joana: “e a ansiedade eu tenho tomado ansiolítico, tem me ajudado bastante” (47 anos, pós-graduação).

Sérgio: “pela minha experiência que eu falo para muitos médicos, né? Que o meu médico fala assim: não é que você estudou durante // mas a prática é conviver com a pessoa diabética o dia a dia isso você vai aprender muito mais, porque hoje os medicamentos, insulina, comprimido para mim, só faz efeito 30%... 70% somos nós que conduzimos,

essa é minha visão prática... 70% está em nós através da educação física, das caminhadas, você te o, sua cabeça no lugar, que a parte da da medicação ela só faz o equilíbrio... Ela não traz benefício, quem traz o benefício aí é a parte é a yoga terapia, é a hidroterapia, que faz //, isso aqui é só equilíbrio, equilíbrio glicêmico só...” (71 anos, superior completo).

Em consonância ao supracitado, a não percepção dos benefícios da farmacoterapia acarretando em não acreditar naquele medicamento foi extraída da fala dos participantes como uma barreira para a adesão:

Nicole: *“eu tomo esse remédio aí pra nem sei se, sabe quando você olha e fala assim “ah será que tá fazendo efeito mesmo, né?!” (risos)” (59 anos, superior completo).*

Nicole: *“Ah, muito tempo atrás também eu parei de tomar lá o rosuvastatina lá, o sinvastatina, né, pra colesterol, porque eu falei assim, aí gente, eu não tenho colesterol, é tudo assim, aquela coisa de achar mesmo, sabe?! De não querer tomar tanto comprimido” (59 anos, superior completo).*

Helena: *“teve um médico que eu passei que começou, colocou no meu uso a Regular, mas eu não me adaptei a Regular, certo?! Eu tomei durante um mês, e não tomei mais, então foi pouco tempo, não teve nem como eu falar que ela teve um resultado, porque na época eu fazia a mistura, eu tinha que pegar vamos supor se eu tomasse 20 unidades, então era 17 unidades da Novolin e 3 unidades da Regular, então durante o mês não deu o resultado, né?! Aí eu tirei, eu não gostei, eu falei pro médico que eu não tô gostando dessa insulina, não vou tomar mais, aí foi logo que depois aí surgiu esse problema da miopatia” (54 anos, superior completo).*

Helena: *“A única coisa que eu te falei que foi da regular, porque eu não vi resultado nela, e eu achei difícil aquele lance, porque na época eu não podia nem usar minha caneta, eu tinha que, quer dizer, eu usava 17 unidades da caneta e eu tinha que pegar na seringa três unidades de Regular e aplicar. Então isso me motivou, então foi a única vez” (54 anos, superior completo).*

Carina: *“uma hora esse esquecimento ele fica crônico, você esquece um dia, você esquece dois, você no terceiro dia você fala ah já não tomei dois vou continuar sem tomar, tô viva, tô bem e continua sem tomar e isso vai refletir lá na frente” (32 anos, pós-graduação).*

b) Número de medicamentos utilizados

A quantidade de medicamentos utilizados exige uma rotina e habilidades organizacionais no que tange ao tempo e rotina diários, e isso emergiu como uma barreira para a adesão:

Geralda: *“então o primeiro que eu tomo agora, há mais de 5 meses, religiosamente é o Esomeprazol, passa um tempo eu tomo hidrocortisona, depois de hidrocortisona, eu tomo o remédio da tireoide terceiro, né? Aí quando eu faço esse tempo de 10, 15, 20 minutos, né aí que eu posso tomar o café aí tudo bem aí depois é que eu vou tomar o diurético e o remédio da pressão arterial que o Diovan, Diovan 320 sem nenhum aditivo não, ele não tem nenhum outro componente pronto pela manhã é isso que eu tomo; com essa pandemia a endocrinologista pediu que eu tomasse ainda uma vez por semana vitamina D 10.000 e eu tomo diariamente vitamina C dando intervalo de 3 em 3 meses que aquele Tagifor, Tagifor C, pronto, pela manhã é essa minha rotina”* (53 anos, pós-graduação).

Geralda: *“a noite eu só tenho um remédio da pressão e né, e o Tresor só que a Ro Rosuvastatina, que eu tomo de 540mg pronto, então e a noite é tranquilo né, né para lembrar, dois comprimidos ali que pode ser tomados ao mesmo tempo sem nenhum problema, agora pela manhã tem essas intervalos que eu preciso dar entre um e outro, claro se eu tenho um episódio de hipoglicemia ai fura tudo, né? Porque aí eu já vou comer doce, não vou não vou esperar muito, né? Mas como não é com frequência então tudo bem”* (53 anos, pós-graduação).

Geralda: *“É, a primeira dificuldade maior seria essa daí (refere-se ao número de medicamentos utilizados), é eu estou na expectativa de que futuramente, eu tô fazendo esse teste, eu já fiz um teste drive como a gente chama, do uso da bomba de insulina Medtronic durante 40 dias eu mesmo aprendi a fazer as trocas dos cateteres”* (53 anos, pós-graduação).

Além disso, duas participantes alegaram que por utilizarem vários medicamentos por dia, não se sentem à vontade em utilizar mais medicamentos caso seja necessário:

Geralda: *“então assim todos foram com o médico, não tomo remédio à toa, se eu tiver com uma dor muito insuportável para tomar um analgésico, senão eu não tomo, porque já sei do que eu tenho que usar diariamente entendeu?”* (53 anos, pós-graduação).

Nicole: *“É conviver com as dores é mais complicado. Eu não sou de tomar muito remédio pra dor também, porque eu já tomo tanto remédio, vou tomar remédio pra dor?!”* (59 anos, superior completo).

c) Reação Adversa ao Medicamento (RAM)

O aparecimento de RAM apareceu nas falas dos participantes como uma barreira para a adesão ao medicamento no sentido de provocar incômodo em suas rotinas:

Sara: *“já fiz trocas de insulina que o médico mandou trocar, mas aí foi pior tive que voltar para antiga de novo, meu organismo não se adaptou, né, teve um tempo que eu usei a, eu vou te falar o nome comercial que é mais fácil, eu usei a.... Eu tirei a NPH né, o médico mandou suspender a NPH porque fazia muitos anos que eu usava a NPH, ele disse não aí tu vai usar uma que é uma vez ao dia aí eu passei para a Basaglar, só que, porque mais porque eu tava tendo muito hipo né, eu cheguei uma vez na madrugada a convulsionar, porque o meu açúcar foi a 30 né, então, aí eu tava demais, eu já tava me sentindo mal porque tu fica com corpo assim parece que tu levou uma surra depois da hipoglicemia, né, então eu disse não aguento mais isso médico fazer alguma coisa, não sei o que... Falei com o médico e ele disse como então vamos trocar as insulinas, aí eu passei para essa que o meu açúcar de 30 ele passou para 400 e não tinha Cristo que fizesse baixar, né, e eu tomava a rápida e cada vez mais mais insulina rápida, tomava rápida de manhã, tomava rápida depois do almoço, depois da janta e o açúcar não baixava, aí eu comecei a me sentir muito cansada, né? Em função por que o açúcar estava alto demais né, e só no banheiro e só no banheiro e tomando água, água, então eu disse: não, não é assim também não, aí eu prefiro andar ter uma hipoglicemia e andar com um pacote de bala né, [risos] e comer uma bala que em questão de minutos ela sobre e eu já me sinto melhor do que tá assim, né? E aí mas não, infelizmente o teu organismo não correspondeu ao que a maioria dos pacientes corresponde ao uso só dessa insulina uma vez ao dia e tal, né, então ele disse assim: vamos voltar para antiga, né, aí eu voltei para a NPH e pronto normalizou de novo, aí só tive que adequar a dose né, diminui um pouquinho da NPH, controlei mais a rápida a quantidade que eu ia fazer né, mas aí pelo menos melhorou, né, agora melhorou...”* (41 anos, superior completo).

Flávia: *“Essa insulina Tresiba®... Que é basal a gente tinha na época a NPH (Insulina Humana Recombinante)... Não era a mesma coisa de jeito nenhum, porque ela te deixava ou lá me cima ou lá em baixo sabe, você acordar de madrugada com hipoglicemia quase morta ali... Era terrível...Depois dessa a gente foi para a Lantus® que já foi em relação à NPH a Glargina® né que é a Lantus® já deu up [gesticula com a mão para cima] assim no controle e depois da Glargina®, veio a Tresiba® que é melhor ainda, a Humalog® eu uso desde então porque tem similares à ela que é a Novorapid®, mas é a mesma coisa, não gosto de mexer em time que tá ganhando né”* (51 anos, pós-graduação).

Flávia: *“Bom a hipoglicemia ela é muito perigosa né, eu hoje não tenho hipoglicemias tão severas porque a insulina Tresiba® ela não te provoca tanto, mas a gente tem”* (51 anos, pós-graduação).

Sérgio: *“A única dificuldade que eu digo por que eu acho que isso faz parte do nosso organismo nosso intestino, porque são cinco, são cinco horários [olha para cima] mais insulinas... Ele prende um pouco o intestino da gente, né? Então isso que é um pouco prejudicial, né? Porque um Losartana, não sei o quê [risos], outro é o AAS para afinar o sangue é, enfim isso aí vai eles vão mexendo com o intestino da gente”* (71 anos, superior completo).

Sérgio: *“e faz tempo agora que eu não tenho hipoglicemia, né? Mas há uns 10 anos atrás quando eu usava aí a hipo, a insulina humana, a NPH, eu tinha muita hipoglicemia de madrugada, então a NPH traz uma série, ela é ela é boa, mas ela, ela traz um as hipo, as hipoglicemias de madrugada, então era terrível você acordar duas, três horas da manhã como uma glicemia 40, 50, né, então eu ficava às vezes meia hora acordado aqui comendo alguma coisa para... Depois que eu passei a usar as insulinas análogas né, a ação mais duradoura, então acabou essa parte de hipoglicemia”* (71 anos, superior completo).

Sara: *“eu chego em casa e faço a insulina e as vezes eu tenho até cuidar por que às vezes de madrugada eu acordo com hipoglicemia né”* (41 anos, superior completo).

Sara: *“Para mim não me afeta em nada a não ser essa questão quando eu tenho a hipoglicemia”* (41 anos, superior completo).

Célia: *“Assim, normalmente quando eu tenho crises hipoglicemias são muito fortes tá {imagem apaga novamente}, muito forte... Aí eu voltei no médico e ele diminuiu, porque eu tava com excesso de insulina das duas, por isso ele diminuiu, porque que eu lhe disse que atualmente eu tava tomando 30 e 10 a noite e 12 meio-dia, eu tomava 35, 15 a noite e 15 meio-dia, então de todas ele tirou...”* (44 anos, superior completo).

Geralda: *“antes eu não tinha muito controle porque eu usava daquela de boi e de porco [conta com os dedos enquanto fala] né, depois passei para a insulina humana NPH, já deu uma melhorada, mas tinha aqueles picos, que eu dava pertinho da hora do almoço, quando eu estava terminando de sair da sala de aula aí juntava a fome com o pico da insulina, entendeu? Era uma situação muito desagradável, sentia mal-estar, e eu tinha que me repreparar [gesticula com as mãos enquanto fala] internamente porque às 13 horas eu já voltaria ia para sala de aula, então assim era era um sufoco”* (53 anos, pós-graduação).

Ademais, uma participante suspendeu o uso do medicamento devido ao aparecimento da RAM:

Geralda: *“no início do diabetes, lá a médica de Salvador, passou o [olha para cima] qual foi... Glifage, não era Glifage, o nome hoje é glifage, era a própria Metformina, e tinha um nome eu acho... [olha para o lado pensando] não era glucagon não era outro nome... O primeiro nome da Glifage, você pode até pesquisar como farmacêutica... Aí todas as vezes que eu tomava essa danada, eu tinha muita diarreia, aí eu mesma parei depois eu fui e telefonei para ela, era telefone fixo e disse para ela que eu não iria tomar mais, e já medicou a insulina, essa medicação porque eu tinha muita diarreia era bom porque ajudava a perder peso, mas não não tinha controle de dessa diarreia, você não consegue viver bem, você dá logo fraqueza mal-estar, né, então eu suspendi”* (53 anos, pós-graduação).

Essa participante declara ter adesão ao tratamento por meio da realização do rodízio no uso da insulina motivada pelo medo de desenvolver a lipodistrofia, ou seja, a motivação para a prevenção de uma reação adversa foi um facilitador para a adesão ao tratamento:

Geralda: *“porque se observar meu corpo tem algumas manchas roxas, de vez em quando elas causam esses hematomas, mas eu faço tudo não tenho tido Lipodistrofia né, no meu corpo nesses anos todos, pelo rodízio que eu faço, então foram as primeiras coisas e palestras que eu assisti, era aqueles aqueles [gesticula com as mãos] aquelas imagens horrorosas com o uso da insulina, e aí eu procurei seguir para não ter esses problemas, entendeu? Graças a Deus minha pele é eu sei por quê /Organize/ fica com essas manchinhas roxas, que facilmente desaparecem, porque às vezes pega um vaso alguma coisa assim, mas é passageiramente depois de uma semana volta ao normal”* (53 anos, pós-graduação).

d) Complexidade da farmacoterapia

O uso da insulina requer uma de atividades que envolvem a alimentação, atividade física e o automonitoramento, dessa maneira, as falas dos entrevistados apresentaram barreiras no que tange ao uso da insulina e as demais atividades requeridas para o sucesso da farmacoterapia:

Flávia: *“Então são coisas que você tem que aprender a lidar né, igual eu te falei, você não é igual todo dia, tem dia que a insulina age, e às vezes, você esquece né de comer,*

ou você fica ali oito, nove horas sem comer e a insulina vai agindo, que é a hora da noite né e com a hipoglicemia noturna” (51 anos, pós-graduação).

Flávia: “uma coisa que você tem que fazer todo dia, toda hora, como outras coisas que a gente tem que fazer, só que eu tenho umas algumas coisinhas a mais (...) tá para sentar na mesa eu preciso fazer as minha continhas, tomar, as vezes eu demoro ali uns dois, três minutinhos, aí as pessoas já vão comendo, você come sozinha[sorriso]” (51 anos, pós-graduação).

Lídia: “É isso o que eu acabei de falar na verdade, então assim a insulina tá presente na minha vida todo o tempo. Então toda vez, principalmente que eu preciso comer, faz parte, quando eu preciso fazer alguma atividade diferente ela tá também junto, porque todo lugar que eu vou ela tá comigo.” (40 anos, pós-graduação).

Joana: “a rotina com a medição da glicose, com as aplicações de insulina, falar que é fácil tudo isso, não! Você tem que se organizar bem, você tem que ser bem regrada” (47 anos, superior completo).

Sara: “a insulina que as vezes eu brigo muito com ela, né, porque às vezes tá alta, as vezes tá baixa [gesticula com as mãos] e as vezes seu tomo a dosagem que o médico manda, aí parece que eu tô tomando água, né, que eu tô enchendo água, porque não faz efeito, daqui a pouco aí eu tomo, e daqui a pouco ela faz efeito e dá hipoglicemia, então é bem complicado isso aí né, mas... No mais é tranquilo, é bem tranquilo.” (41 anos, superior completo).

Ainda com relação à insulina, a complexidade da aplicação no que tange a seleção da dose também foi relatada como uma barreira para a adesão ao tratamento:

Célia: “que o meu grande inimigo em relação ao diabetes são as hipoglicemias... Eu sempre tive muita hipoglicemia né, e uma vez, essa última que eu tive eu tomei ela dobrada a do meio-dia (está se referindo a dose da insulina do meio-dia), e eu, oche, eu ia fazer, eu ia levar uma pessoa para viajar, aí eu disse assim: não vou tomar um banho, quando eu cheguei no banheiro, eu tava assim sem força... Sem força, eu não conseguia desligar o chuveiro, né, meu Deus eu estou tão sem força [gesticula com as mãos] aí eu fiquei recapitulando assim, eu perguntei para minha filha /?/ você viu se eu tomei insulina? Aí ela disse: tomou mamãe, naquela hora que a gente foi almoçar, só que eu tinha tomado dobrado, então eu tive uma hipoglicemia homérica mesmo daquelas que eu andei dirigindo, andei por várias ruas de Teresina e eu não lembro...” (44 anos, superior completo).

Helena: *“Aí até que o meu próprio nefrologista falou assim: “Vamo diminuir a Lantus”, certo?! Porque como eu não fazia ainda a contagem de carboidratos, eu tinha uma dose certa pra tomar da Novorapid, então eu tomava 3 unidades de manhã, 4 unidades horário de almoço e 4 no jantar, eu não tomava no café da tarde. Aí esse médico anterior ele falou assim pra mim, como a gente começou a ver que a minha pré jantar, a minha glicemia pré jantar ela estava dando um pouco mais que 150, né, então ele pegou e falou assim “Não, você vai começar a tomar no horário do café, duas unidades”, porque eu não fazia contagem, então não tinha como eu saber a dose exata pra eu tomar, né, aí eu comecei a usar duas unidades na hora do café da tarde, aí foi o que normalizou, certo?! Pra chegar no horário do jantar, antes do jantar, a minha glicemia tá 108, 98, 110, que era o bom pra mim conseguir e depois eu fazer o jantar, aí eu tomava 4 unidades, então juntava com 4 unidades, e com as mais 30 unidades de Lantus, era certo que eu ia ter uma hipoglicemia (...) certo?! Ainda mais que no caso, a minha prática de exercício físico era pela manhã, né, então chegava à tarde, à noite, eu tinha hipoglicemias, as minhas hipoglicemias eram severas (...) certo?! Aí foi que com muito custo, começou a diminuir a Lantus e eu cheguei a tomar, tipo, 23 unidades de Lantus e quando foi que eu comecei a tratar com esse médico que hoje me acompanha, e que a primeira coisa que ele fez foi diminuir a Lantus, ele fez o teste pra 18 unidades, aí depois ele passou pra 16, hoje eu tomo 14 unidades de Lantus” (54 anos, superior completo).*

A posologia do medicamento emergiu da fala dessa participante como uma barreira para a adesão:

Nicole: *“É igual o, como chama o lá, o Glifage sabe?! Ele assim, às vezes a dose não me faz sentir nada, mas tem dia que a dose parece que “aí que dose excessiva, sabe?!” (olha pra cima, revira os olhos, e expira forte). Então agora, eu tô conseguindo fazer e ir ao banheiro e fazer, vou usar o termo normal, fazer cocô todo dia, entendeu?! Porque teve um tempo que eu não tava funcionando meu intestino, né, aí doía sabe?! Aí eu falei assim “nossa, então agora tá funcionando”. [participante relatou utilizar a seguinte posologia do referido medicamento: 0/0/4]. (59 anos, superior completo).*

A complexidade de uso da bomba de insulina foi relatada por uma participante como uma barreira para a adesão:

Flávia: *“também olha já fiz duas vezes teste da bomba de usar de usar bomba não consigo me adaptar com essa bomba” (51 anos, superior completo).*

Os participantes apontaram a dificuldade no que tange o transporte da insulina e dos insumos necessários para a sua utilização, dessa maneira, uma barreira para a adesão:

Carina: “*eu tô usando a Tresiba e a Fiasp que foram assim uma revolução na minha vida, mesmo... Eu usava a seringa e tinha que levar o blíster para tudo quanto era lugar, no potinho fechado, e é assim, para a gente que carrega isso e quer ter uma vida de adolescente, jovem [gesticula com as mãos enquanto fala] e dormir na casa dos outros é sempre um tormento*” (32 anos, superior completo).

Flávia: “*Mas é café da manhã os medicamentos, a insulina basal, e a outra eu tenho que levar para onde eu for, não precisa mais ficar levando aparelhinho porque o celular já acompanha o chip, é assim, o mais chato é você carregar o seus medicamentos, por exemplo se eu vou pegar voo, se eu vou para fora, tem que levar termo médico, porque você está portando agulha, medicamento, eu não gosto que eles saiam de perto de mim, não gosto que passa no raio X, aí eles olham muita coisa, é o mais chato é isso*” (51 anos, pós-graduação).

Joana: “*Enche um pouquinho as paciências quando a gente tem que sair de casa, eu carrego a trouxinha com os apetrechos né, e não dá pra esquecer. Esqueci uma vez: fui fazer um curso fora, quando eu cheguei “cadê a minha insulina?”, não tinha esquecido em cima da mesa arrumadinho?!, aí tive que comprar outra né, ia passar três dias fora, mas tá bom (risos). Essa é a rotina assim, então vai passar um dia, ah vamos na capital um dia, tem alguma coisa pra fazer ou médico mesmo, tem que levar a trouxinha junto né, então isso aí eu não posso esquecer mesmo, então já ficou como uma bolsa a tiracolo*” (47 anos, pós-graduação).

Helena: “*pra todos os lugares que eu vou eu tenho que ir com a minha insulina e com o meu aparelho*” (54 anos, superior completo).

Nicole: “*Assim... o que é mais difícil assim é quando a gente sai, né, e viaja né, e tem que levar, manter como que fala?! Resfriada, né, e ahh, eu não tenho assim, sabe assim, lembrado quais as dificuldades que eu tenho, né, assim, eu prefiro tomar com a caneta do que com a como chama?! A seringa, né*” (59 anos, superior completo).

Nicole: “*Eu acredito assim que ela atrapalha, atrapalhava antes né, que eu tinha que tá sempre lembrando, aí meu Deus sabe?! Eu viajava bastante, né, e era muito complicado essa coisa de...de deixar e ter que ter cuidado com ela, levar isoporzinho, por gelo, sabe?! Então isso assim, atrapalhava, porque é como se fosse, sei lá, um bebê, alguma coisa que você tem que lembrar de levar fralda (risos).*” (59 anos, superior completo).

Nas falas dos entrevistados, foi possível observar a preferência pelo uso da caneta com relação comparado á seringa para a aplicação da insulina, portanto, a utilização da seringa foi interpretada como uma barreira para a adesão:

Carina: “*agora quando eu tinha que tomar a insulina com a seringa que tinha que levar todo um aparato de seringa, é o frasco da insulina para cima e para baixo e você ter aquela preocupação de ok eu não posso deixar isso aqui perder, ganhar calor, não posso deixar esquentar, eu não posso fazer isso, eu não posso fazer aquilo é, isso me tirava um pouco a independência porque eu ficava sempre ligada em uma geladeira onde eu estivesse eu precisava de uma geladeira, eu precisava deixar aquilo ali resfriado eu nunca pude dormir na casa de amigo, eu nunca pude fazer um monte de coisas, ok eu tenho que estar em casa [gesticula com as mãos] para tomar a minha insulina que está na minha geladeira, então antes quando não tinha essa tecnologia da caneta era uma vida muito mais limitada para quem tinha diabetes, mas agora especificamente não, o que acontece agora é mesmo... [faz feições de como quem está pensando] eu diria vai a... Talvez a falta de geladeira em todo lugar, porque hoje em dia eu levo a caneta eu posso passar um dia inteiro com a caneta na bolsa e está tudo ok, não é isso que vai fazer a insulina desnaturar é muito melhor hoje com a caneta eu penso, mas quando [gesticula com as mãos] quando tinha o frasco mesmo da insulina e a seringa era bem complicado” (32 anos, pós-graduação).*

Carina: “*Eu acho que, hoje em dia eu não tenho problemas porque eu uso insulina com caneta e...*” (32 anos, pós-graduação).

Célia: “*no começo assim, o que eu achava mais ruim era aquelas seringas que eu achei muito ruim mesmo, realmente foi uma das piores partes... Mas aí quando chegaram as abençoadas canetas que a agulha é bem curtinha, pronto!*” (44 anos, superior completo).

Geralda: “*mas aí quando surgiram as canetas, né? Ave Maria eu achei assim fantástico e quando eu puder ter realmente a bomba, eu acho assim, é a diferença entre a bomba e uma caneta é que aqui [mostra a caneta] eu tenho que ser disciplinada*” (53 anos, pós-graduação).

Geralda: “*então esse desafio de administrar insulina é também a maneira como você aplica né, com você faz, hoje com a caneta é muito prático, né? Pelo som eu fecho os olhos [gesticula como quem está com a caneta em mãos] pelo som eu vou contando a quantidade, né, já tem esse sistema, né, então aí antes com o frasco não [gesticula com as mãos como quem está puxando o êmbolo da seringa] você puxava para poder administrar, tirar o ar que era na seringa*” (52 anos, pós-graduação).

Marlene: *a insulina no início foi mais difícil, porque era com a seringa, com a seringa é um pouquinho mais complicado, porque nem toda a seringa vem com as unidades*

certinha para a gente contar, né? Agora que o governo passou a dar pra gente as canetas, né? Que já é bem precisa, aí se tornou bem mais fácil. (47 anos, superior completo)

Marlene: *“a gente tinha dificuldade quando tinha que usar uma outra, aí usava, usava uma seringa normal que a agulha enorme, que machuca, aí ficava roxo, ficava os hematomas, tudo, mas hoje em dia é bem mais prático com a caneta é bem, bem (tom enfático) melhor, bem menos dolorido.”* (47 anos, superior completo).

Joana: *“Naquela época, seringa era muito caro, agulha era muito grande (risos), então tudo era mais difícil. Hoje a tecnologia ajuda muito, a agulha bem fininha, bem curtinha”* (47 anos, pós-graduação).

Na fala dessa participante, basear-se nos sintomas para o cálculo da dose de insulina foi uma barreira para a adesão a esse medicamento:

Carina: *“com a aparelho eu tive mais dificuldade também por teimosia, eu ficava sem medir a glicemia e eu me baseava nos meus sintomas, se eu estou me sentindo bem eu não preciso, ou eu não preciso de insulina ou eu não preciso de tanta insulina, então eu ia, eu dava um tiro as cegas algumas vezes”* (32 anos, pós-graduação)

Das falas das participantes o medo da autoaplicação da insulina foi uma barreira percebida para a adesão:

Lídia: *“A questão da insulina, na verdade, foi complicada, porque eu tinha medo de agulha, então eu odiava aplicar. A minha mãe me ajudava no início quando eu tinha 18 anos e depois eu precisava ter independência e autonomia, e aí eu precisei entender que era importante eu ter essa autonomia e faz parte aplicar insulina e ter essa desenvoltura pra poder fazer qualquer atividade levando a insulina comigo, e podendo viver sem precisar depender de qualquer outra pessoa”* (40 anos, pós-graduação).

Nicole: *“assim é a insulina que toda hora se picando, entendeu?! É assim, eu me pico seis vezes por dia sabe?! Então assim, pra mim...controlar o meu emocional pra isso, entendeu?! É um pouco complicado, assim, tem dia que eu “ah, meu Deus, tem que tomar tudo isso mesmo?!”* (expressão de quem está de saco cheio); *é mais psicológico do que físico se você for – eu vejo assim que o diabetes afeta muito o psicológico, né.”* (59 anos, superior completo).

Lídia: *“Eu tô esperando vivamente que isso aconteça, tô esperando que a Novo Nordisk tá numa pesquisa sobre insulina oral e aí eu tô esperando e também que isso vingue, dê certo, porque realmente tirar as agulhas do meu corpo vai fazer toda a diferença pra eu viver melhor assim.”* (40 anos, pós-graduação).

Geralda: *“eu tinha muito medo de agulha, de todos esses procedimentos médicos, hoje se você me mandasse para eu fazer um curso de medicina eu acho que eu teria coragem, naquela não há 27 anos, mas você vai aprendendo né com esses, esses cuidados e aí eu passei eu mesma administrar minha insulina”* (53 anos, pós-graduação).

Na fala da participante emergiu a necessidade de ser independente como um facilitador para a autoaplicação da insulina e, conseqüentemente, a adesão ao medicamento:

Geralda: *“primeira coisa que eu percebi por usar insulina é que eu precisaria ser independente”* (53 anos, pós-graduação)

Dificuldade em utilizar a caneta:

Carina: *“Existem momentos por exemplo em que a agulha da minha caneta ela não libera insulina, às vezes eu pego uma agulha que não está legal e eu acho que estou aplicando insulina e quando eu vou ver a minha glicemia está subindo exponencialmente”* (32 anos, pós-graduação).

O automonitoramento da glicemia é uma rotina essencial para pessoas que utilizam a insulina, uma vez que permite verificar o controle da glicemia no dia a dia e conseqüentemente, o ajuste da alimentação, da atividade física e da dose de insulina de acordo com os valores glicêmicos. Dessa maneira, barreiras para realizar o automonitoramento da glicemia influenciam na adesão desse medicamento; nas falas dos participantes é possível observar o incômodo percebido sobre o automonitoramento como uma barreira para a adesão:

Joana: *“o mais difícil é ter que ficar medindo a glicose (risos). A insulina em si, a picadinha nem, é uma agulha muito fininha, pego o braço né, a barriga, são menos picadas durante o dia. Agora pra isso, eu tô medindo a glicose praticamente de oito a dez vezes por dia, então cê imagina pontinha dos dedos né, mas essa é a parte mais difícil”* (47 anos, pós-graduação).

Geralda: *“o que ele (o automonitoramento) me causa é porque realmente dói aí então eu uso na lateral [aponta onde faz o furo para a aferição da glicemia no dedo] aqui na lateral que foi ensinado né, para evitar não perder tanto as digitais, mas eu já perdi”* (53 anos, pós-graduação).

Joana: *“acho que a maior dificuldade é furar o dedo mesmo, ficar se furando (...) que não é legal (risos), não adianta eu falar pra você, eu faço, mas não adianta eu falar pra você que é legal, porque não é. Tem hora que eu penso “aí de novo isso?! De novo! Vamo lá” (risos), eu mesmo dou risada comigo e vamos, porque senão ficar pior ainda. O dia que*

você tá com raiva dói mais a furada do dedo, então é melhor estar de bom humor que tudo dói menos” (47 anos, pós-graduação)

Nicole: *“mas assim tem época que lembra que eu falei, aí eu furava não sei quantas vezes por dia, furava um dedo, aí dava os dez dedos, sabe, então assim, esse furar, ter que tirar já tô acostumada até já, sabe?! Mas é outra coisa que cansa, né” (59 anos, superior completo).*

Célia: *“No início assim, no início eu tive dificuldade na hora de colocar aquelas lancetas, tirava e não dava certo, dava aquele erro, aí eu: meu Deus do céu... Aí eu fui tentando de novo aí até que eu consegui, eu fui pegando o jeitinho e e deu certo eu não tive mais fico mais problemas com o uso dela né...” (44 anos, superior completo).*

3. Acesso ao medicamento

O acesso ao medicamento foi um fator interpretado por meio das falas dos participantes para a adesão ao medicamento; dentro dessa categoria foram encontradas três subcategorias: custo com o medicamento, acesso aos medicamentos pelo SUS e acesso ao serviço de dispensação de medicamentos. o custo do medicamento foi apresentado como uma barreira para a adesão:

b) Custo do medicamento:

O custo com o medicamento emergiu das falas dos pacientes como uma barreira para a adesão:

Joana: *“sobre a insulina, a única dificuldade que já tive foi que não vinha no SUS, você tinha que comprar. Quando deixei de usar a primeira que foi prescrita lá atrás, que era aquela mais em conta que passou pra glargina que é bem mais alto custo, que ainda não tinha a Basaglar que dá pra substituir, que é mais em conta, então era dificuldade, vamos dizer assim, financeira, mas nunca deixei de comprar. Eu deixava outra coisa, por exemplo, não vou comprar roupa, porque eu tinha que comprar o medicamento.” (47 anos, pós-graduação).*

Nicole: *“outra coisa que eu acho, muito caro, muito caro (risos), as fitas, sabe assim, então às vezes eu falo assim “gente do céu, eu trabalho pra pagar meus remédios, né” (59 anos, superior completo).*

Marlene: *“Há muito tempo atrás, quando meu filho mais novo tinha só três anos de vida, quando eu tive a cetoacidose diabética, fui hospitalizada, a gente tava passando por dificuldade financeira. E na época a gente comprava minha medicação, e assim eu me vi*

ao ponto de achar que eu era a culpada de tudo, entendeu? De tudo que tava acontecendo por conta de que tudo que entrava dentro de casa, era só para mim, só por conta do meu problema, aí um dia eu cheguei pro meu marido e disse que ia desistir, que não ia mais - tá que a gente teve que vender a casa que tinha, a gente teve que se desfazer das coisas pra fazer o meu tratamento. Isso na época me deixou muito revoltada, eu não queria que ele, ele tudo tudo que a gente conquistava, tinha que se desfazer por conta do meu problema. Aí eu parei de usar medicamento, não quis mais usar” (47 anos, superior completo).

Geralda: “eu usei durante 6 meses foi o Libre Style, né, o Libre ele é uma forma de automonitorização que evitaria essas dores nos meus dedos [mostra os dedos] por enquanto ainda tá muito caro para manter o uso de 14 dias por R\$ 250 mais o frete até aqui na minha cidade, então eu usei no período que eu fiquei para descobrir se eu tinha insuficiência adrenal, então usei durante 6 meses consecutivos, até mais um pouco, mas depois não tinha como o meu orçamento eu continuar usando diretamente” (53 anos, pós-graduação).

Marlene: “Hoje, eu lido muito bem com ela. Antigamente eu tive problema de querer rejeitar o tratamento, de querer não querer aceitar por conta do custo muito alto, né? Por conta da gente tá tendo que gastar tudo que tinha comigo, e na época eu me senti culpada, achava que a gente nunca ia ter nada, tudo por minha culpa. Hoje eu consigo lidar muito bem com isso, com ajuda da minha família, e hoje eu já não tenho mais esses medos, eu não tenho mais essa angústia, eu sou uma diabética já há muito tempo, graças a Deus eu nunca tive problema como eu tenho amigos que têm depressão, que precisa fazer acompanhamento com psicólogo. Eu graças a Deus eu consigo lidar muito bem” (47 anos, superior completo).⁷

Marlene: “até que um dia, o meu filho com 3 anos, ele é uma criança que amadureceu muito, ele simplesmente chegou para mim e disse "mãe, a gente vai se desfazer de tudo, porque a gente te ama e te quer aqui", aí desde esse dia eu prometi a ele nunca mais eu desistiria, que eu não ia me sentir culpada, né, meu marido sempre me diz muito que foi não foi uma escolha minha, não foi uma escolha, não foi porquê eu quis, foi uma coisa que eu já vim com esse problema, então eu não tenho culpa. Mas teve uma época sim que a gente tava muito complicado pra gente meu marido quase desemprego, fazendo bico e eu sem trabalhar, aí eu quis desistir, mas foi o por pouco tempo. Depois do choque que meu filho me deu aí eu mudei meu pensamento, nunca mais parei de fazer o tratamento, hoje para mim é uma rotina.” (47 anos, superior completo).

Nicole: “O Jardiance eu te falei o porquê que eu parei, né, era porque ele é muito caro, nossa, 200 reais o negócio lá, por mês, só ele. Ai eu falei assim “não, vou tentar parar, né?!” (59 anos, superior completo).

Flávia: “dificuldade é o preço que tá o remédio [sorriso]... Então esses, o da hipertensão eles são baratinhos, você pode comprar o... O genérico também, ou não também, não são medicamentos caros; olha a diabetes é uma coisa cara né, tudo é caro, o chip aqui [aponta o braço com o dispositivo] é R\$500,00 por mês [breve sorriso e coça a boca], a insulina vai dar... [olha para cima e pensa] uns R\$500,00 reais por mês também [sorriso], mas a tira, a tira agora eu não tô usando muito, o Jardiance® com o desconto era R\$170,00 agora aumentou R\$190,00 [sorriso] é muito caro né, mas ainda a gente deu, além de ser caro e os insumos, as agulhas, é R\$100,00 uma caixa de agulha, e eu gasto quatro, cinco agulhas por dia [sorriso] (...) é o maior que o pessoal mais reclama é o preço né” (51 anos, pós-graduação).

Marlene: “Para mim é o custo do tratamento da doença. Questão de alimentação, medicamento, pra mim nunca foi o problema, o meu problema é só mesmo o custo, pra mim é muito alto, é muito alto assim, porque a alimentação é diferenciada, um adoçante que é o que o médico quer indicar, que é o melhor, nem sempre eu posso comprar, porque é muito caro, é tudo mais caro pra gente que é diabético. Então o meu problema maior é a questão de seguir o tratamento por conta do custo, do lado financeiro” (47 anos, superior completo).

Geralda: “então o que que a gente pode dizer o gasto que eu tenho, o custo que eu tenho com diabetes mesmo recebendo as fitas pelo governo [mostra a bolsa de insulina] agora aliás as insulinas pelo governo, então o meu custo aqui caiu de R\$ 655,00 por mês, esse é um custo que caiu, mas por sua vez, eu tenho um custo mensal alto eu tenho tudo guardado de das Farmácias com as notas, é, muito alto de medicamentos, entendeu?” (53 anos, pós-graduação).

Célia: “então a gente ganhou, até por uma questão de [Célia entra em um carro e permanece falando e andando ao mesmo tempo] experiência com aquela insulina inalável né a [faz uma feição como quem está se lembrando do nome] Fresa, Fresa (Afrezza), nós tomamos, eu tomei durante três meses quando ele me deu, mas eu disse para ele: eu disse olha eu só vou tomar essas daí porque você me deu, mas não passe para mim porque elas são muito caras, porque ele disse que são muito caras, então não passe para mim não...” (44 anos, superior completo).

Flávia: *“Dificuldade no bolso, mas se for o caso a gente abre mão de outras coisas para ter isso né [risos] mas graças a Deus nunca precisei.”* (51 anos, pós-graduação).

Marlene: *“Aí a gente, na época, teve dificuldade assim, porque é um tratamento muito caro ainda, né? A gente não tem um poder aquisitivo muito bom, então a gente começou a ter dificuldade”* (47 anos, superior completo).

Joana: *“Aí então, isso era muito caro pra mim na época, o aparelho, as tiras teste, então meio que você ficava assim ou você compra insulina ou você compra a fita pra medir. Ah, mas então o remédio é mais importante, então você vai usar o remédio, isso foi muito difícil. Mas depois com o tempo, outras empresas foram fazendo aparelhos que são muito bons e aí foi tendo concorrência no mercado, abaixou o preço do aparelho, abaixou o preço das tiras teste, e hoje o SUS fornece isso pro diabético tipo 1 né, então é bem fácil isso. Comecei a usar há uns três anos o sensor Libre (...) mas ele é muito caro né, 200 reais o sensor e pra 14 dias, então eu optei mesmo por tá furando o meu dedo as oito vezes, mesmo que é difícil”* (47 anos, pós-graduação).

Marlene: *“Mas no início foi mais complicado por isso, e assim hoje em dia tem várias insulinas, na época que eu comecei a usar, há mais de 20 anos atrás, era mais difícil encontrar aqui em Teresina era muito cara; hoje, a gente já tem uma facilidade quando falta na farmácia de medicamentos especiais do governo, a gente consegue até comprar no particular e consegue fazer uma pesquisa de preço, porque hoje tem uma variedade de preço bem maior”* (47 anos, pós-graduação).

c) Acesso aos medicamentos via SUS

Os participantes também apresentaram nas falas o acesso ao medicamento via SUS como um facilitador para a adesão ao medicamento:

Joana: *“faz uns dois anos que a insulina tem vindo direto no SUS, não tem faltado, então tem que renovar o processo a cada três meses, foi difícil agora na pandemia, por conta, ah, o diabético tem que se cuidar em relação ao vírus, então evitar saídas, mas aqui no Mato Grosso eles não autorizaram o processo automaticamente, renovação do processo, então teve que ir pra médico, teve que ir pra laboratório, faz exame, mas fui fiz com todos os cuidados e até a semana passada fui novamente fazer a renovação de todos os exames pra levar pra Farmácia de alto custo, então isso aí é um pouquinho chato, mas é necessário”* (47 anos, pós-graduação).

Joana: *“o SUS fornece todo esse material, então, bem tranquilo.”* (47 anos, pós-graduação).

Geralda: *“insulina Aspart [mostra a insulina] que é, está até acabando, mas eu já tenho outro aqui na bolsinha que eu pelo governo, né do sistema do governo” (53 anos, pós-graduação).*

Joana: *“a gente tem que fazer a nossa parte, tem que correr atrás. “Ah, mas você tem que fazer o exame de três em três meses?!”. Tenho, não só pela medicação, isso é uma exigência deles e eles não te fornecem se você não tiver mesmo, mas tem o seu bem-estar também né, pra saber como que tá, pra saber se precisa dosar essa insulina. (47 anos, pós-graduação).*

Geralda: *“hoje a gente recebe do governo estadual que com a lei Tripartite, a gente recebe tanto seringas, as canetas como a gente recebe também as agulha, agulha [mostra as agulhas da caneta de insulina] então as agulhas hoje aqui no meu Município são de 4mm, eu comecei a usar de 12 mm, doía muito então, então hoje eu já estou com quatro, baixou bastante né, de 12 eu fui para 8, de 8 eu usei 5, até em casa ainda tem 5, mas aí essa semana passada, eu até parabeneizei lá, e eles fizeram, o eles fizeram como se diz, a cotação e veio essa daqui só [mostra a agulha de 4 mm].” (53 anos, pós-graduação).*

d) Acesso ao serviço de dispensação do medicamento

Ainda com relação ao acesso ao medicamento, uma outra barreira encontrada por meio das falas dos participantes foi o acesso ao serviço de dispensação do medicamento: Marlene: *“E hoje, assim eu recebo pelo governo, e eu recebo as canetas, não é mais a ampola sozinha com a seringa. E aqui, assim, na época que eu comecei a usar as seringas, a seringa da BD que era melhor, ela faltava muito aqui em Teresina, porque a diabete não era uma doença ainda que as pessoas se preocupavam tanto, então aqui a gente tinha dificuldade de achar as agulhas, as seringas da BD, que na época eram as melhores” (47 anos, superior completo).*

Joana: *“no começo foi difícil achar a insulina prescrita, porque a cidade era pequena, não tinha, no SUS ainda não tinha a cobertura da insulina, era particular, demorou uns quinze dias pra eu conseguir que as farmácias conseguissem pegar. Então, hoje não, a gente pede e daqui 24h já tá na mão, mas aquela época foi mais difícil” (47 anos, pós-graduação).*

Célia: *“foi suspenso o Thiortacid até porque, não sei né, período também de pandemia, tá em falta aqui em Teresina nas farmácias... Aí quando eu fui no médico que eu comuniquei para ele que não estava tomando porque eu não tava conseguindo achar nas grandes redes aqui, porque assim, nas pequenas eu nem procuro... Só vou direto nas*

grandes redes e eu não achei que foi o Thiortacid de 600, aí ele disse assim: não mas você não tá tomando o Dorene, eu disse: todo dia, ele disse então pronto você permanece só com esse porque ele não foi deixado de fabricar mas não há necessidade agora, então não permaneça só com o Dorene” (44 anos, superior completo).

4. Redes de apoio para a utilização do medicamento

Das falas dos participantes, emergiram as redes de apoio para a utilização do medicamento como facilitador para a adesão ao medicamento, em dois âmbitos: importância da participação em associação de pessoas com diabetes e apoio social para o uso do medicamento.

a) Importância da participação em associação de pessoas com diabetes

Para essas pacientes, a participação em associações de pessoas com diabetes é um facilitador para a adesão:

Marlene: “aí na época eu trabalhava numa faculdade e comecei a pesquisar na internet, nos livros, como que eu poderia, se eu poderia conseguir a medicação já que era tão cara, pelo governo, tudo, aí foi que eu descobri, aí comecei a ir atrás, e foi quando eu conheci a atual presidente hoje da associação que não existia ainda, aí a gente montou um grupo, e a gente montou a associação e tudo; eu entrei, eu tive que entrar na justiça na época, porque eu tava correndo risco de perder meu filho por conta de não conseguir controlar tudo, e aqui eles não cumpriam a lei. Aí na época eu entrei na justiça, aí por sorte eu saí da faculdade que eu tava, fui para o escritório de advocacia, então foi bem mais fácil, eu consegui. Aí depois disso, assim hoje a gente briga, porque não sei aí onde vocês, mas aqui o governo falha muito com a gente, mas como a gente tem a Associação hoje, aí um ajuda o outro. Esse mês mesmo eu não consegui a insulina de efeito rápido, aí uma pessoa da associação já me emprestou as canetas, me doou as canetas que eu preciso. Aí hoje a gente tem essa questão, tem esse apoio, né” (47 anos, superior completo).

Geralda: “com diabetes, eu entrei numa Associação aqui no qual hoje eu sou a Presidente da Associação dos Diabéticos de São Francisco que chama ADIF, A de associação, DI de diabetes, São Francisco e pega Petrolina/ Pernambuco, Juazeiro/ Bahia, e a gente faz esse trabalho, então como o tempo, desde aquela época, eu gostava sempre de ler, fui lendo sobre o que era o Diabetes, eu comecei usando insulina de porco, insulina de boi e hoje eu já estou usando insulina Lantus e as análogas rápidas que é no caso a Aspart; então com esse trabalho da associação, eu acabei descobrindo que era bom ser útil tanto

para mim como para outras pessoas; então aprendi muito sobre diabetes decorrer do tempo. Acho que hoje não tenho medo de conversar com médico nenhum, de saber como é o meu tratamento, de questionar, de adequar as práticas” (53 anos, pós-graduação).

Uma participante apresentou a necessidade de “conversar com pessoas que têm diabetes”: Nicole: *“eu falei assim nossa, eu gostaria de entender, por que que eu percebo né?! Uma solidão, né, essa doença, pelo menos, eu não tenho contato com quem tem diabetes, né, e parece que assim... por mais que tenha pessoas que falem sobre, né, eu me sinto sozinha, né, é uma guerra interna, né, pela vida até né, e ...tem hora que eu falo assim nossa é difícil as pessoas entenderem mesmo...essa doença, né?! Sei lá, se solidariza de alguma forma, lógico que aqui em casa todo mundo, eles sabem, eles são bem conscientes, né, e me ajudam muito também, mas num é muito fácil. Tem vezes que assim, tem semanas que eu durmo direto e reto, tipo 24, 30 horas direto, sabe?! Não saio da cama, não tenho vontade de sair, não tenho vontade de sabe?!”* (59 anos, superior completo).

b) Apoio social para utilizar o medicamento

O apoio para a utilização do medicamento foi relatado como um incentivo importante para a adesão ao tratamento, tanto o apoio de familiares como de amigos e associações de pessoas com diabetes.

Geralda: *“antes meu filho brigava muito, ele também tem diabetes e usa insulina, que ele dizia: manhinha olha você esqueceu de tomar a sua insulina, você esqueceu, sabe, então ele tava sempre oh: tá alta agora porque a senhora não deve ter tomado a sua correção, não deve ter feito, entendeu? Mas de tanto ele reclamar e ficar me chamando atenção, eu acabei ficando mais é, me policiando mais, entendeu? Graças a Deus, eu acho que já foi outro passo bom foi eu ter me disciplinado a usar com frequência essa danada”* (53 anos, pós-graduação).

Geralda: *“minha irmã estava me acompanhando lá em Salvador ela sempre me acompanha quando eu tenho problema {a internet falha, mas conseguimos registrar a fala de Geralda}, é minha irmã Caçula: Cláudia, ela é que aplicava insulina em mim, eu tinha muito medo de agulha, de todos esses procedimentos médicos”* (53 anos, pós-graduação).

Lídia: *“No início era mais quando eu morava com eles, eles estavam mais presentes, no início minha mãe tava muito mais presente, aplicava insulina e tal. A partir do momento que você ganha autonomia, aí você vê em fazer as coisas sozinhas. Então assim, eu acho que depois de um ano da terapêutica eu ganhei autonomia e tava lidando sozinha com a*

aplicação, com a contagem de carboidrato e levando pro médico, voltava, então eles foram primordiais no início e deram sempre apoio. “ (40 anos, pós-graduação).

Geralda: “quando essa endocrinologista lá de Salvador que eu fui hospitalizada, fiquei quase um mês até descobrir que tava com essa suficiência adrenal, é que uma coisa bem rara né essa síndrome poli glandular, ela então prescreveu essa questão da bomba, e eu entrei no teste drive e usei, só que ela queria que eu fosse cinco vezes no mês à Salvador e eu trabalhava na época como professora, carga horária grande, entendeu? E eu tinha que acordar no mínimo uma hora antes para poder me preparar para sair, porque tinha os intervalos eu precisava sair alimentada, por que eu dirigiria 25 km até chegar à escola, e eu teria que chegar lá e bater o ponto até 8 horas em ponto, se eu passei já de 8:05, já seria 5 minutos de atraso, então era bem estressante, veja que o nível de estresse era maior, agora não, agora eu tô aposentada, começando essa nova fase com a vida toda bagunçada com relação a ter uma situação de pandemia, mas pelo menos disso aí eu estou tranquila, eu não vou para a sala de aula, nem no trabalho remoto como você está fazendo comigo aqui agora né. Foi, foi, é ótimo né [breve sorriso].” (53 anos, pós-graduação).

Joana: “Quanto à alimentação, eles aderiram e é isso, ajudam muito mesmo nessa parte, tem a paciência sabe, “ah agora é hora da mãe medir, a mãe, ah então a mãe tá ocupada com isso”, também vou medir um pouco antes de terminar o almoço, sempre dou um grito pra alguém “oh, olha a panela aí que eu tenho que fazer as minhas coisas” (risos). Mas sempre pra levar pra médico, pra ir pra fora, sempre o meu marido, sempre esteve junto, ajudando (...) pra que tivesse o atendimento necessário do que é preciso fazer pra melhorar (...) agora na pandemia mesmo, vão buscar a insulina, vão não, é o meu esposo que vai na farmácia, só vou quando tenho que levar o exame, coisa assim ou que eu tenha mesmo alguma dúvida que eu não consegui resolver por telefone, mas tão sempre junto, ajudando nessa parte assim que tu precisa, tenho o apoio deles, graças a Deus.” (47 anos, pós-graduação).

Sara: “aí ele (médico) explicava tudo para os meus pais, né, porque eu também, eu não tinha confiança de fazer insulina, eu tinha medo de fazer apesar de ser subcutânea, e depois com tempo eu fui né, eu tinha uma enfermeira que morava do lado da minha casa, ela ia lá para mim para mim aplicar insulina porque eu não tenho coragem, ela dizia: guria tu já tá grande, tem que aprender, eu vou te explicar como é que faz não sei que e tal, aí ela me explicou e eu fui tal começando a fazer em mim mesmo, né, fui aprendendo...” (41 anos, superior completo).

Joana: *“Meu esposo fez no começo, um ano ele que aplicou a insulina em mim que eu não conseguia me aplicar, mas depois comecei e daí sempre; às vezes, ele faz, eu testo ele fazer atrás do braço, pra descansar as outras partes do corpo um pouquinho, não porquê eu não goste de fazer hoje né, mas pela necessidade do rodízio, do corpo, pra não ficar no mesmo local”* (47 anos, pós-graduação).

Joana: *“Quando eu tava sem poder andar, que foi um período mais difícil, meu esposo e minha filha me ajudaram muito, então com a medicação me levavam no quarto, tudo, mas nunca fiquei, nunca tive dificuldade e fiquei sem usar não.”* (47 anos, pós-graduação).

Carina: *“Claro eles me acompanham nas consultas, hoje eles me acompanham nas consultas é... O que mais... Claro, acompanham para ver se eu estou tomando os remédios com regularidade, porque apesar de não ser uma coisa necessária é bom você sentir que tem alguém te olhando... Porque se deixar, quando eu morava sozinha era, era outra situação.”* (32 anos, pós-graduação).

Helena: *“Então, na época como eu era uma criança, na minha cabeça passava que eu ia tomar insulina durante um mês, dois meses, que depois eu ia tá curado, e não ia ter mais. Só que o tempo foi passando, né, e eu fui vendo que isso não acontecia (...) certo? ^{SEP} Aí foi a época que eu comecei a ter acesso a livros, que eu ganhei livros, e tipo assim, o meu cunhado como era da área da saúde tava sempre conversando, sempre falando”* (54 anos, superior completo).

Carina: *“o começo foi mais tranquilo eu tinha sete anos e meus pais eles eram muito... Deixa eu ver como é que eu vou falar... Eles sempre me deram muito apoio, então eles sempre me falaram que eu não era diferente de nenhuma criança que apesar daquela condição ser diferente das, dos meus amigos eu, eu não tinha nada de diferente né, eu tinha que tomar um remédio como quem toma uma aspirina todo dia, e... A medida do que eles conseguiam também porque foi uma educação para eles, eles me deram todas as possibilidades do mundo né”* (32 anos, pós-graduação).

Nicole: *“eu tenho picos, tá?! Picos e vales, então na época que eu tô no vale ali, nos dias que eu tô no vale, eu não quero tomar, aí eu me obrigo, aí o José me obriga, olha tá ali e tal, aí eu percebo assim, porque eu falo assim, olha eu tô deitada, deixa aqui do lado, ele deixa os comprimidos, a água”* (59 anos, pós-graduação).

Marlene: *“A’ quando o meu marido tá trabalhando, os meninos dormem comigo na minha cama, fica os dois um do lado do outro me vigiando (risos), aí quando o pai deles chega, eles vão pro quarto deles. Aí agora por conta da pandemia, aqui pra gente os bares tão*

todos fechados, meu marido tá sem trabalho, aí tá mais tranquilo nesse ponto, né? Que ele tá em casa direto quando eu tô no trabalho, quando eu chego, ele tá direto, e ele assim, ele entende da minha diabete é incrível, ele até em falar comigo ele sabe que a minha glicose tá baixa, só pelo meu tom de voz, ele já diz "amor mede tua glicose, sua glicose tá abaixando", ele pega em mim, os meninos /?/ "mãe, vamos ver a glicose", eles já me conhecem. Então para mim é bem mais tranquilo, porque assim, eu tenho eles todo tempo com aquela preocupação de "Mãe, oh, tu tá demorando, tu esqueceu que tu tem que comer, tu esqueceu que tu tem que medir", /?/, eles são bem bem conscientes de tudo e me ajudam muito." (47 anos, superior completo).

Marlene: "hoje eu trabalho numa boa, não me ausento tanto do trabalho, eu trabalho numa empresa que aceita o meu problema minha condição, eles são muito prestativos assim. A empresa mudou todo a dinâmica de horário de reunião, tudo por conta do meu problema, que eu sou a única pessoa na empresa que é diabética. Ele (provavelmente o seu chefe) perguntou para mim o que que eu precisaria, eu não como quentinha como todo mundo na empresa, eu levo todo dia a minha comida. Aí ele botou micro-ondas, ele adaptou todo o escritório, para que eu não tivesse problema." (47 anos, superior completo).

Marlene: "meus meninos sabem como é todo meu tratamento, aqui em casa, todo mundo sabe, se eu precisar de insulina, não tiver condição, eles sabem, todos os três sabem o que fazer, então a gente, esse ponto a gente não teve problema." (47 anos, superior completo).

Nicole: "há um tempo atrás aí nós fizemos, porque assim, eu tenho dois filhos e o meu marido, né, então eles assim ficam o tempo todo me observando, o tempo todo aquela coisa, né, e aí ele decidiu que, o meu marido ele me dá todos os remédios, de manhã, na hora do almoço e no jantar (risos), entendeu?! Aí ele leva até na cama, aí os remédios ele leva água e tudo, né, e foi assim que a gente conseguiu que eu realmente tomasse corretamente os remédios" (59 anos, superior completo).

Marlene: "Aí isso tudo aí me incentiva, né? Porque aí você fica, poxa, tá todo mundo te apoiando, tá todo mundo me ajudando, então eu tenho que me ajudar também e com a força deles para mim é bem mais fácil. E os filhos e meu marido, eles vestem a camisa mesmo do diabetes, porque eles vão pra Associação, eles participam de tudo, eles estão sempre comigo, sempre me apoiam, então eu tive essa sorte de ter muita gente do meu lado." (47 anos, superior completo).

Nicole: *“eu tomo, ée...10 unidades da humana, de manhã, 10 na hora do almoço, 10 antes de dormir, e eu tomo a Regular...ahh...(fecha os olhos e fica em silêncio tentando lembrar) 10 ou 15, gente?! É porque sabe é o meu marido que dá (risos)”* (59 anos, superior completo).

Denise: *“Olha, a gente não compra nada aqui em casa, minha casa não tem nada de doce, não tem nada de, de, então assim, não se faz como fala?!...sobremesa, na minha casa não tem sobremesa nunca, né?! O máximo – até fruta pra mim, né, então assim, eles ajudam nisso, né...E eu penso assim, aí eu não sei como que eles poderiam me ajudar mais, eles já me dão remédio, me lembram toda hora, “olha quatro horas cê tem pilates, olha não sei o que”, eu acho até em excesso aqui em casa, sabe assim?! Mas assim é mais na comida mesmo, né, eu tenho que fazer o arroz normal pra eles, e aí o integral separado e tal...então assim...eles não me dão nada que, igual agora na Páscoa, o Flávio perguntou “mãe você vai querer ovo de Páscoa? ”, eu falei assim “não, eu não quero nem o diet, eu não quero chocolate”; então eles sempre perguntam, tipo assim, é sempre alguma coisa especial. No meu aniversário, tem um bolo zero açúcar, sabe, então eles já se movimentam, tipo sempre tem refrigerante zero quando tem alguma coisa, né, então assim, eles lembram, sabe, aqui dentro de casa no meu núcleo familiar mesmo, sabe, todo mundo lembra que eu não tomo, igual assim, antes fazia café e eu não tomava café, porque o café já era adoçado, né, aí o José, porque é o José que faz café (risos), ele começou a fazer café sem açúcar né, quem quiser que ponha açúcar, porque eu tomo sem nada, né, nem adoçante eu não gosto, então, eles ajudam muito eu acredito, sabe?! Agora eu não sei mais o que que eles poderiam fazer, né.”* (59 anos, superior completo).

5. Fatores peculiares à situação e vida da pessoa

Das falas dos participantes, emergiram fatores ligados á situações peculiares as quais os participantes estavam passando e que influenciaram na adesão ao medicamento, tais situações foram divididas em três subcategorias: gravidez e autocuidado, necessidade de cuidar de um familiar e idade mais jovem.

a. Gravidez e autocuidado

A situação e gravidez na participante motivou o autocuidado com a consequente adesão ao tratamento.

Nicole: *“É, assim, a minha experiência...em primeiro lugar, no começo, é de negação, né, na gravidez eu fui muito correta, né, tanto é que eu era gorda na época mais gorda do que eu sou hoje, e eu não engordei um quilo, o que eu engordava, tipo assim, o que o*

meu filho engordava, eu emagrecia, né, então assim ficou ali, mas depois teve muitas épocas, ahh, tô nem aí sabe, vou comer mesmo, então fazia assim...eu media direto e reto, sabe?! Tem época que eu fico histérica, aí eu meço cinco, seis vezes por dia, aí tem época que eu não quero medir mais entendeu?!entrevistadas motivaram a adesão ao tratamento” (59 anos, superior completo).

Ainda com relação á gravidez, para essa participante foi uma barreira para a adesão pois houve a necessidade de troca dos medicamentos que utilizava durante a gravidez:

Sara: *“eu troquei, eu tive que trocar toda a minha medicação no caso da, da hipertensão né, quando eu fiquei grávida... Aí eu tive que trocar eu tomava outros medicamentos, né, aí eu tive que trocar tudo” (41 anos, superior completo).*

b. Necessidade de cuidar de um familiar

A necessidade de cuidar de um familiar foi apontada por uma participante como uma barreira para a adesão naquele momento de sua vida.

Célia: *“Teve uma vez que eu me esqueci e eu passei, comecei a beber água, a beber tanta água, aí foi que eu fiquei recapitulando assim [gesticula as mãos] assim as horas do dia e eu vi que eu não tinha tomado tá? Aí eita Jesus, esqueci de tomar... Porque eu tratava da minha mãe que ela tinha Alzheimer, essa semana faz um mês que ela faleceu... Então /?/ muito em função dela né, que as vezes eu terminava esquecendo...” (44 anos, superior completo).*

c. Idade mais jovem

Uma participante apontou a idade mais jovem como uma barreira para a adesão.

Carina: *“O motivo é inconstância, é quando você é jovem você acha que você nunca vai morrer e nada vai te atingir”;* *“agora quando eu tive que assumir o controle do meu tratamento lá pelos 18, 20 anos né eu, eu era irresponsável, então eu comecei a ter os lapsos de irresponsabilidade, deixar de tomar a insulina”;* *“É principalmente na adolescência e na, no começo da vida adulta houve momento de rebeldia” (32 anos, pós-graduação).*

6. Conhecimentos e habilidades para utilizar o medicamento

Os participantes apresentaram fatores que influenciaram na adesão os quais estão relacionados a conhecimentos e habilidades para utilizar o medicamento, dividiu-se nas seguintes subcategorias: conhecimento sobre a farmacoterapia, habilidade de ajuste de

dose da insulina com base na rotina, dificuldade de aprender a contagem de carboidratos, orientação sobre a farmacoterapia e importância da equipe multiprofissional.

a. Conhecimento sobre a farmacoterapia

O conhecimento sobre a farmacoterapia, desde como utilizar o medicamento até a significação no campo cognitivo da pessoa por meio da apresentação das indicações as quais aquele medicamento lhe foi prescrito, portanto, deve ser utilizado, emergiu das falas dos participantes como um fator que facilita a adesão.

Joana: *“O bom controle né, medindo eu sei se eu posso comer ou não, se eu tenho que tomar insulina ou não, se eu posso ficar mais uma hora de boa, né (sorri), sem passar mal”*; *“eu tenho um amigo que fala “Quando eu saio eu não levo nada, só levo a insulina” (levanta os ombros expressando fazer o quê?!). Então assim, como?! Se a gente fica um dia que ela já desregula, até voltar ao normal, não é com um dia, com uma dose de insulina, porque baixa, mas depois tudo aquilo que você comeu tem aqueles efeitos tardios no teu organismo, se você ficou sem dormir direito, tem o efeito tardio, né. Então até ela equilibrar de novo vai uns diazinhos ali pra você voltar, então não dá pra levar, não dá pra sair disso”* (47 anos, pós-graduação).

Helena: *“eu já levanto de manhã no caso, eu já lavo as minhas mãos e já faço uma glicemia e já saio do meu quarto já com a contagem de carboidratos feita e com a insulina já tomada, porque geralmente a a ultrarrápida que eu tomo, você tem que tomar ela 10 minutos antes de você alimentar.”* (54 anos, superior completo).

Nicole: *“E eu vejo assim que, igual, vamos supor, eu sei que bebida alcoólica sobe muito, então, desde que eu tô tomando insulina, tal, eu nunca mais eu tomei bebida alcoólica...Então tem coisas que eu sei que faz muito mal pra mim, e realmente eu aboli, né”* (59 anos, superior completo).

Sara: *“eu não usava diurético né aí comecei a usar né agora, em questão, por causa que também fico muito tempo em pé e coisa aí incha muitos os pés né aquela coisa, então ele disse assim: então vamos entrar com o diurético aí para te ajudar né, então...”* (41 anos, superior completo).

Geralda: *“e aí é o que eu falo muito para o pessoal da associação: vocês estão fazendo a correção, né? Que às vezes a pessoa deixa chegar a 400 e as complicações são severas”* (53 anos, superior completo).

Helena: “*eu faço uso de Losartana, que é pra prevenção renal, tanto é que a quantidade que eu tomo é 0,25 mg pra uma, pra controlar uma pressão*” (54 anos, superior completo).

Sara: “*dos medicamentos da pressão os que eu uso estou usando Olmesartana de 40 e uso 2 vezes ao dia, uso de manhã e à noite, uso o diurético que o é o Diupress que é a Clortalidoda mais Amilorida acho que é, eu não lembro bem agora o princípio ativo eu não lembro... Eu uso o Diupress e eu uso a Sinvastatina de 20mg também que o cardiologista pediu porque uma vez meu colesterol tinha dado um pouquinho acima mas depois normalizou, mas como eu tô muito acima do meu peso, né? E eu não cuido muito da alimentação né, então o médico disse: vamos manter pelo menos para não né, só por uma questão de segurança*” (41 anos, superior completo).

Nicole: “*É a importância realmente é essa de monitorar o quanto que é remédio que faz com que a glicemia fica baixa e o quanto é do que eu como, né. Então assim, eu já fiz testes muito, com todas as frutas, já tirei fruta, coloquei fruta, já salada, tirei todo o carboidrato, então eu fiz assim muitos testes, e o importante realmente é você não deixar a taxa subir, entendeu?! Pra afetar o tanto que tá me afetando agora, igual visão tá, né, então assim é importantíssimo medir você mesmo se monitorar, porque não dá pra ficar indo direto num laboratório fazer exame de sangue, então é essencial a gente acompanhar como é que tá a nossa taxa de glicose, né...pra mim é essencial.*” (59 anos, superior completo).

Geralda: “*levo a Lantus e ela é a insulina basal eu tomo de manhã e à noite que ela só dá 16 horas*” (53 anos, pós-graduação).

Sérgio: “*para a diabetes eu uso a insulina basal a Tresiba né, e, de ação rápida né que é a Novorapid, que eu uso cinco Unidades antes das refeições*” (71 anos, superior completo).

Sara: “*Eu acho importante para controlar né, Porque como eu já te disse, eu não cuido muito de alimentação, aí tem criança em casa, então aí às vezes quer comer um bolo, quer comer um doce, né, então eu controlo né, e até para saber o quanto de fazer de insulina, se eu posso comer, se eu posso tomar uma cervejinha no fim de semana, então tudo né*”; “*Eu uso dois tipos de insulina né eu uso a NPH e aí eu uso de manhã e à noite e uso uma de ação rápida também, né, que é a Aspart a Novorapid no caso, aí essa eu uso só após as refeições e dependendo como está o açúcar então geralmente de amanhã*” “*se eu fizesse uma alimentação exatamente como tem que ser né, eu talvez não estaria tomando todos esses remédios, a insulina sim, eu estaria tomando porque fiz vários*

exames meu pâncreas está ali de bonito não funciona, não produz mais nada...” (41 anos, superior completo).

Geralda: *“o primeiro remédio que eu tomo ao acordar é o a hidrocortisona, ela é uma medicação à base de corticoide que é feito na farmácia aí da USP de Campinas; então a minha médica sugeriu que eu não comprasse Prednisona nada dessas corticoides mais fortes de farmácia e comprasse lá a hidrocortisona, vem pelos Correios, eu compro 300 comprimidos, vou tomando em jejum, ele é o que ele é o da adrenal, passado mais um tempo eu tomo o Puran que é o da tireoide, eu tomo uma dosagem já alta que é 200 mg por Decilitros, né? Então eu tomo Puran, mas aliás, antes disso, antes disso agora por causa do meu estômago que causou muitos problemas, eu tomo o Esomeprazol”* (53 anos, pós-graduação).

Sérgio: *“Olha depois que você aprende a usar, a saber que você tem que que você tem que seguir, tudo fica fácil! Né, para mim já é, já é um roteiro tá? Levanto de manhã cedo entre 7, 8 horas, tenho que tomar as insulinas de manhã que eu tomo de manhã.”* (71 anos, superior completo).

Carina: *“poxa eu fiz uma cirurgia no olho e minha glicemia bateu em 400 [gesticula com as mãos enquanto fala] aí é aquela coisa eu não vou ficar desesperada porque é esperado, eu fiz uma cirurgia no olho afinal, e aí você tem que, aí é toda uma coisa de você entender como funciona né, não adianta você achar que a glicemia ela é um número mágico que de repente ela resolve bater em 400, não... Tem um motivo e tem conserto”* (32 anos, pós-graduação).

Célia: *“Eu uso dois tipos de insulina: eu uso a mista que é a Lantus, eu uso duas vezes ao dia: de manhã 30 unidades e uso à noite 10 unidades; e no almoço eu uso a rápida eu uso Apidra e uso 12 unidades, essas são para a diabetes; agora é o seguinte para hipertensão né porque, de tanto tempo de diabetes eu desenvolvi a hipertensão, né? Então eu uso o Enalapril de 10, duas vezes ao dia e uso Concardio à noite e para... Outra coisa que eu uso também, eu usava o Thiortacid para neuropatia”* (44 anos, superior completo).

Carina: *“então de manhã é Levotiroxina para Tireóide, Rosuvastatina para o colesterol e Enalapril para a hipertensão que eu fui desenvolvendo com o passar do tempo [gesticula com as mãos], eu tenho que tomar também Vitamina D e eu tomo a insulina, tomo uma dose de Tresiba pela manhã, porque ela é a... A meia-vida dela é de 36 horas então é uma vez só por dia, graças ao bom Deus, e a Fiasp de acordo com a contagem de carboidratos.”* (32 anos, pós-graduação).

Joana: “*Eu utilizo a insulina glargina, a insulina glulisina que é a ultrarrápida pra antes das refeições e pra fazer a correção necessária, e o ansiolítico que é o escitalopram, cloridrato de escitalopram, são os meus medicamentos*” (47 anos, pós-graduação).

Lídia: “*de manhã, acho que assim pra exemplificar, é uma rotina, eu acordo, meço a glicemia, vejo como é que está, com base no resultado, eu aplico a insulina NovoRapid, depois antes de ir pra fazer a academia, exercício, eu aplico a Levemir, a insulina de ação prolongada, tomo também o dapagliflozina no café da manhã, desço, faço os exercícios, volto, meço a glicemia de novo, faço o complemento de insulina se precisar pra comer, depois antes do almoço meço, tomo de novo ahh e antes de tudo isso, esqueci, de manhã cedo quando eu acordo eu tomo o Synthroid, então o primeiro medicamento que eu tomo tem que ser em jejum e tem que ser uns 20 minutos antes de você comer.*” (40 anos, pós-graduação).

Flávia: “*eu uso 2 tipos de insulina, que é uma que faz aquele metabolismo basal, que é Tresiba®... Tresiba® ela é da Novo Nordisk, então eu, ela é a cada 24 horas e geralmente quando eu acordo antes do café da manhã eu já tomo, é o basal; aí eu tomo 25 unidades por dia e para as refeições, para controle da glicemia pós prandial eu uso a Humalog® lispro que é a de ação ultra rápida, e a Humalog® não tem dose certa vai depender do que você vai comer, do quanto de carboidrato você tá ingerindo...*” (51 anos, pós-graduação).

Lídia: “*você sabe que se você não faz as coisas direito, as complicações do diabetes vão vir*” (40 anos, pós-graduação).

Flávia: “*Agora a insulina Humalog® eu fui aprendendo que cada coisa que eu tomo eu tinha que tomar um pouco dela [sorriso] é porque é como se fosse um pâncreas artificial*” (51 anos, pós-graduação).

Lídia: “*não tive dificuldade nenhuma, na verdade, faz parte da minha rotina como a insulina, então assim ele tá acoplado à insulina. Então quando eu acordo, eu meço, depois da atividade física eu meço, antes do almoço eu meço, a noite eu meço, antes de dormir eu meço, então ele faz parte da minha vida como a insulina*” (40 anos, pós-graduação).

Joana: “*porque eu sei que essa minha ansiedade (...) gera, não sei se são os hormônios ou a produção de endorfina, de disso, daquilo, que altera a glicemia, que eu posso tomar a mesma dose de insulina que eu tomaria pra abaixar, porque eu só comi, por exemplo, eu comi uma coisa que eu sei que vai subir a minha glicose, se eu tomar aquela dose de insulina pra correção, eu sei que vai abaixar, mas o dia que isso é por conta da*

ansiedade, essa mesma dosagem de insulina num baixa (...) num sei se meu organismo é diferente, mas é assim.” (47 anos, pós-graduação).

Indo de encontro aos resultados apresentado acima, a falta de conhecimento sobre o medicamento e todo o universo em que circunda a sua utilização pode ser uma barreira para a adesão, como na fala apresentada abaixo em que o participante denomina a utilização de bebidas alcoólicas juntamente com a insulina como um “suicídio”.

Sérgio: *“Tem pessoas que fala assim: Ah eu vou tomar uma cerveja um fim de semana, então eu vou eu vou ao invés de tomar cinco unidades de ação rápida, eu vou tomar aí vou tomar duas garrafas de cerveja, vou aplicar 15 unidades de ação rápida, para que isso? Isso aí é suicídio [risos] não beba é melhor, não beba...”* (71 anos, superior completo).

b. Habilidade de ajuste de dose da insulina com base na rotina

Para os entrevistados, ter a habilidade de ajuste da dose da insulina com base nas diferentes situações que ocorrem em suas rotinas foi um facilitador para a adesão uma vez que permite à pessoa utilizar a dose correta desse medicamento em diferentes situações.

Marlene: *“É assim eu vou pra um aniversário, eu sou louca por brigadeiro, aí eu quero comer brigadeiro (risos), aí se eu vou pra uma festa, eu levo o meu aparelho e minha insulina, aí minha bolsa, bolsa de festa de mulher é pequenininha, a minha é enorme que vai o aparelho de glicose, vai a minha caneta de insulina, vai um docinho que pode ser que eu precise e a comida não tenha sido servida ainda. Então eu levo a minha bolsa de festa é uma bolsa enorme, minha bolsa de saída é enorme que eu normalmente, eu ando assim, eu vou para o centro fazer compra, vou pro centro fazer compra, eu levo a minha lancheira, eu ando com a lancheirinha direto. Para o trabalho, eu tenho duas lancheiras que é a lancheira do almoço e a lancheira dos lanches. Quando eu vou vou para um restaurante, aí eu quero comer alguma coisa diferente, aí eu meço minha glicose, aí ah eu vou pra um aniversário, eu quero um brigadeiro. Aí eu meço a glicose, vejo quanto que tá e se eu preciso ou não tomar insulina pra mim comer o meu brigadeiro.”* (47 anos, superior completo).

Flávia: *“Quando você viaja, só que assim a dose da ultra rápida, como você acaba comenda mais, e a comida de fora de casa ela sobre mais a glicose do que a de dentro de casa... Você nunca sabe o que eles colocam nessas comidas né... Então você tem, eu acabo tendo que corrigir mais, por exemplo eu vou comer prato está feito eu aplico e dali*

duas horas eu vou medir ela tá alta aí eu tenho que corrigir entendeu?” (51 anos, pós-graduação).

Lídia: “quando a gente muda a rotina, quando você come algo diferente, por exemplo, ontem eu terminei tarde o trabalho e pedi uma pizza, e aí tem queijo, tem gordura e aí, altera a glicemia de madrugada. Quando foi 3h da manhã, acordei, medi a glicemia pra ver se estava tudo bem e tava tudo bem, mas tem vezes que não tá tudo bem, então pego levanto, meço e injeto e durmo de novo.” (40 anos, pós-graduação).

Geralda: “aí hoje a minha glicemia deu 94 foi ótima então só fiz o teste só fiz a insulina normal, não fiz correção, mas a minha correção ela é de um grama de carboidrato, é, um grama de comida de carboidrato para 10, eu faço um para 10, aí depois o meu índice é que chamam... É... Como é que ela, uma médica chama mesmo... É índice glicêmico mesmo é 30 é bem baixo né, então eu divido por 30 o resultado que dá para tomar insulina então geralmente eu tomo o que, hoje eu tomei só 10 unidades pela manhã mas aí quando, se eu fizer correção eu tomo 12 ou 13 unidades” (53 anos, pós-graduação).

Flávia: “é a mesma coisa, você às vezes eu tenho que tomar se eu como mais e tomar mais da insulina ultrarrápida, e as vezes a gente bebe um pouco mais quando viaja né, então você tem que ficar de olho...”; “É na minha alimentação né, depende, porque assim, é muito, não existe controle de diabetes se você não faz a medição das glicoses, você não vai tomar insulina no chute [sorriso] não dá né? Você tem que ver o quanto você vai precisar tomar de insulina, então interfere em tudo, positivamente, eu não consigo fazer o controle sem medir a glicose, porque aí você fica no escuro né... Se tiver 100 eu vou aplicar tanto e vou comer um pouquinho mais, vamos supor né, é assim; interfere em tudo positivamente.” (51 anos, pós-graduação).

Geralda: “porque as minhas hipoglicemias, muitas vezes, elas são abruptas, rápidas, e aí de repente eu tô aqui com você, mas antes quando eu vi 9:45 eu aproveitei e comi um carboidrato porque eu ia vir conversar com você, aí eu já me lembrei, né? Vou ter que comer carboidrato agora, nem que depois eu faço a correção, porque eu sei que eu vou falar, e isso vai gastar, então assim para não ter uma surpresa de uma queda” (53 anos, pós-graduação).

Joana: “Então, se eu tomo, se tá, por exemplo, ia pra 160 eu comendo, almoçando, uma colher de arroz, duas de feijão, a salada, a carne, se eu tomar duas unidades da insulina rápida, pro meu organismo, no meu caso, eu vou conseguir reduzir esse 60 que vai passar de 100, que é uma unidade pra cada 30, mas se for por causa da ansiedade que ela tiver em 160, as duas unidades não fazem o mesmo efeito, por quê? Porque o meu emocional

lá continua produzindo, por exemplo, aqueles que vão interferir na glicose, não é só o alimento, então tudo isso a gente tem que entender pra poder fazer essa correção, né?! Então eu sei que o dia que é por conta da ansiedade, eu posso por uma unidade a mais, medir em menos tempo, porque ela não vai voltar ali mais próximo de 100, com a mesma dosagem da alimentação.” (47 anos, pós-graduação).

Lídia: “a rotina da insulina é o que eu acabei de falar desde quando eu acordo até quando eu vou dormir, e muitas vezes de madrugada ela tá comigo, eu preciso de injetar um pouquinho a mais pra conseguir compensar aquilo que eu comi que era gordura e eu não fiz direito a contagem de gordura” (40 anos, pós-graduação).

Helena: “se eu vou comer no shopping, então a primeira coisa que eu faço, já passo no banheiro, já lavo a mão, já faço uma glicemia, né? Aí eu vejo quanto que tá, e eu no caso, eu vou selecionar o que eu vou comer, aí eu já vou no meu aplicativo e ponho o que eu vou comer, e ali eu já vejo a quantidade de insulina, e enquanto eu faço o pedido, eu já aplico a insulina”; “aí agora hoje não, hoje eu já sei que a minha glicemia começou a abaixar, eu faço o exame, eu já sei o que eu vou comer, se eu vou fazer o uso de algum alimento que contenha mais carboidratos do que aquilo que eu necessito pra melhorar a minha glicemia, eu tenho de aplicar a insulina mesmo sendo uma hipoglicemia, eu tenho que aplicar porque senão ela vai subir mesmo” (54 anos, superior completo).

Sérgio: “mas como é que você faz, eu meço agora antes 15 minutos antes do almoço, e de acordo com a medição que eu tenho e vou tomar cinco unidades de rápida, é a minha quantidade de carboidrato, de proteína que eu vou ingerir, então suponhamos se estiver na faixa de 100 eu vou aplicar 5 unidades, eu sei que eu posso comer até 4 colheres de arroz e feijão, umas 100 g de proteína tá, eu já sei, agora se estiver 200 eu já sei que eu tenho que reduzir tudo [breve sorriso], então eu já, a minha contagem de carboidrato é essa, então isso serve para mim, e é assim a medição quando é lógico, eu já tenho os sintomas é às vezes durante o dia para alto para baixo, tá, quanto tá assim, opa, espera aí, acho que tá acontecendo alguma coisa, estou com hipoglicemia, tá baixando além do normal, eu já sei, eu tenho o sintoma vou lá meço tá 60, então é // tô meio assim, apesar hiper é muito difícil eu ter, mas então a gente sente esses sintomas se ela está para mais ou para menos” (71 anos, superior completo).

Sara: “às vezes tem um aniversário, um evento ou alguma coisa assim, eu sei que eu vou comer um pouquinho a mais vou comer uma coisa que eu não devo então eu já ando com meu teste na bolsa com a insulina na bolsa para evitar de dar aquela hiperglicemia, ou

de dar hipo, se eu vejo que tá normal eu não faço, mas eu sempre ando com um teste, eu ando sempre com ele, né, sempre sempre com ele para para fazer, para qualquer coisa, né, se precisar para tirar dúvida, aí eu acho que tá alto, não acho que tá baixo, então o teste me ajuda bastante né para controlar isso.”; “a Aspart a Novorapid no caso, aí essa eu uso só após as refeições e dependendo como está o açúcar então geralmente de amanhã é muito difícil, que eu não uso ela, porque de manhã geralmente minha glicemia tá boa; lá que uma vez que outra que eu acordo de manhã ela tá acima de 100, mas é muito difícil, geralmente ela tá em 90, 80 as vezes até menos ainda, aí eu sempre faço uso dela e depois do almoço no caso e também à noite depois da janta” (41 anos, superior completo).

Joana: “mas ela tá alta, não me assusto mais quando eu vejo visor em 200 por exemplo, não, mas eu tomo a insulina, por isso a necessidade de tá medindo sempre, porque se uma dessas vezes durante o dia você errou no cálculo do carboidrato, errou no cálculo da insulina; se esquece agulha na caneta, entra um pouquinho de ar, já dá alteração na dose da insulina, então são vários fatores, né. Por um motivo ou outro, que eu não sou perfeita, que eu também tenho os meus deslizes aí nas coisas, ah se ela tá em 180, 190, não me assusto, não fico “aí meu Deus e agora?!”, não! Não corro pra hospital por isso também, mas eu já tenho a minha insulina, já calculo o quanto que eu preciso tomar, daí 15, 20 minutos já sei que ela vai tá no 120, no 110, entendeu?! Não baixando muito também pra não ter a hipoglicemia” (47 anos, pós-graduação).

Sara: “quando eu vou almoçar fora vou no restaurante eu levo o testezinho, vou lá na mesa faço lá no cantinho, vou lá faço o meu testezinho no dedo e vejo como é que tá o açúcar, ah tá bom, posso comer o docinho que tem ali na no buffet, né, não, já tá alto, então eu vou só almoçar mesmo, eu não vou comer o doce, vou só fazer a alimentação normal sem a sobremesa no caso, né, depois já chego em casa, no serviço, já faço a insulina, é tranquilo” (41 anos, superior completo).

Carina: “e nos momentos de hiperglicemia é exatamente o que eu falei sobre a rotina e você saber o que está levando à aquela hiperglicemia, se foi a insulina que não entrou no seu organismo, se foi pouca insulina que você tomou, se você está com alguma infecção no corpo”; “às vezes eu pego uma agulha que não está legal e eu acho que estou aplicando insulina e quando eu vou ver a minha glicemia está subindo exponencialmente [gesticula a mão] e nesse momento você não pode desesperar, você fala ok, eu tomei insulina para o almoço, para combater o almoço e aquilo ali não ocorreu por quê? Aí você começa a pensar ok, ou eu tomei menos insulina do que o necessário, ou a insulina

não foi para o meu corpo, para o meu organismo, e você tem que ter essa tranquilidade, esse hábito de saber interpretar os dados; então tudo bem quando eu não tomo insulina suficiente o que acontece? Acontece a resposta A; se eu não tomo insulina acontece a resposta B [gesticula com as mãos enquanto fala], vendo o que aconteceu eu consigo saber se eu não tomei a insulina suficiente apenas ou se a caneta não liberou a insulina mesmo” (32 anos, pós-graduação).

Geralda: “porque eu tô aqui na casa dos meus pais hoje, aí eu trouxe meu kit”; “eu furo por dia hoje eu tô bem mais sistemática com a minha glicemia, então é vamos lá 1, 2, 3, 4, 5, 6 [conta com a mão enquanto fala] a média de 6 vezes por dia, ou seis ou sete, agora também eu faço também às vezes, como eu tô acordando, dormindo mais cedo, eu acordo da madrugada eu faço o teste na madrugada, antes eu não acordava, antes eu não via como é que estava minha glicemia na madrugada, mas aí a médica falou muito, pediu muito isso... Tenta fazer, pelo menos uma vez por semana, duas vezes por semana, para ver como é que está a madrugada a questão da da glicemia, porque se tiver muito alta você faz uma correção, entendeu? Para não amanhecer estourando” (53 anos, pós-graduação).

Sara: “às vezes eu faço três, quatro, cinco vezes por dia, entendeu, se eu acho que está alta eu vou lá e faço para verificar, entendeu, se eu acho que tá baixo eu vou lá e faço para verificar, às vezes não tá, tá normal, tá tranquilo, mas eu faço né, para ver, para mim é, é uma coisa que me ajuda, entendeu? Para não ter esses picos de hiperglicemia também, né? Para não deixar o açúcar subir, subir demais, né durante o dia” (41 anos, pós-graduação).

Em consonância à essas falas apresentadas, a não habilidade de ajustar a dose da insulina conforme a rotina emergiu das falas dos entrevistados como uma barreira para a adesão:

Sara: “quando eu vou sair né, tem um evento à noite alguma coisa, um aniversário, um casamento alguma coisa assim, eu já faço o teste em casa, porque aí eu procuro não levar todas as medicações nada, aí eu não levo, dependendo da festa não, eu tento fazer a medicação antes de sair, né, ou senão eu deixo para fazer na volta né, principalmente as insulinas, a medicação da pressão eu já tomo antes, porque as vezes aí é questão se for de noite eu já tomo a medicação antes de sair, eu verifico, faço o meu testezinho em casa, vejo como é que tá, ah o açúcar tá normal, bom então não vou, não vou mexer com ele porque eu não sei o que que eu vou encontrar na festa, o que que eu vou comer, o quê que eu vou beber, né, então aí as vezes, ah tinha coisa boa que eu gosto eu vou misturar e não o que, aí meu açúcar vai subir, mas paciência, porque eu não vou passar a noite

toda aqui, né, então eu já chego em casa, já faço o teste de novo, já vejo como é que tá, então eu já faço insulina né, é assim que eu controlo né”; “porque as vezes é hipoglicemia de madrugada, às vezes é no meio da tarde, dependendo da quantidade que eu tomo no almoço né, às vezes eu erro né, às vezes aí eu vou almoçar e o açúcar está em 180, então eu levei a comida né tá isso aqui tipo é massa, é carboidrato, é coisa que vai subir o açúcar né então acredito que meu açúcar vai chegar a uns 250, 270 no meio da tarde, então eu tomo um X de insulina, só que as vezes eu erro no cálculo, aí eu tomo a mais, e acaba dando hipoglicemia e aí é ruim porque aí eu fico ruim depois né, quando volta (da hipoglicemia) eu sinto que tá baixando eu vou lá me sento, como uma bala, eu sempre ando com bala, com chocolate na bolsa” (41 anos, superior completo).

Célia: “outra coisa que eu tenho muita vontade de aprender era a contagem de carboidrato, esse daí só se eu tiver uma aula {acena negativamente com a cabeça} em sala de aula escrevendo ali, porque eu que eu nunca consegui, eu nunca consegui... Eu até tentei fazer um acompanh-, tem uma pessoa que eu acompanho no Instagram, que ela ia dar umas aulas, mas eu não consegui, eu disse não, não vou continuar, não tô tendo produção, eu teria que ter assim uma pessoa ali olho no olho pegando ali com a pessoa fazendo junto com ela, eu nunca consegui fazer a contagem, que eu acho que também me ajudaria” (44 anos, superior completo).

c. Dificuldade de aprender a contagem de carboidratos

Os participantes também demonstraram em suas falas uma dificuldade em aprender a contagem de carboidratos, conhecimento o qual, segundo as suas percepções, seria importante para a adesão á insulina, sobretudo na identificação da dose a ser utilizada.

Sara: “A educação da contagem de carboidratos me facilita bastante, é claro ainda erra um pouco com a contagem de carboidratos, mas isso é, a gente vai aprendendo com a vida” (32 anos, pós-graduação).

Lídia: “eu acho que um aprendizado também que eu demorei um pouquinho pra pegar foi a questão da relação quantidade de insulina versus contagem de carboidrato, nem sempre a gente acerta” (40 anos, pós-graduação).

7. Motivação para utilizar a farmacoterapia

As participantes abaixo alegam utilizar o medicamento mesmo em situações que fogem à sua rotina:

Joana: *“pra quando “ah, eu tenho visita”, não, não é porque tem visita que você vai poder deixar isso sem fazer, então “dá licença um pouquinho eu já volto, vou fazer minha medição, vou tomar minha insulina” (47 anos, pós-graduação).*

Lídia: *“Então seja pra comer fora, seja pra sair, seja pra dançar, seja pra qualquer coisa, ela tá comigo, então ela é essencial, ela simboliza a minha vida, sem ela eu não existiria, não estaria mais aqui.” “Mas não é um fator impeditivo, então eu não tenho problema não, eu tenho que ter coragem, tenho que fazer a disciplinada, metódica, então chata também, porque eu acabei me tornando uma pessoa mais disciplinada e mais chata por causa disso sim.” (40 anos, pós-graduação).*

Sentir-se motivado pelo “medo das consequências negativas” que podem advir da não utilização dos medicamentos:

Joana: *“falar pra você que eu não tenho medo das consequências negativas, tenho, então é por isso que me motiva medir. Eu estou bem, o tratamento que eu estou fazendo está dando certo, então vou continuar, então oito picadas é doido?! É! Mas é melhor do que as consequências negativas que eu posso vir a ter.” (47 anos, superior completo).*

Flávia: *“Ah, querer, querer viver né, optar pela vida todos os dias [sorriso] eu tenho muita coisa boa para viver, eu tenho tudo de bom na minha vida, tenho família, tenho amigos, tenho amor, tenho trabalho, sabe [olha para cima] tenho animais, então isso me motiva a viver e tenho amor próprio também, é você cada injeção que você se aplica é como se você tivesse dizendo que você está optando pela vida... E é essa que é a motivação e de ter um futuro bom sem complicações diabéticas” (51 anos, pós-graduação).*

Aceitação da condição de saúde também é um fator oriundo das falas dos participantes:

Célia: *“Assim, eu não vejo dificuldade, [Celia continua andando e falando ao mesmo tempo] eu tenho uma amiga que ela é ela usa e ela acha muito ruim furar né, eu não me importo com isso aí não porque faz muito tempo que eu uso” (44 anos, superior completo).*

Sérgio: *a gente tem que saber lidar e não achar ruim, eu hoje eu não acho ruim de nada... Eu eu tenho uma filha que mora fora do país, em 2019, nós viajamos para lá, ela mora na Estônia, até uma viagem longa, né? Para mim sem problema né, eu levei o meu kitzinho tá, no avião tirava, tá, aplicava [gesticula como quem está aplicando a insulina]” (71 anos, superior completo).*

Sérgio: *“então hoje já faz 23 anos que eu uso a insulina; antes eu usava os orais, mas usava daquele jeito né [gesticula com as mãos e dá um breve sorriso] não era, eu não*

aceitava ser diabético, a verdade é essa, eu procurei e encontrei essas duas complicações né” (71 anos, superior completo).

Célia: “às vezes nos consultórios quando a gente tá, a gente encontra gente de todo jeito: gente revoltado com a doença, gente que nega a doença, e aí a gente vai começando fazer aquele trabalho de não negação, quando você nega você relaxa nos tratamentos que tem que serem feitos; é, profissionais que tá junto com a gente, então tem muita gente que nega... Uma vez eu ouvi uma declaração de um que me assustou na época, né, ele diz que, ele comparou o diabetes dele com câncer que ia matando ele aos poucos, eu disse: não só ela mas qualquer outra doença, se você não cuida ela lhe mata, não fale assim de uma doença que ela é tratável, é crônica? É, mas é tratável... Não fale desse jeito, você trabalha contra você, e ele revoltadíssimo por ser diabético né.” (44 anos, superior completo).

Célia: “Não, de jeito nenhum (Célia parece estar batendo na porta de algum local enquanto fala) é como eu sempre disse o começo eu vivi muito a negação, aí depois de boa sabe, depois eu passei a ser de boa, convivo perfeitamente com ela.” (44 anos, superior completo).

Sentir-se motivado devido à familiares, ou seja, estar motivado para o autocuidado pois tem entes queridos:

Marlene: “Eu tenho assim uma família maravilhosa. Tenho dois filhos maravilhosos. Tenho muita gente assim, e eu quero tá com eles o tempo todo, entendeu? Eu quero ver meus filhos crescerem e tudo, eu optei em ser mãe, meu médico perguntou para mim se eu optaria, porque seriam duas gravidezes de alto risco, e eu optei em ser mãe, eu fiz uma escolha, né? Então eu fiz essa escolha há 15 anos atrás em ser mãe e ser dona de casa e trabalhar, e por isso todo dia eu me vejo na obrigação de fazer o meu tratamento por meu bem e por bem da minha família, porque é muito complicado. Olha, os meus filhos, o período que eu tive muitas crises, os meus filhos, passaram muito problema, o período que eu tive a cetoacidose diabética que fica em coma, meus filhos tiveram que fazer tratamento com psicóloga ,acompanhamento por conta da minha ausência, essas coisas, e hoje é assim, meu filho mais novo de 12 anos, ele olha para mim e dizer assim “mãe, é tão bom que a gente não tem mais aquele susto da senhora ter que ir para o hospital”; às vezes eu saía de casa de manhã cedo, deixava eles na escola, ia trabalhar e não voltava para casa, ía direto para o hospital. Aí isso aí pra eles foi muito complicado. E hoje em dia, graças a Deus, todas as noites eu tô em casa, então pra mim, fazer o tratamento pra mim é uma qualidade de vida” (47 anos, superior completo).

Motivação para utilizar os medicamentos pela dificuldade em seguir o tratamento não farmacológico:

Sara: *“meu cardiologista mesmo que me acompanha ele diz: guria se tu perdesse peso se tu controlasse a tua alimentação, né, nós não ia precisar tomando, tá tomando todas essas medicações... E quem disse que eu consigo perder peso [risos]... É difícil...É difícil... Né... Não consigo fazer, já tentei fazer dieta, mas é muito difícil é muito difícil, eu sou muito chata para comida, então eu disse olha eu prefiro tomar o meu remédio”* (41 anos, superior completo).

Em consonância a esses fatores, a demonstração na fala dos entrevistados da não motivação para a utilização do medicamento foi apresentada como uma barreira para a adesão:

Nicole: *“Mas é outra coisa que cansa, né, então assim aí, o que me cansa é ser como fala?! Politicamente correta com respeito a minha saúde né, então assim...”*; *“Oh, eu tive todas as dificuldades, porque esquecia, eu, sabe assim, não tinha vontade também, nem lembrava, tal”* (59 anos, superior completo).

Nicole: *“eu sei que, vamos supor, eu tenho que fazer muito exercício, no mínimo caminhada e tal, né, e às vezes eu me sinto assim sem vontade nenhuma, né. Eu faço pilates duas vezes por semana e algumas semanas eu caminho a semana inteira, outras semanas não, sabe? Eu não tenho vontade, então eu assim, eu tô melhorando muito agora, eu faço terapia também (participante ri nessa hora, como se estivesse com vergonha de falar que faz terapia), porque é assim, é meio complicado sabe, então às vezes eu já passei por momentos assim, de fundo de vale né, que aí não quero mais viver, aí, sabe assim, aí, eu chorei muito, sabe, demorei muito pra começar a tomar insulina (expressão triste/cabisbaixa o tempo todo em que fala), e...e...como fala, assim...eu não queria, sabe, eu achava que, nossa, eu não sei, porque por mais que a gente seja um pouco esclarecida, às vezes o emocional, não sei sabe, faz a gente ficar um pouco revoltada, tal né, e assim, eu me sinto muito cansada, muito como chama, quando sobe, eu faço exercício algumas vezes, me dá aquelas caibras né, aquelas dores nas pernas, e... mas é isso, não é fácil muito lidar não”* (51 anos, pós-graduação).

Nicole: *“Então assim eu queria uma receita mágica sabe, pra curar isso, então, sabe é mais assim, por que eu? Que não sei o que, tal, porque o que que acontece, quando você tem câncer você se vira pra sua doença, né, e todo o teu, como chama, a tua força, todo o seu esforço é em torno da sua doença ali, sabe, você vai, você vai pro médico, você isso, aquilo, então a pessoa acaba olhando pra si mesma, né, e eu acho que o diabético,*

eu, eu tô falando eu, não sei as pessoas, é uma suposição minha, mas tipo quantas vezes eu não fiquei olhando pra mim, sabe?! Vendo o quanto é uma doença que realmente se não tratar, se você não seguir corretamente o que tem que fazer, sabe, diminuir a comida, diminuir os doces, então assim, é uma visão muito de carência, sabe aquela coisa que às vezes, por mais adulto que a gente seja, a gente tem assim, uns momentos de birras, né, fala “aí eu quero, porque quero comer isso”, né, “ah não vou tomar mais esse remédio, tô cansada e tal?!”; então é uma questão assim realmente de maturidade que eu só consegui realmente com o tempo pra entender que o meu tempo aqui depende de mim mesma, né, então falo assim você tá aí colocando preguinho no teu caixão” (59 anos, superior completo).

Nicole: “apesar que eu tenho, igual eu te falei, eu tenho picos, tá?! Picos e vales, então na época que eu tô no vale ali, nos dias que eu tô no vale, eu não quero tomar, aí eu me obrigo, aí o José me obriga, olha tá ali e tal, aí eu percebo assim, porque eu falo assim, olha eu tô deitada, deixa aqui do lado, ele deixa os comprimidos, a água, eu acabo levantando e tal, e esqueço de tomar, né. Agora quando eu tô focada, que eu sei, aí é nossa é qualidade de vida, nossa isso aqui tá me deixando bem”; “eu não sinto assim, mal tomando a insulina, sabe?! É mais o psicológico de se furar e tal, de cansar, de fazer isso, do que, eu não sei assim de atrapalhar no meu dia a dia hoje, tá” (59 anos, superior completo).

Nicole: “faz uns dois anos que eu tô tomando certinho, mas por quê? Antes disso, assim, eu não, eu tava, sabe, não tava muito motivada pra vida mesmo, né?! Então eu falo assim que eu sou totalmente contra suicídio, horror, imagina, né, mas aí depois eu tava pensando, gente, deixar de tomar os remédios, deixar de tomar insulina, deixar de tomar isso, é um suicídio, né?! Então assim, é mudança mesmo de enxergar de uma outra visão, pra poder tomar ou não tomar os remédios, sabe?!” (59 anos, superior completo).

Carina: “É, há momentos de rebeldia, há momentos de insatisfação em que eu não quero fazer o tratamento, eu acho que está tudo, ou que está tudo bem demais e eu não preciso fazer nada, ou que está tudo tão ruim que mesmo que eu faça alguma coisa não vai resolver, mas aí nessa hora a gente tem que ser racional sabe Ana e pensar poxa, uma pequena ação que eu faço hoje vai refletir, daqui um mês eu vou estar melhor, daqui um tempo eu vou estar melhor se eu fizer uma pequena ação hoje, então, você tem que deixar o racional tomar conta nessas horas...” (32 anos, pós-graduação).

Carina: *“ainda recentemente houve também momento de rebeldia porque é com a rotina cada vez mais corrida você acaba esquecendo mesmo ou deixa para depois tomar comprimido, tomar remédio”* (32 anos, pós-graduação).

8. Não adesão não intencional – Esquecimento

Para esses pacientes, o esquecimento é uma barreira para a adesão:

Flávia: *“Nunca deixei de tomar o Synthroid, nunca deixei de utilizar a insulina intencionalmente, pode ser que eu esqueci em algum momento sim, mas foi por falta de atenção”* (51 anos, pós-graduação).

Carina: *“Assim, uma hora acontece mesmo por esquecimento, por falta de responsabilidade minha né, não é ninguém mais que erra nisso”* (32 anos, pós-graduação).

Helena: *“se ficar sem tomar foi assim por esquecimento que acontece até hoje, às vezes eu faço a contagem de carboidrato eu tenho que tomar, cê entendeu?! Às vezes por algum motivo se me chama lá na cozinha ou na sala às vezes eu não tomei, eu sento na mesa, aí depois que eu vou lembrar. Aí eu venho, vejo que eu não tomei, aí eu já meço a glicemia já vejo quanto que tá e já faço a correção, isso aí acontece, mas isso é um esquecimento não por que eu quero, é um esquecimento, eu me distrai com uma outra atividade, não tomei certo?!”* (54 anos, superior completo).

Nicole: *“o que afeta é realmente lembrar, é igual tudo isso que eu tenho que tomar, de manhã, na hora do almoço. Igual, na hora do almoço eu sempre esqueço, se o José (marido dela) não está aqui, eu acabo esquecendo. É realmente lembrar que eu tenho que tomar, é uma coisa que eu tomo há tanto tempo e mesmo assim parece que tem uma coisa que me faz – antes eu era mais assim, igual agora eu tô ficando muito em casa por causa dessa pandemia, mas antes assim, eu deixava a insulina na gráfica também, e aí eu esquecia, aí eu tomava lá no meio do caminho, mas é mais o esquecimento”* (59 anos, superior completo).

Lídia: *“no início do tratamento era só uma questão de lembrança, se você se lembrar de tomar, não tem problema”* (40 anos, pós-graduação).

9. Estigma Social da condição de saúde

Das falas dos participantes, sentir-se estigmatizado por ter a condição e saúde foi identificado como uma barreira para a adesão uma vez que pode inibir, limitar ou até impedir a utilização do medicamento em público:

Carina: *“Hoje não porque eu tô muito é [olha para o lado] em paz com a minha diabetes, mas quando eu era mais nova sim porque eu era a estranha, não que eu fosse estranha mas eu era diferente... E isso sempre gera uma curiosidade e essa curiosidade não necessariamente ela é negativa mas você pode encarar isso como algo negativo, das pessoas estarem te olhando diferente quando na verdade elas só estão interessadas em porquê você está tomando o remédio, ou porquê você está furando o seu dedo.”* (32 anos, pós-graduação).

Joana: *“então ponho ali no colo, tento fazer escondidinho ali na mesa, mas sempre tem um que fica olhando, né (risos). Hoje eu já ligo menos. No começo, assim, aquilo me incomodava bastante, tipo assim “Tá me olhando por quê, né?! Nunca viu um diabético se furando?!” (risos), mas hoje já lido melhor com isso, mas isso assim acaba sendo meio chato, porque o outro também não tem obrigação de ficar vendo alguém se furar todo dia”* (47 anos, pós-graduação).

Joana: *“é chato isso que eu te falei, mas hoje já tô de boa. Carrego minha bolsinha térmica com a insulina, com as coisas, e sento no shopping lá na mesinha do café, e se precisar medir ali mesmo, é ali mesmo (risos), e assim vamos. Acho que só o tempo mesmo te leva a isso, a não ligar pra essas coisas que o outro vai te olhar, que (...) sabe né, não adianta o outro vim e tipo assim “ah não liga não”, porque incomoda aquilo sabe. Às vezes, já tive casos assim que vieram me perguntar “por que que você está se furando?” (...) então (...), mas, já fui barrada no aeroporto uma vez por causa dos insumos, mesmo com a declaração médica, então, essas coisas incomodam um pouco, mas é a sociedade que ainda não é totalmente inclusiva, né. Então isso faz parte, a gente tem que ir lidando melhor”* (47 anos, pós-graduação).

Nicole: *“a única coisa assim que eu não gosto muito de fazer tudo isso perto das pessoas, né, porque assim aí parece que cê tá expondo, não sei sabe, mas é quando realmente eu tô focada, aí eu não ligo não, entendeu?! Eu meço antes, meço no carro, meço em qualquer lugar, sabe?! Não tem problema não.”* (59 anos, superior completo).

Lídia: *“Não, no início do tratamento só tinha medo de aplicar e eu tinha um pouco de estigma de aplicar na frente das outras pessoas, mas assim sinceramente eu ia pro banheiro e aplicava, então não tinha grandes problemas.”* (40 anos, pós-graduação).

Circunstâncias em que os participantes alegam constrangimento em situações as quais a insulina pode ser confundida com drogas ilícitas:

Marlene: *“Só teve uma época, porque assim eu me chatee, mas não por conta de eu tá me furando, foi quando eu tava grávida, a gente foi para um restaurante e eu fui para o*

banheiro pra tomar insulina, medir a glicose, tomar insulina, pra não tomar não fazer, medir a insulina e ter que tomar insulina no meio do restaurante. No banheiro, uma mulher fez um escândalo que eu tava usando droga. Nesse dia eu me chateeí, fiquei muito chateada, porque assim ela não entendia, porque só porque eu tava grávida e na época usava a seringa, não usava a caneta e ela saiu gritando no meio do restaurante que eu tava me drogando, grávida me drogando. Aí foi muito chato, a gente terminou indo embora sem comer, eu fiquei, eu fiquei chateada, mas só foi isso” (47 anos, superior completo).

Carina: “e tem aquele estigma também das pessoas te verem com aquilo é, dos seguranças da balada olhar e falar olha, mas o que você está trazendo aqui? E acharem que hormônio esteroide, acharem que é droga, é, quantas vezes eu já não fui parada em aeroporto levando insulina para lá a para cá e o pessoal do raio X quer ver o seu remédio, e tudo bem, para mim não tem problema né, eu tenho diabetes e falar olha ok eu tenho diabetes e é isso que eu tenho que levar, agora tem gente que fica mais constrangida né, tem gente que não tem tanta naturalidade ou tanta tranquilidade com o seu diabetes.” (32 anos, superior completo).

Sérgio: “lá na Europa, aquele negócio, nós estamos sentado aqui, a mesa do lado ele não vê o que você tá fazendo, então você pode até tirar a roupa que ele não tá vendo, então eu chegava e aplicava a minha insulina no braço em qualquer lugar mesmo do outro lado fazendo, eles não olham, somos nós brasileiros latino que nós temos a preocupação: olha aquele cara tá fazendo... Porque aqui tem disso né, aqui tem muita, como é que chama, isso aí é, quando uma pessoa é diabética sentada numa praça vai lá aplicar, ele pensa, todo mundo pensa que ele tá tomando, injetando droga né, às vezes o cara tá tomando uma insulina [breve sorriso], então para mim eu nunca tive, nos aeroportos mesmo nós ficamos quase, quase 12 horas em uma conexão na Turquia, né, é nos aeroportos é normal, sentava lá e tirava o negócio, media tá, aplicava, [gesticula como quem está aplicando a insulina] tranquilo, sem problema nenhum” (71 anos, superior completo).

Em consonância, não se sentir estigmatizado com a condição e saúde é um facilitador para a adesão ao medicamento:

Geralda: “então essa daqui tomo: sempre antes das refeições eu faço essa essa medição, antes eu tinha vergonha, às vezes de fazer há muitos anos, eu tinha vergonha de fazer teste de glicemia e no meio do povo às vezes dentro de um avião, no restaurante mais minha filha nada como como a necessidade, né? Eu vejo que às vezes as pessoas no

shopping olham, agora não que eu não ando mais né, mas antes da pandemia, andava em shopping não, faço teste passo ali a glicemia, corrijo pronto” (53 anos, pós-graduação).

Helena: *“então pra mim tirar a canetinha e aplicar no braço, por mim é tranquilamente natural. E se eu tiver que fazer uma glicemia também sem problema, eu abro meu estojinho e faço”; “Mas assim, quanto a tipo assim, de ter vergonha, de ter medo de me expor, não. No começo, quando eu era criança, sim, eu tive, agora depois de uma certa idade não, eu não escondo, eu falo pra quem eu quero né, não preciso sair falando pra todo mundo, mas (...) eu encaro a minha vida numa boa, então vamos supor se eu tô num lugar, eu não tenho vergonha se eu precisar de tomar insulina, se eu precisar de medir a minha glicemia, não tenho, isso pra mim é o de menos, certo?” (54 anos, superior completo).*

Flávia: *“a insulina eu tomo até por baixo da mesa, ninguém vê... Apesar que eu também ó, se ver não tem problema, não é, vou dizer assim não é público mas também não é escondido não é? As pessoas as vezes têm vergonha, olha o tamanho do termo aí que vocês leram para mim [risos] eu não tenho vergonha de ser diabética, você vai ter vergonha de ter hipertensão? Você vai ter vergonha de ter um problema de saúde? Não tenho, eu sou assim o que eu possa fazer né” (51 anos, superior completo).*

Sara: *“eu não tenho não tenho problema com isso, não tenho problema de fazer insulina em público, de fazer o teste em público nada disso para mim é bem tranquilo é bem normal, eu prefiro fazer e me cuidar, né, fazendo isso do que deixar, aí eu não vou fazer insulina não porque eu tenho vergonha, né, porque aí, se eu vou no banheiro para fazer a insulina o pessoal vai ver e não sei quê e vai ficar achando, o que que tá achando, né, Não, eu não tenho problema com isso, sinceramente eu não tenho problema com isso” (41 anos, superior completo).*

Marlene: *“Hoje em dia, como eu trabalho em um escritório grande, aí tem os estagiários, que vão crescendo, vão casando e aí me convidam, todos me convidam pras festas, eu vou numa boa, meço, levo a minha insulina, pra mim é eu não tenho problema.” (53 anos, superior completo).*

Sérgio: *“eu não tenho esse problema em lugar nenhum, é lógico você escolhe, aqui no Brasil você escolhe o local porque o pessoal pensa que você tá fazendo alguma coisa, mas para mim não, eu falo, agora tem muita gente que que não gosta, né? Que tomar insulina dele e picar o dextro é perto das pessoas né... Isso, para mim não tem problema nenhum” (71 anos, superior completo).*

10. Hábito de utilizar o medicamento

Ter o hábito de utilizar o medicamento também emergiu das falas dos participantes como um facilitador para a adesão, sobretudo no que tange ao tempo que utiliza o medicamento:

Sara: *“É bem tranquilo, porque já tô acostumada, né, imagina quase 30 anos né fazendo uso, então para mim é bem, bem tranquilo, né, bem tranquilo... Não tenho problema nenhum, até prefiro, né porque eu sei que se eu for comer alguma coisa, pelo menos eu eu tenho a insulina ali que vai vai me ajudar”* (41 anos, superior completo).

Sara: *“E aí eu fui perdendo o medo, né de fazer a insulina né, eu fui me acostumando, eu vi que (insulina) aquilo ali me ajudava né... Claro me assustava quando dava hipoglicemia, que as vezes me dava hipoglicemia e aí eu não sabia que era hipoglicemia ainda, né, eu // ai mãe eu não tô me sentindo bem, eu não tô me sentindo bem... Eu tô tremendo, eu tô suando, né, eu tô sentindo esquisita, e a mãe diz: aí isso deve de ser o teu açúcar baixou, e fazia o teste e estava com o açúcar baixo, comia uma bala e melhorava, mas fui me acostumando”* (41 anos, superior completo).

Flavia: *“Então não interfere me nada... É uma coisa que eu tenho a mais na rotina, a gente não tem que arrumar o cabelo, tomar banho, escovar dente, comer, eu tenho algumas coisinhas a mais, eu tenho que fazer os meus exames, tomar as injeções, você vai inserindo isso, sabe nas suas obrigações, a gente não fica sem tomar banho, sem escovar os dentes, sem comer, então eu tenho umas coisinhas a mais para fazer junto com isso né”* (51 anos, pós-graduação).

Carina: *“É eu acho que você ter uma rotina permite você sair dessa rotina sem muito transtorno, então se você é... É o que diz a música: disciplina é liberdade, então quando você tem uma disciplina no dia-a-dia, você sabe como o seu corpo se comporta e qual é a resposta dele a insulina, fica mais fácil você sair e comer um pedaço de bolo, você comer um pedaço de pudim, você se permitir o mesmo prazer que as outras pessoas têm porque você sabe como o seu corpo vai reagir a aquele estímulo, aquele doce, ou aquela mudança de horário”* (32 anos, pós-graduação).

Apêndice O: Primeira versão do Questionário Barreiras e Facilitadores para a Adesão à Farmacoterapia - BFAF

Orientações iniciais do questionário:

Objetivo do Questionário: Identificar a presença de barreiras e facilitadores para a adesão e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde; alocar o paciente em um dos grupos – paciente possivelmente não persistente e paciente possivelmente não persistente.

População alvo do questionário: Pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais – o questionário mensura as barreiras e facilitadores para a persistência.

Instruções:

O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento.

Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar as condições de saúde do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições.

1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: a) Sim, mas possui fonte de renda b) Não c) Sim e não possui fonte de renda. Escore: a) 1 b) 1 c) -1

2. Segundo a sua perspectiva, esse paciente vive em situação de vulnerabilidade social? (Preenchido pelo profissional de saúde). Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) -1 b) 0 c) 0

3. Paciente possui diagnóstico de doença mental? (preenchido pelo profissional de saúde). Opções de resposta: a) Sim b) Não há acesso à essa informação d) Não. Escore: a) -1 b) 0 c) 0.

4) Você convive com pessoas que te incentivam a utilizar o medicamento? Opções de resposta: a) Não, eu moro sozinho e não participo de associações com pessoas com doenças semelhantes à minha; b) Sim, eu moro sozinho mas participo de associações com pessoas com doenças semelhantes à minha; c) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento e não participo de associações de pessoas com

doenças semelhantes à minha; d) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento e participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha; e) Não, apesar de morar com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento, porém, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha; f) Não, apesar de morar com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento, e eu não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha. Escore: a) -3 b) 1 c) 1 d) 2 e) 1 f) -3.

5) Você está passando por algum problema de cunho emocional (Exemplo: sentindo-se em crise, desanimado, dentre outros)? Opções de resposta: a) Sim b) Não. a) -1 b) 0.

6) Por favor, me fale quantos anos você estudou. Anotar a quantidade de anos: _____. Escore: Analfabeto (pessoa com 15 anos ou mais que possui menos de quatro anos de estudo) -1, não analfabeto 1.

7) Qual a sua idade? Opções de respostas: a) Paciente menor que 60 anos b) Paciente com 60 anos ou mais. Escore: a) -1 b) +1.

8) Você tem algum outro problema de saúde causado pela sua doença crônica? Opções de resposta: a) Não b) Não sei c) Sim. Escore: a) 0 b) 0 c) 1.

9) Você é cuidador de um familiar idoso e/ou que tenha alguma doença? Opções de resposta: a) Sim b) Não. a) -1 b) 0.

10) Considerando os últimos 7 dias, você esqueceu de tomar alguma dose do medicamento----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim, quase todos os dias eu esqueço de tomar esse medicamento; b) Sim, esqueci alguns dias de tomar esse medicamento; c) Sim, esqueci apenas um dia de tomar esse medicamento; d) Não, é bem difícil esquecer de tomar esse medicamento; e) Não, nunca esqueço de tomar esse medicamento. Escore: a) -1 b) -1 c) 0 d) 1 e) 1.

11) Com que frequência você se preocupa com a gravidade da sua doença ----- (dizer o nome da doença)? Opções de resposta: a) Nunca me preocupo b) Sou indiferente c) Sempre me preocupo. Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

12) Você se sente motivado para cuidar da sua doença ----- (dizer o nome da doença)? Opções de resposta: a) Nunca me sinto motivado b) Sou indiferente c) Sempre me sinto motivado. Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

13) Com relação à sua doença ----- (dizer o nome da doença), qual a melhor opção de resposta? Opções de resposta: a) Para mim é difícil aceitar ter essa doença b) Eu não

sei que tenho essa doença c) Eu aceito ter a minha doença. Opções de resposta: a) -1 b) -1 c) 2.

14) Em situações em que você sai da sua rotina habitual, como por exemplo: ir a uma festa ou viajar, você costuma utilizar o medicamento----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim eu costumo utilizar o meu medicamento, quando saio da minha rotina; b) Não lembro se costumo utilizar o meu medicamento quando saio da minha rotina; c) Não, eu não costumo utilizar o meu medicamento quando saio da minha rotina. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.

15) Quando você se sente melhor, você costuma parar de utilizar o seu medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim eu costumo parar de utilizar o meu medicamento, quando me sinto melhor; b) Não lembro se costumo parar de utilizar o meu medicamento quando me sinto melhor; c) Não, eu não costumo parar de utilizar o meu medicamento quando me sinto melhor. Escore: a) -1 b) 0 c) 0.

16) Você concordou em utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Não concordei com a prescrição desse medicamento; b) Eu concordei com a prescrição desse medicamento. Escore: a) 0 b) 2.

17) Você recebe o medicamento ----- gratuitamente? Opções de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) 3 b) 0.

18) Você considera o custo com o medicamento ----- muito caro para o seu custo de vida? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) -3 b) 0 c) 1.

19) Com relação aos medicamentos que você utiliza, me diga qual melhor alternativa se enquadra para você: Opções de resposta: a) Eu acho que utilizo muitos medicamentos b) Eu acho que utilizo os medicamentos necessários. Escore: a) -3 b) 1.

20) Com relação ao medicamento ----- (dizer o nome do medicamento), diga qual melhor alternativa se enquadra para você: Opções de resposta: a) Eu não tenho problemas para ingerir esse medicamento; b) Sou indiferente c) Eu tenho problemas para ingerir esse medicamento porque considero o mesmo muito grande. Escore: a) 0 b) 0 c) -1.

21) Com relação ao medicamento -----(dizer o nome do medicamento): Opções de resposta: a) Utilizar esse medicamento me faz bem b) Utilizar esse medicamento não me faz bem nem mal c) Utilizar esse medicamento me faz mal. Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

22) Com relação ao medicamento ----- (dizer o nome do medicamento): Opções de resposta: a) Eu considero que esse medicamento é importante para controlar a minha

- doença b) Sou indiferente em relação a esse medicamento c) Eu não considero que esse medicamento é importante para controlar a minha doença. Escore: a) 2 b) 0 c) -2.
- 23) Nos últimos 7 dias você deixou de utilizar o medicamento porque te fez mal? Opções de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) 3 b) 0.
- 24) Utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento) atrapalha as suas atividades diárias? Opção de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) -2 b) 0.
- 25) Você esteve de acordo com o seu médico quando ele te receitou o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim b) Não. Escore: a) 3 b) -2.
- 26) Você está satisfeito com o atendimento recebido pelo profissional de saúde que te atendeu? Opções de resposta: a) Sim b) Me sinto indiferente c) Não. Escore: a) 3 b) 0 c) 0.
- 27) Você considera que recebeu todas as orientações necessárias sobre o medicamento ----- pelo profissional de saúde que me atendeu? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 2 b) 0 c) -2.
- 28) Você confia no médico que te receitou o medicamento-----? Opções de resposta: a) Sim b) Indiferente c) Não. Escore: a) 3 b) 0 c) -1.
- 29) Os profissionais de saúde que te atendem te motivam a utilizar os seus medicamentos de maneira positiva, ou seja, sem a utilização palavras agressivas? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.
- 30) Você acha que o médico considerou a sua rotina ao prescrever o medicamento ---- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.
- 31) Você se sente à vontade para tirar as dúvidas sobre medicamentos com os profissionais de saúde que te atende? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei, ou não costumo ter dúvidas c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.
- 32) Você considera que está acostumado a utilizar o medicamento -----? Opções de resposta: a) Sim b) Não sei c) Não. Escore: a) 1 b) 0 c) 0.
- 33) Por qual motivo você utiliza o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento)? Opções de resposta: Resposta aberta. Escore: 3 – se a resposta for correta- 2 se a resposta for incorreta ou o paciente não saber.
- 34) Com relação ao medicamento ----- (dizer o nome do medicamento): Opções de resposta: a) Eu sei que vou utilizar esse medicamento por tempo indeterminado b) Se

eu me sentir melhor, eu pretendo não utilizar mais esse medicamento. Escore: a) 2 b)

-1.

Apêndice P: 2º Versão do Questionário: Barreiras e Facilitadores para a Adesão à Farmacoterapia

Orientações iniciais do questionário:

O objetivo desse questionário é identificar a presença de barreiras e facilitadores para a persistência na farmacoterapia em condições crônicas de saúde e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde para promover a adesão à farmacoterapia.

Esse questionário é destinado para a aplicação em pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais

Instruções:

O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza e/ou doença crônica diagnosticada, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento; e ainda, se o paciente possui mais de uma doença crônica diagnosticada, o item correspondente deve ser perguntado para cada doença crônica e o escore final será calculado por cada doença crônica.

Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar os seguintes dados do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições.

Antes de iniciar a aplicação do questionário, ler as seguintes instruções para o paciente: Vou fazer algumas perguntas sobre os medicamentos que o senhor (a) utiliza atualmente com o objetivo de te ajudar a utilizar os seus medicamentos:

Fatores não modificáveis: Os itens abaixo objetivam perguntar sobre os fatores relacionados à persistência para a utilização de medicamentos que não são modificáveis por meio de intervenções do profissional de saúde que se destina a aplicar esse instrumento. – Ver a aula da Zaneti e pensar se utilizo essa classificação ou não...

1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: b) Não a) Sim, mas possui fonte de renda fixa c) Sim e não possui fonte de renda fixa. Escore: a) 1 b) 1 c) -1

Retirada

2. Paciente possui diagnóstico de depressão no prontuário de saúde? (preenchido pelo profissional de saúde) Opções de resposta: a) Não; b) Não há acesso à essa informação; c) Sim. Escore: a) 0 b) 0 c) -1

4) Você convive com pessoas em seu ambiente familiar que te incentivam a utilizar o (s) seu (s) medicamento (s)?

a) Não, eu moro sozinho.

b) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento.

c) Não, apesar de morar com familiares com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento. Escore: a) -1; b) +2; c) -1

5) Você participa de alguma associação de pessoas com doenças semelhantes à sua?

a) Sim, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha.

b) Não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha.

Escore: a) +2; b) -1

6) Nos últimos sete dias você passou por algum problema que te causou tristeza ou desânimo?

a) Sim. B) Não

Escore: a) -1 b) 0

7) Por favor, me fale quantos anos você estudou. Anotar a quantidade de anos: _____. Me diga se você sabe ler e escrever? A) Sim; b) Não.

Escore: Analfabeto funcional (pessoa com 15 anos ou mais que possui menos de quatro anos de estudo, ou que declara não saber ler e escrever) -1

Alfabetizada pessoa com 15 anos ou mais que possui mais de quatro anos de estudo e declara saber ler e escrever¹

8) Qual a sua idade? Anotar a idade: _____

(Os itens abaixo devem ser preenchidos pelo profissional de saúde)

a) Paciente com idade inferior a 60 anos.

b) Paciente com idade igual ou superior a 60 anos

Escore: a) -1 b) +1

9) Você tem alguma complicação ou problema de saúde causado pela sua doença: _____ (dizer o nome de cada doença crônica que o paciente possui diagnóstico)

a) Sim. B) Não c) Não sei.

Escore: a) 1; b) 0; c) 0

10) Você é cuidador de um familiar que tenha alguma doença crônica?

a) Sim. B) Não

a) -1 b) 0.

Fatores de risco modificáveis

11) Considerando os últimos 7 dias, você esqueceu de tomar alguma dose do medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Quase todos os dias eu esqueço de tomar a dose desse medicamento. B) Esqueci alguns dias de tomar a dose desse medicamento.

c) Esqueci apenas um dia de tomar a dose desse medicamento.

d) É bem difícil esquecer de tomar esse medicamento

e) Eu nunca esqueço de tomar esse medicamento.

Escore: a) -1 b) -1 c) 0 d) 1 e) 1

12) Você tem conhecimento sobre a gravidade/severidade do (a) _____ (dizer o nome da doença)?

a) Não tenho conhecimento.

b) Nunca me preocupei com isso

c) Tenho conhecimento

Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

13) Nos últimos 7 dias, você se sentiu interessado em cuidar do (a) _____ (dizer o nome da doença)?

a) Nunca me sinto interessado. B) Nunca me preocupei com isso. C) Sempre me sinto interessado.

Escore: a) -1 b) 0 c) 2

14) Como tem sido a sua aceitação com relação a _____ (dizer o nome da doença)?

a) Para mim é difícil aceitar essa condição de saúde.

b) Eu não sei que tenho essa condição de saúde.

c) Eu aceito ter essa condição de saúde.

Escore: a) -1 b) -1 c) 2

15) Em situações em que você sai da rotina, como por exemplo: ir a uma festa ou viajar, você costuma utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Eu costumo utilizar esse medicamento, quando saio da minha rotina.

b) Não lembro se costumo utilizar esse medicamento quando saio da minha rotina.

c) Eu não costumo utilizar esse medicamento quando saio da minha rotina.

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

16) Quando você se sente melhor, você costuma parar de utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Eu costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.

b) Não lembro se costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.

c) Eu não costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.

Escore: a) -1 b) 2 c) 0

Adicionado ao item 18 que já contempla os custos com o medicamento (facilitador desse item).

17) Você precisou comprar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) nos últimos 30 dias?

a) Eu não recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e precisei comprar;

b) Eu recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e não precisei comprar;

c) Eu recebi esse medicamento gratuitamente e também precisei de comprar nos últimos 30 dias.

Escore: a) 0 b) 3 c) 0

18) Você considera alto o custo com o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Sim

b) Não sei

c) Não

Escore: a) -2 b) 0 c) 2

19) Qual a sua opinião em relação a quantidade de medicamentos que você toma?

a) Eu acho que utilizo muitos medicamentos

b) Eu acho que utilizo quantidade suficiente de medicamentos.

c) Eu acho que utilizo poucos medicamentos.

Escore: a) -3 b) 1 c) -1

20) Você tem dificuldade ou desconforto ao tomar ou aplicar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Eu não tenho dificuldades ou desconforto em tomar ou aplicar esse medicamento.

b) Eu tenho dificuldades ou desconforto em tomar ou aplicar esse medicamento.

Escore: a) 0 b) -1

21) O que você acha que o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) faz para a sua saúde?

a) Utilizar esse medicamento me faz bem.

b) Utilizar esse medicamento não me faz bem nem me faz mal.

c) Utilizar esse medicamento me faz mal.

Escore: a) 2 b) 0 c) -3

22) Você considera importante utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) para controlar o seu problema de saúde?

a) Eu acho que utilizar esse medicamento é importante para controlar o meu problema de saúde.

b) Prefiro não opinar.

c) Eu acho que esse medicamento não é importante para controlar o meu problema de saúde.

Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

23) Nos últimos 7 dias você deixou de utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) por que te fez mal?

a) Sim

b) Eu não lembro

c) Não

Escore: a) -3 b) 0 c) 0

24) "Utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento) atrapalha as suas atividades do dia a dia ou na sua rotina?"

a) Sim

b) Não

Escore: a) -1 b) 1

25) Você esteve de acordo com o seu médico quando ele te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Concordei com a prescrição desse medicamento.

b) Não fui esclarecido pelo médico sobre o uso desse medicamento.

c) Eu não concordei com a prescrição desse medicamento.

Escore: a) 5 b) 0 c) -1

26) Você está satisfeito com o atendimento recebido pelo profissional de saúde que te receitou esse medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Eu estou satisfeito.

b) Prefiro não opinar.

c) Eu não estou satisfeito.

Escore: a) 6 b) 0 c) 0

27) Você considera que recebeu todas as informações necessárias sobre o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) pelo profissional de saúde que te prescreveu esse medicamento?

- a) Sim
- b) Não sei
- c) Não

Escore: a) 2 b) 0 c) -2

28) Você confia no profissional de saúde que te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu confio no profissional de saúde que me receitou esse medicamento.
- b) Prefiro não opinar
- c) Eu não confio no profissional de saúde que me prescreveu esse medicamento.

Escore: a) 3 b) 0 c) -1

29) O profissional de saúde que te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) te motiva a utilizar esse medicamento de maneira positiva?

- a) Sim
- b) prefiro não opinar
- c) Não

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

Escore Adicionado ao item 24 o qual versa sobre o incômodo na rotina causado pelo medicamento.

Item 31 - cancelado e o escore foi para o item 26 – tópico está incluído dentro da satisfação com o atendimento prestado

30) Você considera que está acostumado a utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu estou acostumado (a) a utilizar esse medicamento.
- b) Não estou acostumado a utilizar esse medicamento
- c) Prefiro não opinar.

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

Profissional de saúde: leia para o paciente os itens abaixo na íntegra, ou seja, leia todas as alternativas e depois marque a alternativa escolhida pelo paciente.

3) Por qual motivo você utiliza o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)? Resposta aberta

Escore: 3 se a resposta estiver correta

-2 se a resposta estiver incorreta ou o paciente alegar que não sabe.

Item cancelado, pois, o escore foi incluído no item 15 que relaciona ter conhecimento sobre a doença crônica e a utilização do medicamento.

Apêndice Q: 3º versão do Questionário “Barreiras e Facilitadores para a Adesão à Farmacoterapia”

Orientações iniciais do questionário:

O objetivo desse questionário é identificar a presença de barreiras e facilitadores para a persistência na farmacoterapia em condições crônicas de saúde e, com isso, nortear as intervenções dos profissionais de saúde para promover a adesão à farmacoterapia. Esse questionário é destinado para a aplicação em pessoas com doenças crônicas que utilizam farmacoterapia há 3 meses ou mais

Instruções:

O questionário deve ser aplicado pelo profissional de saúde que está atendendo o paciente; sempre que solicitado, realizar a pergunta utilizando o nome de cada medicamento que o paciente utiliza e/ou doença crônica diagnosticada, ou seja, se o paciente utilizar mais de um medicamento o item correspondente deve ser perguntado para cada medicamento, e o escore final será calculado por medicamento; e ainda, se o paciente possui mais de uma doença crônica diagnosticada, o item correspondente deve ser perguntado para cada doença crônica e o escore final será calculado por cada doença crônica. Antes de iniciar a aplicação do questionário é necessário coletar os seguintes dados do paciente: as condições crônicas de saúde diagnosticadas e os medicamentos prescritos para tais condições.

Antes de iniciar a aplicação do questionário, ler as seguintes instruções para o paciente: Vou fazer algumas perguntas sobre os medicamentos (remédios) que o senhor (a) utiliza atualmente, ou sobre a condição crônica (doença) que o senhor (a) tem, com o objetivo de te ajudar a utilizar os seus medicamentos:

1. Paciente desempregado. (preenchido somente pelo profissional de saúde). Opções de resposta: b) Não a) Sim, mas possui fonte de renda fixa e ou variável c) Sim e não possui fonte de renda fixa e ou variável Escore: a) 1 b) 1 c) -1

2. Paciente possui diagnóstico de depressão no prontuário de saúde? (preenchido pelo profissional de saúde) Opções de resposta: a) Não; b) Não há acesso à essa informação; c) Sim. Escore: a) 0 b) 0 c) -1

Profissional de saúde: leia para o paciente os itens abaixo na íntegra, ou seja, leia todas as alternativas e depois marque a alternativa escolhida pelo paciente.

3) Por qual motivo você utiliza o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)? Resposta aberta

Escore: 3 se a resposta estiver correta

-2 se a resposta estiver incorreta ou o paciente alegar que não sabe.

4) Você convive com pessoas em seu ambiente familiar que te incentivam a utilizar o (s) seu (s) medicamento (s)?

a) Não, eu moro sozinho.

b) Sim, eu moro com familiares que me incentivam a utilizar o medicamento.

c) Não, apesar de morar com familiares eles não me incentivam a utilizar o medicamento.

Escore: a) -1; b) +2; c) -1

5) Você participa de alguma associação (grupos) de pessoas com doenças semelhantes à sua?

a) Sim, eu participo de associações de pessoas com doenças semelhantes à minha.

b) Não participo de associações de pessoas com doenças semelhantes de pessoas com doenças semelhantes à minha.

Escore: a) +2; b) -1

6) Nos últimos sete dias você passou por algum problema que te causou tristeza ou desânimo?

a) Sim. B) Não

Escore: a) -1 b) 0

7) Por favor, me fale quantos anos você estudou. Anotar a quantidade de anos: _____. Me diga se você sabe ler e escrever? A) Sim; b) Não.

Escore: Analfabeto funcional (pessoa com 15 anos ou mais que possui menos de quatro anos de estudo, ou que declara não saber ler e escrever) -1

Alfabetizada pessoa com 15 anos ou mais que possui mais de quatro anos de estudo e declara saber ler e escrever¹

8) Qual a sua idade? Anotar a idade: _____

(Os itens abaixo devem ser preenchidos pelo profissional de saúde)

a) Paciente com idade inferior a 60 anos.

b) Paciente com idade igual ou superior a 60 anos

Escore: a) -1 b) +1

9) Você tem alguma complicação ou problema de saúde causado pela sua doença: _____ (dizer o nome de cada doença crônica que o paciente possui diagnóstico)

a) Sim. B) Não c) Não sei.

Escore: a) 1; b) 0; c) 0

10) Você é cuidador de um familiar que tenha alguma doença crônica (doença há mais de 3 meses)?

a) Sim. B) Não

a) -1 b) 0.

11) Considerando os últimos 7 dias, você esqueceu de tomar alguma dose do medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Quase todos os dias eu esqueço de tomar a dose desse medicamento. B) Esqueci alguns dias de tomar a dose desse medicamento.

c) Esqueci apenas um dia de tomar a dose desse medicamento.

d) É bem difícil esquecer de tomar esse medicamento

e) Eu nunca esqueço de tomar esse medicamento.

Escore: a) -1 b) -1 c) 0 d) 1 e) 1

12) Você tem conhecimento sobre a gravidade do (a) _____

(dizer o nome da doença)?

a) Não tenho conhecimento.

b) Nunca me preocupei com isso

c) Tenho conhecimento

Escore: a) -1 b) 0 c) 2.

13) Nos últimos 7 dias, você se sentiu interessado em cuidar do (a) _____ (dizer o nome da doença)?

a) Não tive interesse. B) Nunca me preocupei com isso. C) Tive interesse

Escore: a) -1 b) 0 c) 2

14) Como tem sido a sua aceitação com relação a _____ (dizer o nome da doença)?

a) Para mim é difícil aceitar essa condição de saúde.

b) Eu não sei que tenho essa condição de saúde.

c) Eu aceito ter essa condição de saúde.

Escore: a) -1 b) -1 c) 2

15) Em situações em que você sai da rotina, como por exemplo: ir a uma festa ou viajar, você costuma utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

a) Eu costumo utilizar esse medicamento, quando saio da minha rotina.

b) Não lembro se costumo utilizar esse medicamento quando saio da minha rotina.

c) Eu não costumo utilizar esse medicamento quando saio da minha rotina.

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

16) Quando você se sente melhor, você costuma parar de utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.
- b) Não lembro se costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.
- c) Eu não costumo parar de utilizar esse medicamento quando me sinto melhor.

Escore: a) -1 b) 2 c) 0

17) Você precisou comprar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) nos últimos 30 dias?

- a) Eu não recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e precisei comprar;
- b) Eu recebi esse medicamento gratuitamente nos últimos 30 dias e não precisei comprar;
- c) Eu recebi esse medicamento gratuitamente e também precisei de comprar nos últimos 30 dias.
- d) Não recebi gratuitamente e não comprei o medicamento nos último 30 dias

Escore: a) 0 b) 3 c) 0 d) 0

18) Você considera alto o custo com o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Sim
- b) Não sei
- c) Não

Escore: a) -2 b) 0 c) 2

19) Qual a sua opinião em relação a quantidade de medicamentos que você toma?

- a) Eu acho que utilizo muitos medicamentos
- b) Eu acho que utilizo quantidade suficiente de medicamentos.
- c) Eu acho que utilizo poucos medicamentos.

Escore: a) -3 b) 1 c) -1

20) Você tem dificuldade ou desconforto ao tomar ou aplicar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu não tenho dificuldades ou desconforto em tomar ou aplicar esse medicamento.
- b) Eu tenho dificuldades ou desconforto em tomar ou aplicar esse medicamento.

Escore: a) 0 b) -1

21) O que você acha que o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) faz para a sua saúde?

- a) Utilizar esse medicamento me faz bem.

- b) Utilizar esse medicamento não me faz bem nem me faz mal.
- c) Utilizar esse medicamento me faz mal.

Escore: a) 2 b) 0 c) -3

22) Você considera importante utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) para controlar o seu problema de saúde?

- a) Eu acho que utilizar esse medicamento é importante para controlar o meu problema de saúde.
- b) Prefiro não opinar.
- c) Eu acho que esse medicamento não é importante para controlar o meu problema de saúde.

Escore: a) 2 b) 0 c) -2.

23) Nos últimos 7 dias você deixou de utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) por que te fez mal?

- a) Sim
- b) Eu não lembro
- c) Não

Escore: a) -3 b) 0 c) 0

24) "Utilizar o medicamento ----- (dizer o nome do medicamento) atrapalha as suas atividades do dia a dia ou na sua rotina?

- a) Sim
- b) Não

Escore: a) -1 b) 1

25) Você esteve de acordo com o seu médico quando ele te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Concordei com a prescrição desse medicamento.
- b) Não fui esclarecido pelo médico sobre o uso desse medicamento.
- c) Eu não concordei com a prescrição desse medicamento.

Escore: a) 5 b) 0 c) -1

26) Você está satisfeito com o atendimento recebido pelo profissional de saúde que te receitou esse medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu estou satisfeito.
- a) Prefiro não opinar.
- c) Eu não estou satisfeito.

Escore: a) 6 b) 0 c) 0

27) Você considera que recebeu todas as informações necessárias sobre o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) pelo profissional de saúde que te prescreveu esse medicamento?

- a) Sim
- b) Não sei
- c) Não

Escore: a) 2 b) 0 c) -2

28) Você confia no profissional de saúde que te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu confio no profissional de saúde que me receitou esse medicamento.
- b) Prefiro não opinar
- c) Eu não confio no profissional de saúde que me prescreveu esse medicamento.

Escore: a) 3 b) 0 c) -1

29) O profissional de saúde que te receitou o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento) te motiva a utilizar esse medicamento de maneira positiva?

- a) Sim
- b) prefiro não opinar
- c) Não

Escore: a) 1 b) 0 c) 0

30) Você considera que está acostumado a utilizar o medicamento _____ (dizer o nome do medicamento)?

- a) Eu estou acostumado (a) a utilizar esse medicamento.
- b) Não estou acostumado (a) a utilizar esse medicamento
- c) Prefiro não opinar.

Escore: a) 1 b) 0 c) 0



USP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DE RIBEIRÃO PRETO DA USP-
FCFRP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Elaboração e validação de uma ferramenta para mensurar a adesão e conhecimento sobre a terapia medicamentosa

Pesquisador: Ana Maria Rosa Freato

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15135519.0.0000.5403

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.748.719

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apreciação de respostas às pendências descritas no parecer anterior (Número do Parecer: 3.687.197, de 06 de novembro de 2019).

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos solicitados foram apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências descritas no parecer emitido em 06/11/2019:

1 - Folha de rosto: Apresentar nova folha de rosto com o número de participantes=300.

Resposta do pesquisador: A folha de rosto foi atualizada e anexada na plataforma Brasil com o

Endereço: Avenida do Café s/nº

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-903

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-4213

Fax: (16)3315-4892

E-mail: cep@fcfrp.usp.br



USP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DE RIBEIRÃO PRETO DA USP-
FCFRP/USP



Continuação do Parecer: 3.748.719

título:folha_de_rosto_02.PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) No formulário da Plataforma Brasil, no item "Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro" juízes e farmacêuticos foram reunidos em um mesmo grupo de 12 participantes, mas de acordo com os pesquisadores na resposta acima na pendência anterior número 1, serão 5 juízes e 5 farmacêuticos, cuja soma dá 10. Esclarecer/corrigir.

Resposta do pesquisador: O número foi corrigido na plataforma Brasil: cinco farmacêuticos e cinco juízes totalizando 10 indivíduos. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) No TCLE para farmacêuticos é preciso informar:

a) qual o número de reuniões que o farmacêutico deverá participar?

Resposta do pesquisador: Será uma única reunião.

b) qual o tempo de duração de cada reunião?

Resposta do pesquisador: 40 minutos.

c) informar o local das reuniões?

Resposta do pesquisador: A reunião será na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

d) o participante não pode ter despesa para participar da pesquisa. Há incongruências no texto do TCLE destacado acima quando os pesquisadores informam que o participante deverá comparecer à entrevista com custeio próprio e que a participação não lhe trará despesas. Ver textos no TCLE: "deverá comparecer à entrevista no dia combinado previamente com custeio próprio" e que "A sua participação nessa pesquisa será totalmente voluntária e não lhe trará danos graves ou despesas". Esclarecer/corrigir.

Resposta do pesquisador: Esse texto já foi corrigido e salienta-se que o participante vai se deslocar até o local da reunião, no entanto, a reunião acontecerá no mesmo local que esse farmacêutico desenvolve as suas atividades profissionais, dessa maneira, o mesmo não terá despesas de deslocamento relacionadas exclusivamente à reunião. Todas as informações listadas acima já foram incluídas no TCLE dos farmacêuticos, bem como na página 08 do projeto de pesquisa. O projeto de pesquisa e o TCLE atualizados já forma anexados na plataforma Brasil, com os seguintes títulos:

"projeto_doutorado_atualizado" e "tcle_farmaceuticos_02". PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Avenida do Café s/nº

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-903

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-4213

Fax: (16)3315-4892

E-mail: cep@fcfrp.usp.br



USP - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA USP- FCFRP/USP



Continuação do Parecer: 3.748.719

4) Anexar a nova versão do TCLE para juízes. O arquivo anexado como "tcle_juizes_versao2.pdf" tem o mesmo conteúdo do arquivo "tcle_farmaceuticos.pdf", ambos são o Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Farmacêuticos)". Observar se nesta nova versão do TCLE para juízes se aplica os comentários descritos na nova pendência número 3 acima descrita para o TCLE farmacêuticos. Em caso positivo, considerar os comentários e esclarecimentos para o TCLE para juízes.

Resposta do pesquisador: A participação dos juízes será realizada via correio eletrônico, dessa maneira, as pendências descritas no item 03 não cabem para esse TCLE. A informação de que a participação dos juízes será via correio eletrônico está descrita no projeto e no TCLE dos juízes. O arquivo do TCLE dos Juízes já foi anexado à plataforma Brasil (Título: "tcle_juizes_02").PENDÊNCIA ATENDIDA.

5)No cronograma no formulário da Plataforma Brasil: ajustar etapas para datas após aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP. Resposta do pesquisador: Já foi incluído. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP/USP) em sua 193ª reunião ordinária. Em atendimento às Resoluções vigentes, deverá ser encaminhado ao CEP/FCFRP, através da Plataforma Brasil, o relatório final da pesquisa conforme modelo de Relatório aprovado pelo CEP, bem como comunicada qualquer alteração, intercorrência ou interrupção da mesma. Informamos que, de acordo com a Resolução 466/12, item IV.5, letra d, o TCLE deve "ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha". O TCLE deve ser apresentado ao participante da pesquisa em documento impresso frente e verso e as assinaturas não devem ficar em folhas separadas do texto do TCLE. Cabe ao pesquisador responsável manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Endereço: Avenida do Café s/nº

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-903

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-4213

Fax: (16)3315-4892

E-mail: cep@fcrp.usp.br



USP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DE RIBEIRÃO PRETO DA USP-
FCFRP/USP



Continuação do Parecer: 3.748.719

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1313106.pdf	14/11/2019 12:08:53		Aceito
Outros	carta_ao_cep_02.pdf	14/11/2019 12:06:57	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_juizes_02.pdf	14/11/2019 12:05:00	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_farmaceuticos_02.pdf	14/11/2019 12:04:48	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_02.pdf	14/11/2019 11:52:45	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Outros	carta_comissao_smsrp.pdf	14/08/2019 10:16:59	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Outros	carta_resposta_cep_fcfrrusp.pdf	14/08/2019 10:14:41	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_paciente_versao2.pdf	14/08/2019 10:14:06	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_farmaceuticos.pdf	14/08/2019 10:10:15	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_doutorado_atualizado.pdf	14/08/2019 10:05:20	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_smsrp.pdf	14/08/2019 10:05:10	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_colaboradores_hcfmrrp.pdf	14/08/2019 10:04:56	Ana Maria Rosa Freato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisado.pdf	28/05/2019 09:38:55	Ana Maria Rosa Freato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida do Café s/nº

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-903

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-4213

Fax: (16)3315-4892

E-mail: cep@fcrp.usp.br



USP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DE RIBEIRÃO PRETO DA USP-
FCFRP/USP



Continuação do Parecer: 3.748.719

RIBEIRAO PRETO, 06 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Cleni Mara Marzocchi Machado
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida do Café s/nº

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14.040-903

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-4213

Fax: (16)3315-4892

E-mail: cep@fcfrp.usp.br