

ARTIGO ORIGINAL



Prevalência, motivos e fatores associados à não adesão intencional à terapia medicamentosa: um estudo de base populacional

Prevalence, reasons and factors associated with intentional nonadherence to prescribed medications: a population-based study

Tatiana da Silva Sempé^I , Emilia da Silva Pons^{II} , Tatiane da Silva Dal Pizzol^{I,II} , Daniela Riva Knauth^I , Sotero Serrate Mengue^{II}

^IUniversidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Porto Alegre (RS), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência, os motivos e fatores associados à não adesão intencional à terapia medicamentosa. **Métodos:** Foi conduzido um estudo transversal de base populacional com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). O questionário foi composto por questões sociodemográficas, referentes à presença de doenças crônicas, uso de medicamentos, autoavaliação de saúde e comportamentos no uso de medicamentos. A análise dos dados incluiu modelos de regressão de Poisson ajustados para variância. **Resultados:** Foram incluídos 31.573 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (53,8%), com baixa escolaridade (57,7%) e com autoavaliação de saúde boa (56,5%). Dos entrevistados, 8,8% relataram aumentar a dose dos medicamentos e 21,2% relataram diminuir. O motivo mais comum para a diminuição da dose foram os efeitos adversos do medicamento. Não houve diferenças para os motivos de aumento de doses. O aumento ou a diminuição de doses foi mais comumente reportado pelos mais jovens, com menor renda *per capita* e pior autoavaliação de saúde. **Conclusão:** Uma parcela considerável dos entrevistados não adere intencionalmente à terapia medicamentosa. Entender a não adesão medicamentosa e identificar quem a pratica é crucial para criar estratégias eficazes que promovam a adesão medicamentosa e priorizem as necessidades e perspectivas dos pacientes. **Palavras-chave:** Adesão à medicação. Comportamentos relacionados com a saúde. Conformidade com o tratamento. Esquema de medicação.

AUTORA CORRESPONDENTE: Tatiana da Silva Sempé. Avenida Ipiranga, 2752, Azenha, CEP 90610-000, Porto Alegre (RS), Brazil. E-mail: sempetati@gmail.com

CONFLITOS DE INTERESSES: nada a declarar

COMO CITAR ESSE ARTIGO: Sempé TS, Pons ES, Dal Pizzol TS, Knauth DR, Mengue SS. Prevalência, motivos e fatores associados à não adesão intencional à terapia medicamentosa: um estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiol. 2024; 27: e240044. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240044.2>

EDITOR CIENTÍFICO: Juraci Almeida Cesar

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 18/01/2024

Revisado em 17/04/2024

Aceito em: 04/07/2024



INTRODUÇÃO

A não adesão medicamentosa se refere às diferenças entre as orientações fornecidas pelo profissional de saúde em relação ao tratamento e as atitudes dos pacientes. A não adesão medicamentosa é um problema mundial e multifatorial^{1,2}. Ainda que tenham sido desenvolvidas estratégias para minimizá-la³, ainda representa um desafio na prática clínica⁴.

A não adesão medicamentosa pode ser categorizada em intencional e não intencional. A primeira ocorre quando o paciente decide conscientemente não aderir às instruções do regime medicamentoso proposto pelo médico, de forma a alterar a dose prescrita ou interromper o tratamento, por exemplo. A não adesão intencional à terapia medicamentosa pelo paciente está relacionada às motivações e crenças sobre a sua doença e o tratamento^{5,6}, e pode refletir um comportamento de empoderamento do indivíduo⁷. A não adesão não intencional à terapia medicamentosa está relacionada a um comportamento passivo e que, muitas vezes, está fora do controle do paciente, como ingerir acidentalmente número incorreto de comprimidos ou não compreender as informações fornecidas sobre o tratamento⁵.

A não adesão não intencional à terapia medicamentosa pode ser minimizada com ações de educação em saúde, tais como o uso de lembretes para tomar o medicamento e o fornecimento de instruções aos pacientes em linguagem simples. Já as estratégias para a não adesão intencional à terapia medicamentosa são mais complexas, visto que está relacionada ao comportamento, às expectativas e às crenças dos pacientes, aspectos que podem não ser identificados pelo profissional da saúde⁸.

Dessa forma, a identificação da ocorrência e dos fatores que influenciam a não adesão intencional à terapia medicamentosa pelos pacientes pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias para melhorar as ações dos profissionais envolvidos na prescrição e dispensação de medicamentos, e, assim, aumentar as chances de sucesso terapêutico. Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência, os motivos e fatores associados à não adesão intencional de medicamentos prescritos na população brasileira.

MÉTODOS

Os dados analisados neste estudo provêm da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), um estudo transversal de base populacional, realizado em 245 municípios brasileiros localizados nas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) entre os meses de setembro de 2013 e janeiro de 2014. A amostra da PNAUM foi probabilística em três estágios, em que a unidade primária de amostragem corresponde aos municípios, o segundo estágio aos setores censitários (conforme definido pelo Censo Brasileiro de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), e o terceiro aos domicílios. Detalhes sobre

cálculo amostral, amostragem, instrumentos de pesquisa e aspectos operacionais de campo podem ser consultados no artigo metodológico da PNAUM⁹.

Foram incluídos nesta análise os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos que aceitaram participar da pesquisa. A estratégia de coleta de dados utilizada foi a entrevista face-a-face, realizada por 165 entrevistadores treinados e mediante a utilização de dispositivos eletrônicos equipados com GPS e acesso à internet. Os dados utilizados nesta análise incluíram questões sociodemográficas, presença de doenças crônicas no momento da entrevista, autoavaliação de saúde e comportamentos no uso de medicamentos. Os comportamentos no uso de medicamentos analisados foram o aumento e a diminuição intencional nas doses de medicamentos prescritos, cada um desses classificados a partir de questões com abordagem de diferentes situações possíveis:

1. Aumento intencional nas doses de medicamentos prescritos mediante às situações: "Você aumenta a dose do medicamento prescrito pelo médico... (a) quando quer iniciar um tratamento com mais intensidade? (b) quando sente que não está melhorando? (c) quando sente que está piorando?";
2. Diminuição intencional nas doses de medicamentos prescritos mediante às situações: "Você diminui a dose de um medicamento prescrito por um médico... (a) quando acha que a doença já está controlada? (b) quando acha que o remédio lhe faz mal? (c) quando quer que o remédio dure mais tempo? (d) quando o remédio é muito caro?"

As opções de resposta para as perguntas acima eram "sim"; "não"; ou "declarou que não aumenta a dose do medicamento prescrito pelo médico sem consultar o médico" e "declarou que não diminui a dose do medicamento prescrito pelo médico sem consultar o médico", respectivamente.

Para explorar e compreender esses comportamentos relacionados ao uso de medicamentos, foram construídos dois modelos de regressão de Poisson ajustados à variância. As variáveis dependentes de cada modelo foram aumento ou diminuição de doses. Essas duas variáveis derivadas dicotômicas foram construídas a partir da resposta às questões descritas anteriormente. Assim, tomando como exemplo o aumento das doses, se o entrevistado respondesse "sim" a pelo menos uma das questões, era categorizado como "sim" para a variável aumento das doses. Por sua vez, os entrevistados que declararam não aumentar as doses ou que responderam "não" a todas as questões, foram categorizados como "não" para a variável aumento das doses. Essa mesma lógica foi utilizada para derivar a variável dependente diminuição de doses. As variáveis independentes testadas foram: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda *per capita*, autoavaliação de saúde e presença de doença crônica.

As variáveis foram analisadas individualmente na primeira etapa de construção do modelo. Aquelas que apresentaram significância estatística, definida como $p < 0,2$, foram incluídas no modelo multivariável. As variáveis com significância esta-

tística superior a 0,05 nesta etapa foram retiradas uma a uma do modelo até que restassem apenas aquelas com significância estatística inferior a 0,05, avaliada pelo teste de Wald.

Nas análises descritivas, as variáveis categóricas foram representadas por frequências relativas acompanhadas dos seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As frequências relativas apresentadas foram ponderadas pelos pesos amostrais. Os resultados das análises da regressão de Poisson foram apresentados por meio de Razões de Prevalência (RP) seguidos dos seus intervalos de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas usando IBM PAWS Statistics versão 18 e STATA versão 13. A expansão da amostra e o plano amostral complexo foram considerados em todas as análises realizadas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde sob protocolo 18947013.6.0000.0008. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento antes de participarem da entrevista.

RESULTADOS

Os dados analisados corresponderam a 31.289 indivíduos com idade igual ou maior a 20 anos que responderam o questionário para as principais variáveis de desfecho.

A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas e econômicas, bem como o perfil de saúde da amostra analisada. Houve predomínio de mulheres, jovens (20 a 29 anos), vivendo com companheiro, de baixa escolari-

Tabela 1. Características sociodemográficas, econômicas, informações sobre saúde e prevalências dos motivos que levam ao aumento e à diminuição de doses por conta própria de medicamentos prescritos da população estudada pela PNAUM. Brasil, 2014.

Característica	Prevalência* (%)	IC95%
Sexo		
Masculino	46,2	45,1–47,3
Feminino	53,8	52,7–54,9
Faixa etária (anos completos)		
20 a 29	23,8	22,5–25,1
30 a 39	21,9	20,8–23,1
40 a 49	19,8	18,8–20,8
50 a 59	16,4	15,6–17,2
60 a 69	9,8	9,3–10,4
≥70	8,3	7,7–8,9
Situação conjugal		
Vive com companheiro	61,5	60,2–62,8
Não vive com companheiro, mas já viveu anteriormente	20,3	19,4–21,3
Nunca viveu com companheiro	18,2	16,9–19,5
Escolaridade (anos completos de estudo)		
0 a 8	57,7	56,0–59,3
9 a 11	31,0	29,7–32,3
≥12	11,3	10,3–12,4
Renda <i>per capita</i> (quartis)		
≥US\$ 300,00	34,5	31,9–37,2
US\$ 200,01 a US\$ 300,00	20,8	19,5–22,2
US\$ 100,01 a US\$ 200,00	27,0	25,3–28,8
≤US\$ 100,00	17,7	15,8–19,8
Autoavaliação da saúde		
Muito boa	18,1	16,7–19,5
Boa	56,5	55,2–57,7
Regular	22,1	20,8–23,4
Muito ruim/ruim	3,4	3,0–3,7
Presença de doença crônica		
Aumento das doses prescritas	8,8	7,9–9,8
Quando deseja potencializar o início do tratamento	10,0	9,0–11,1
Quando considera que não está melhorando	12,1	10,9–13,4
Quando considera que está piorando	10,3	9,2–11,5
Diminuição das doses prescritas	21,2	19,4–23,1
Quando considera que a doença está controlada	24,2	22,4–26,0
Quando atribui efeito adverso ao medicamento	35,4	33,0–37,9
Quando quer aumentar o tempo de uso do medicamento	6,5	5,6–7,5
Quando quer poupar o medicamento por questões financeiras	7,0	6,1–8,0

*N: 117.761.37431.289. Percentuais ponderados pelos pesos amostrais.

dade (0 a 8 anos de estudo) e renda *per capita* \geq US\$ 300,00. Quanto às condições de saúde, 39,1% dos indivíduos eram portadores de alguma doença crônica e três quartos dos entrevistados avaliaram sua saúde como boa ou muito boa.

As prevalências de aumento e diminuição das doses de medicamentos prescritos e os motivos são apresentados na Tabela 1. Dos entrevistados, 8,8% relataram aumentar a dose dos medicamentos prescritos em alguma situação e 21,2% diminuir a dose. O motivo mais frequente para diminuir as doses foi efeito adverso associado ao medicamento, enquanto a ausência de melhora foi o motivo para o aumento da dose mais frequentemente reportado. Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para os outros motivos reportados para o aumento de doses.

A Tabela 2 apresenta as prevalências para o aumento e a diminuição de doses de medicamentos prescritos, de acordo com características sociodemográficas, econômi-

cas e perfil de saúde. Nota-se que tanto o aumento quanto a diminuição de doses foram mais frequentemente relatados pelos mais jovens, com menor renda *per capita* e pior autoavaliação de saúde.

As RPs brutas e ajustadas para o aumento de doses e seus respectivos intervalos de confiança de 95% são apresentados na Tabela 3. No modelo ajustado, as associações entre indivíduos mais jovens, com menor renda *per capita* e pior autoavaliação de saúde, mantiveram-se positivamente associadas com o aumento de doses, com diferenças estatisticamente significativas. A prevalência de aumento de dose entre os entrevistados na faixa etária de 20 a 29 anos foi 2,6 vezes a prevalência de aumento entre idosos com 70 ou mais anos de idade.

A Tabela 4 apresenta as RPs brutas e ajustadas para a diminuição de doses. Da mesma forma que o observado para o aumento de doses, as associações entre indivíduos

Tabela 2. Prevalências para o aumento e diminuição de doses por conta própria de medicamentos prescritos na população adulta estudada pela PNAUM, conforme características sociodemográficas, econômicas e perfil de saúde. PNAUM, Brasil, 2014.

Característica	Prevalência* (%)	IC95%	p-valor [†]	Prevalência* (%)	IC95%	p-valor [†]
	Aumento nas doses			Diminuição nas doses		
Sexo						
Masculino	8,9	7,7-10,4	0,705	19,9	17,8-22,2	0,005
Feminino	8,7	7,9-9,7		22,3	20,5-24,2	
Faixa etária						
20 a 29	11,6	9,8-13,6	<0,001	24,7	21,9-27,9	<0,001
30 a 39	10,9	9,3-12,7		25,1	22,6-27,9	
40 a 49	7,5	6,5-8,7		19,5	17,3-21,8	
50 a 59	7,2	6,1-8,5		18,2	16,4-20,1	
60 a 69	6,0	5,1-7,0		17,8	16,0-19,8	
\geq 70	5,2	4,0-6,8		14,7	12,6-17,1	
Situação conjugal						
Vive com companheiro	8,9	7,9-9,8	0,174	22,3	20,4-24,4	0,373
Não vive com companheiro, mas já viveu	9,1	7,8-10,6		21,1	19,0-23,3	
Nunca viveu com companheiro	10,6	8,5-13,2		23,3	19,8-27,1	
Escolaridade (anos completos)						
0 a 8	9,1	8,0-10,3	0,386	21,4	19,4-23,6	0,661
9 a 11	8,4	7,3-9,6		20,7	18,7-22,8	
\geq 12	8,5	7,0-10,2		21,9	18,8-25,3	
Renda <i>per capita</i>						
\geq US\$ 300,00	8,4	6,8-10,4	<0,001	21,7	18,9-24,8	<0,001
US\$ 200,01 a US\$ 300,00	8,5	7,0-10,4		21,3	18,8-24,1	
US\$ 100,01 a US\$ 200,00	11,2	9,2-13,5		27,8	25,1-30,6	
\leq US\$ 100,00	14,7	12,6-17,2		31,5	27,9-35,3	
Autoavaliação de saúde						
Muito boa	7,3	6,0-8,8	<0,001	18,2	15,4-21,4	<0,001
Boa	8,0	6,9-9,3		19,5	17,6-21,5	
Regular	11,4	10,0-13,0		27,2	24,7-29,7	
Ruim/muito ruim	13,3	10,5-16,6		27,0	23,1-31,3	
Presença de doença crônica						
Não	9,0	8,0-10,1	0,473	20,7	18,8-22,7	0,091
Sim	8,6	7,6-9,7		22,1	20,1-24,2	

*Percentuais ponderados por pesos amostrais; [†]Teste χ^2 de Pearson.

Tabela 3. Razões de prevalências brutas e ajustadas para o aumento de doses por conta própria de medicamentos prescritos na população adulta estudada pela PNAUM. PNAUM, Brasil, 2014.

Característica	RP bruta*	IC95%	p-valor	RP ajustada*	IC95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1	-	0,705			
Feminino	0,97	0,84-1,12				
Faixa etária						
20 a 29	2,22	1,65-3,00	<0,001	2,61	1,78-3,84	<0,001
30 a 39	2,08	1,65-2,64		2,29	1,67-3,15	
40 a 49	1,44	1,07-1,93		1,56	1,06-2,28	
50 a 59	1,38	1,02-1,88		1,57	1,06-2,32	
60 a 69	1,14	0,87-1,50		1,19	0,86-1,66	
≥70	1	-		1	-	
Situação conjugal						
Vive com companheiro	1	-	0,176			
Não vive com companheiro, mas já viveu	1,02	0,87-1,21				
Nunca viveu com companheiro	1,20	0,98-1,45				
Escolaridade (anos completos)						
0 a 8	1	-	0,389			
9 a 11	0,92	0,81-1,05				
≥12	0,93	0,77-1,11				
Renda <i>per capita</i>						
≥US\$ 300,00	1	-	<0,001	1	-	0,008
US\$ 200,01 a US\$ 300,00	1,02	0,77-1,34		0,99	0,75-1,31	
US\$ 100,01 a US\$ 200,00	1,33	1,02-1,74		1,21	0,93-1,58	
≤US\$ 100,00	1,75	1,37-2,24		1,45	1,13-1,86	
Autoavaliação de saúde						
Muito boa	1	-	<0,001	1	-	0,003
Boa	1,10	0,89-1,35		1,14	0,87-1,49	
Regular	1,57	1,27-1,93		1,52	1,17-1,97	
Ruim/muito ruim	1,82	1,39-2,37		1,53	1,05-2,22	
Presença de doença crônica						
Não	1	-	0,473			
Sim	0,96	0,85-1,08				

*Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

mais jovens, com menor renda *per capita* e pior autoavaliação de saúde, mantiveram-se positivamente associadas à diminuição de doses, no modelo ajustado, com diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

A partir de uma amostra de base populacional, avaliamos as mudanças intencionais de doses prescritas, um dos aspectos da não adesão medicamentosa. Aproximadamente um a cada cinco entrevistados diminuem as doses do medicamento prescrito e um a cada 10 aumentam as doses. De modo geral, indivíduos mais jovens, com menor renda e pior autoavaliação de saúde, relataram com mais frequência a não adesão intencional à terapia medicamentosa.

O principal motivo apontado para a diminuição de dose foi a percepção de que o medicamento estava causando efeitos adversos. Esses achados são semelhantes aos encontrados em outros estudos, especialmente à preocupação do

paciente com os possíveis efeitos indesejáveis pelo uso dos medicamentos^{7,10,11}. Alguns estudos têm demonstrado que pacientes mais preocupados com os efeitos adversos dos medicamentos^{12,13} e com crenças estabelecidas de que os medicamentos de forma geral são prejudiciais são mais propensos a relatar a prática de não adesão intencional à terapia medicamentosa^{11,14}. Clifford et al. identificaram que pacientes não aderentes intencionais à terapia medicamentosa são mais propensos a duvidar da necessidade do tratamento e apresentar preocupações com o uso de medicamentos⁵.

Horne et al. propõem que a decisão do paciente em aderir ou não intencionalmente à terapia medicamentosa resulta de uma avaliação custo-benefício, na qual as crenças pessoais sobre a necessidade do medicamento para manter ou melhorar a saúde são equilibradas com as preocupações sobre os potenciais efeitos adversos¹³. As razões identificadas em nosso estudo para o aumento das doses prescritas sugerem que o usuário entende que o medicamento é necessário à sua saúde. Por outro lado, entre os

Tabela 4. Razões de prevalências brutas e ajustadas para a diminuição de doses por conta própria de medicamentos prescritos na população adulta estudada pela PNAUM. PNAUM, Brasil, 2014.

Característica	RP bruta*	IC95%	p-valor	RP ajustada*	IC95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1	-	0,005			
Feminino	1,12	1,03-1,21				
Faixa etária						
20 a 29	1,68	1,45-1,94	<0,001	2,07	1,72-2,50	<0,001
30 a 39	1,71	1,49-1,96		1,86	1,55-2,23	
40 a 49	1,32	1,15-1,52		1,44	1,20-1,72	
50 a 59	1,24	1,07-1,42		1,29	1,08-1,54	
60 a 69	1,21	1,04-1,40		1,26	1,06-1,50	
≥70	1	-		1	-	
Situação conjugal						
Vive com companheiro	1	-	0,396			
Não vive com companheiro, mas já viveu	0,94	0,85 - 1,04				
Nunca viveu com companheiro	1,04	0,92 - 1,18				
Escolaridade (anos completos)						
0 a 8	1	-	0,596			
9 a 11	0,96	0,89-1,04				
≥12	1,02	0,87-1,19				
Renda per capita						
≥US\$ 300,00	1	-	<0,001	1	-	<0,001
US\$ 200,01 a US\$ 300,00	0,98	0,83-1,16		0,96	0,81-1,14	
US\$ 100,01 a US\$ 200,00	1,28	1,10-1,49		1,19	1,03-1,37	
≤US\$ 100,00	1,45	1,23-1,71		1,25	1,06-1,46	
Autoavaliação de saúde						
Muito boa	1	-	<0,001	1	-	<0,001
Boa	1,07	0,93-1,24		1,17	0,98-1,41	
Regular	1,49	1,26-1,76		1,47	1,20-1,80	
Ruim/muito ruim	1,48	1,22-1,81		1,55	1,21-1,97	
Presença de doença crônica						
Não	1	-	0,091			
Sim	1,07	0,99-1,15				

*Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

motivos da redução das doses, identificamos três aspectos distintos. A avaliação de que a doença está controlada, ou a ausência de sintomas, como ocorre em algumas doenças crônicas, pode reforçar a crença de que o medicamento não é mais necessário, ao menos na quantidade prescrita, fazendo com que o paciente reduza as doses. A preocupação sobre os efeitos adversos, por sua vez, motivo mais citado pelos respondentes, vai ao encontro da teoria proposta por Horne et al.¹³. Mesmo que proporcionalmente menos frequente, a redução das doses para aumentar o tempo de uso ou por questões financeiras sugere que as questões de acesso ao medicamento estão presentes tanto na não adesão não intencional quanto na intencional à terapia medicamentosa.

Em nosso estudo, observamos uma maior prevalência da população mais jovem em não aderir intencionalmente à terapia medicamentosa, o que corrobora com achados de outros estudos^{11,14,15}. Essa diferença pode ser explicada pela expectativa diferente de adoecimento e uso de medicamen-

tos entre jovens e idosos, bem como sobre comportamentos diferentes em relação ao cuidado com a sua saúde.

Em relação à autoavaliação de saúde, era esperado que indivíduos com pior percepção da sua saúde apresentassem maior prevalência de não adesão intencional à terapia medicamentosa. Podemos cogitar que piores estados de saúde levam a mudanças no tratamento realizadas pelo próprio paciente, com ou sem suporte ou orientação prévia do profissional da saúde. Esse movimento suscita reflexões sobre os avanços necessários em relação ao novo paradigma do cuidado com a doença crônica, que envolve parceria profissional-paciente, cuidado colaborativo e educação para o auto-manejo no cuidado a doença crônica^{16,17}. De acordo com esse modelo, os pacientes são incluídos na tomada de decisões acerca da sua saúde, atuando em colaboração com profissionais de saúde que, nesse caso, assumem um papel importante de supervisores e fontes seguras de informações. No lugar da alteração de doses desassistidas e sujeitas a falhas terapêuticas e riscos ao paciente, algumas iniciativas começam

a surgir para promover o ajuste de doses de acordo com o monitoramento de sinais e sintomas pelo próprio paciente¹⁸.

Em nosso estudo, a variável escolaridade não apresentou associação positiva com o aumento ou a diminuição de doses. Uma explicação para esse achado pode residir no próprio conceito de não adesão intencional e não intencional à terapia medicamentosa. A compreensão de informações em saúde está relacionada ao grau de escolaridade, e, portanto, a consequente não adesão medicamentosa, nesse caso, não é uma ação proposital executada pelo paciente, mas sim algo que está fora do seu controle, não se apresentando como uma não adesão intencional à terapia medicamentosa. Da mesma forma, os pacientes com doenças crônicas podem alterar o tratamento de forma mais intuitiva, mostrando um comportamento não percebido pelos próprios pacientes e, assim, não relatado no momento de resposta ao questionário.

A força de hábito de uso de medicamentos, ou seja, a rotina inconsciente do paciente de fazer uso da sua medicação, pode se mostrar um forte preditor para a não adesão não intencional à terapia medicamentosa e não relacionada a não adesão intencional à terapia medicamentosa¹⁹. A situação conjugal, por sua vez, não estabeleceu uma relação com a taxa de não adesão medicamentosa quando avaliada por si só. Estudos avaliando a situação conjugal atrelada ao suporte social e à qualidade do apoio, e não apenas à simples convivência com outras pessoas, podem ser mais eficientes na definição de não adesão intencional à terapia medicamentosa²⁰.

A não adesão intencional à terapia medicamentosa pelos pacientes pode se tornar uma prática invisível no tratamento, em consequência da lacuna na percepção dos profissionais da saúde, e reforçada pela omissão dos pacientes. Uma possível explicação para este último refere-se à desaprovação generalizada desse comportamento no meio social, o que leva a uma maior dificuldade de o paciente se comunicar com o profissional da saúde. A colaboração mútua entre médico-paciente e um papel mais vigilante do profissional de saúde podem ser fatores a contribuir para a redução dos riscos de não adesão medicamentosa e melhorar os resultados de saúde⁴.

A não adesão intencional à terapia medicamentosa requer um conhecimento mais profundo sobre as crenças, atitudes e percepções do paciente, necessitando conscientização e desmistificação sobre o tratamento. A intenção de aderir depende de como o paciente entende o seu tratamento e de qual é a sua relação com os medicamentos²¹. A análise do comportamento no que se refere aos medicamentos, sob a ótica dicotômica usa ou não usa os medicamentos prescritos, pode não abranger plenamente a compreensão da relação que os usuários estabelecem com os medicamentos e com as prescrições. A não adesão intencional à terapia medicamentosa envolve crenças e perspectivas dos pacientes sobre o seu tratamento, incluindo suas percepções sobre medicamentos fortes e fracos²². Para além das crenças e perspectivas, há também a experiência acumulada com o tempo. Por trás da não adesão intencional à terapia medicamentosa, o paciente pode utilizar uma lógica racional que ajusta as doses para

atender às suas prioridades, aplicando o que aprendeu com as experiências prévias relacionadas a seu corpo, sua saúde e tratamentos. Essas alterações podem estar adequadas, pensando que esta alternativa de tentativa e erro também é empregada pelo clínico, muitas vezes, quando a resposta ao tratamento não é adequada.

Entre os pontos fortes do presente estudo, destacamos a amostra abrangente da população brasileira, incluindo adultos de todas as idades e não centrada em uma doença específica, contribuindo, assim, para a generalização dos achados. Apesar de a temática de não adesão medicamentosa ser amplamente discutida na literatura, há uma lacuna em relação à não adesão intencional à terapia medicamentosa, especificamente, com foco nos principais motivos e fatores associados. Entre as limitações, cabe salientar que cerca de 60% da amostra não possuía doença crônica, apesar do fenômeno estudado também se aplicar a indivíduos que fazem uso eventual de medicamentos para prevenção ou manejo de condições agudas. Em segundo lugar, é necessário considerar que as prevalências de não adesão intencional à terapia medicamentosa podem estar subestimadas, visto que a alteração do tratamento pelos pacientes sem o consentimento do prescritor não é um comportamento usualmente aceito. Nesse sentido, por necessidade de fornecer respostas socialmente desejáveis, uma parcela dos respondentes pode ter omitido que não adere ao tratamento⁸. Finalmente, cabe destacar que os dados foram coletados há 10 anos, o que pode não refletir completamente a situação atual. Nesse período, os principais fatores responsáveis pelas mudanças de doses podem ter sofrido alterações. A frequência de diminuição de doses por questões financeiras, por exemplo, pode ter se modificado.

Uma parcela considerável dos entrevistados relatou não aderir intencionalmente à terapia medicamentosa. O principal motivo para a diminuição de doses foi a percepção de efeitos adversos, e, para o aumento de doses, não foram observadas diferenças nas frequências reportadas. Compreender os motivos da não adesão intencional à terapia medicamentosa e quem são os indivíduos que a praticam é fundamental para a proposição de medidas mais eficazes para melhorar a adesão medicamentosa, partindo das necessidades e perspectivas do paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors – an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev* 2019; 8(1): 112. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8>
3. Neiman AB, Ruppert T, Ho M, Garber L, Weidle PJ, Hong Y, et al. CDC grand rounds: improving medication adherence for chronic disease management – innovations and opportunities. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66(45): 1248-51. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6645a2>

4. Martin LR, L Williams SL, Haskard KB, Robin Dimatteo M. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* 2022; 1(3): 189-99. PMID: 18360559.
5. Clifford S, Barber N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *J Psychosom Res* 2008; 64(1): 41-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.004>
6. Bae SG, Kam S, Park KS, Kim KY, Hong NS, Kim KS, et al. Factors related to intentional and unintentional medication nonadherence in elderly patients with hypertension in rural community. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10: 1979-89. <https://doi.org/10.2147/PPA.S114529>
7. Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: the role of health literacy, empowerment and medication beliefs. *J Public Health Res* 2016; 5(3): 762. <https://doi.org/10.4081/jphr.2016.762>
8. Henning O, Landmark CJ, Nakken KO, Lossius MI. Nonadherence to treatment regimens in epilepsy from the patient's perspective and predisposing factors: differences between intentional and unintentional lack of adherence. *Epilepsia* 2019; 60(5): e58-e62. <https://doi.org/10.1111/epi.14734>
9. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, Tavares NUL, Dal Pizzol TDS, Oliveira MA, et al. National survey on access, use and promotion of rational use of medicines (PNAUM): household survey component methods. *Rev Saude Publica* 2016; 50(suppl 2): 4s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006156>
10. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Mazur G, Jankowska-Polańska B. Impact of beliefs about medicines on the level of intentional non-adherence to the recommendations of elderly patients with hypertension. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(6): 2825. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062825>
11. Ge L, Heng BH, Yap CW. Understanding reasons and determinants of medication non-adherence in community-dwelling adults: a cross-sectional study comparing young and older age groups. *BMC Health Serv Res* 2023; 23(1): 905. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09904-8>
12. Shiyabola OO, Brown CM, Ward EC. "I did not want to take that medicine": African-Americans' reasons for diabetes medication nonadherence and perceived solutions for enhancing adherence. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12: 409-21. <https://doi.org/10.2147/PPA.S152146>
13. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One* 2013; 8(12): e80633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>
14. Castelan A, Nellen JF, van der Valk M, Nieuwkerk PT. Intentional-but not unintentional medication non-adherence was related with beliefs about medicines among a multi-ethnic sample of people with HIV. *AIDS Behav* 2023; 27(4): 1045-54. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03842-y>
15. Nakajima R, Watanabe F, Kamei M. Factors associated with medication non-adherence among patients with lifestyle-related non-communicable diseases. *Pharmacy (Basel)*. 2021; 9(2): 90. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9020090>
16. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington: OPAS; 2015.
17. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288(19): 2469-75. <https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>
18. Hamilton K, Stanton-Fay SH, Chadwick PM, Lorencatto F, Zoysa N, Gianfrancesco C, et al. Sustained type 1 diabetes self-management: specifying the behaviours involved and their influences. *Diabet Med* 2021; 38(5): e14430. <https://doi.org/10.1111/dme.14430>
19. Phillips LA, Leventhal H, Leventhal EA. Assessing theoretical predictors of long-term medication adherence: patients' treatment-related beliefs, experiential feedback and habit development. *Psychol Health* 2013; 28(10): 1135-51. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.793798>
20. Konstantinou P, Kassianos AP, Georgiou G, Panayides A, Papageorgiou A, Almas I, et al. Barriers, facilitators, and interventions for medication adherence across chronic conditions with the highest non-adherence rates: a scoping review with recommendations for intervention development. *Transl Behav Med* 2020; 10(6): 1390-8. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa118>
21. George M. Adherence in asthma and COPD: new strategies for an old problem. *Respir Care* 2018; 63(6): 818-31. <https://doi.org/10.4187/respcare.05905>
22. Mukhtar O, Weinman J, Jackson SHD. Intentional non-adherence to medications by older adults. *Drugs Aging* 2014; 31(3): 149-57. <https://doi.org/10.1007/s40266-014-0153-9>

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency, reasons and factors associated with intentional nonadherence to drug therapy. **Methods:** A population-based cross-sectional study was conducted with data from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). The questionnaire consisted of sociodemographic questions, presence of chronic diseases, medication use, self-rated health, and medication use behaviors. Data analysis included Poisson regression models adjusted for variance. **Results:** A total of 31,573 individuals were included, most of whom were women (53.8%), with low level of education (57.7%), and self-rated good health (56.5%). Of those interviewed, 8.8% reported increasing the medication dose and 21.2% reported reducing it. The most common reason for dose reduction was the adverse effects of the medication. There were no differences in the reasons for increasing doses. Increasing or reducing doses were most commonly reported by younger people, with lower *per capita* income and worse self-rated health. **Conclusion:** A considerable portion of the respondents did not intentionally adhere to drug therapy. Understanding nonadherence and identifying those who practice it is crucial for creating effective strategies that promote adherence to treatment and prioritize patients' needs and perspectives.

Keywords: Medication adherence. Health behavior. Patient compliance. Drug administration schedule.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Sempé, T.S.: Análise formal, Escrita – primeira redação. Pons, E.S.: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Metodologia, Software. Dal Pizzol, T.S. Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Metodologia, Software. Knauth, D.R.: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. Mengue, S.S.: Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão.

FONTE DE FINANCIAMENTO: Este estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência e Tecnologia em Insumos Estratégicos – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Processo 25000.111834/2) para SSM PNAUM; e uma bolsa de doutorado do CNPq foi concedida para ESP.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos ao Ministério da Saúde, pela encomenda, financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos.