

Associação entre polifarmácia, adesão à farmacoterapia e qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica: um estudo preliminar na Amazônia Brasileira

Jaqueleine da Trindade Valente¹  Maria Pantoja Moreira de Sena²  Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro³ 
José Luiz Fernandes Vieira^{2,3}  Luann Wendel Pereira de Sena^{1,3,4} 

¹Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Pará – UFPA. Belém/PA, Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará – UFPA. Belém/PA, Brasil.

³Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Pará – UFPA. Belém/PA, Brasil.

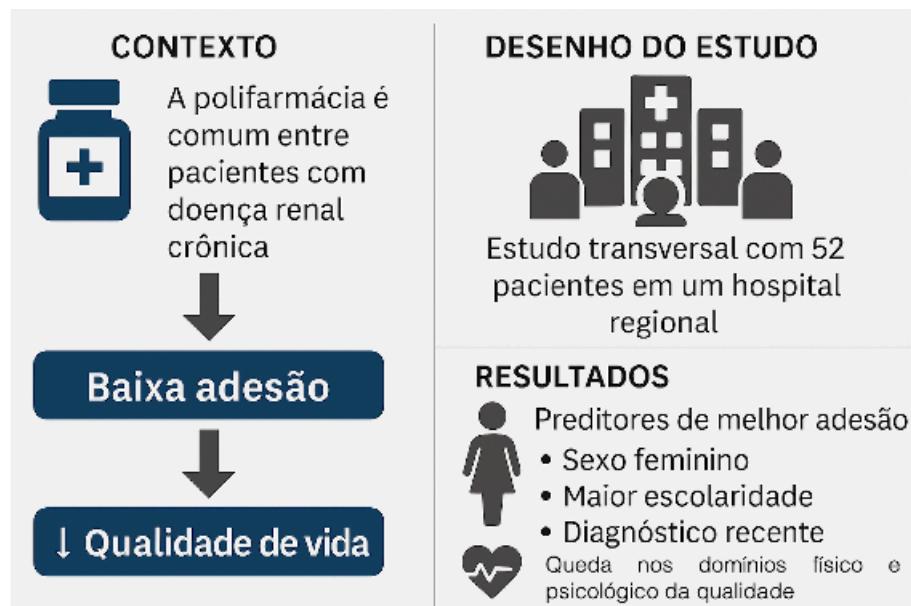
⁴Faculdade de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA. Marabá/Pará, Brasil.

E-mail: luannsena@unifesspa.edu.br

Highlights

- A polifarmácia esteve associada à baixa adesão em pacientes com doença renal crônica.
- A baixa adesão ao tratamento reduziu significativamente os escores de qualidade de vida ($p < 0,0001$).
- Sexo feminino, maior nível de escolaridade e diagnóstico recente foram preditores de melhor adesão.
- Nenhum paciente apresentou alta adesão na população avaliada.
- Os domínios físico e psicológico da qualidade de vida foram os mais impactados pela baixa adesão.

Resumo Gráfico



Resumo

A doença renal crônica é uma condição progressiva que requer manejo farmacológico complexo, sendo a polifarmácia altamente prevalente e potencialmente comprometedora da adesão ao tratamento e da qualidade de vida. Este estudo transversal incluiu 52 pacientes com doença renal crônica atendidos em hospital regional no norte do Brasil. Seu objetivo foi examinar a associação entre polifarmácia, adesão ao tratamento e qualidade de vida. A adesão foi avaliada por meio do Teste de Morisky-Green, enquanto a qualidade de vida foi mensurada com a versão abreviada do instrumento WHOQOL-BREF. Os resultados demonstraram que 65% dos pacientes apresentaram adesão moderada, enquanto 35% exibiram baixa adesão, a qual esteve significativamente associada a escores mais baixos de qualidade de vida, especialmente nos domínios físico e psicológico. Sexo feminino, maior nível de escolaridade e tempo recente de diagnóstico (1 a 3 anos) foram preditores de melhor adesão. As análises estatísticas incluíram testes do qui-quadrado e regressão logística, com nível de significância de 5% e ajustes para variáveis sociodemográficas. Esses achados reforçam o impacto negativo da baixa adesão à farmacoterapia sobre a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica e destacam a importância de intervenções direcionadas, incluindo revisão individualizada da farmacoterapia, programas de educação em saúde e apoio psicosocial, para melhorar a adesão e promover o bem-estar dos pacientes.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Adesão ao Tratamento. Qualidade de Vida.

Editor de área: Juan Francisco Pérez Sabino
Mundo Saúde. 2025,49:e17452025
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 28 março 2025.
Aprovado: 24 setembro 2025.
Publicado: 15 outubro 2025.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) representa um grave problema de saúde pública global, afetando aproximadamente 850 milhões de pessoas e figurando entre as principais causas de morbimortalidade precoce em todo o mundo^{1,2}. Caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível da função renal, evoluindo por estágios clínicos que frequentemente exigem terapias de substituição renal, como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal^{3,4}. Além do ônus fisiopatológico, a DRC impõe consequências econômicas, sociais e psicológicas significativas, impactando negativamente a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes^{5,6}.

Nesse contexto, a polifarmácia — definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos — tem emergido como um dos principais desafios terapêuticos na gestão da DRC^{7,8}. Devido à complexidade da doença e à frequência elevada de comorbidades, os pacientes com DRC são frequentemente submetidos a regimes farmacoterapêuticos extensos, que incluem anti-hipertensivos, inibidores do sistema renina-angiotensina, agentes estimuladores da eritropoiese, quelantes de fósforo e medicamentos para o controle glicêmico^{9,10}. No entanto, o uso excessivo de medicamentos pode comprometer a adesão ao tratamento, aumentar a incidência de reações adversas e interações medicamentosas, e, em última instância, reduzir a efetividade clínica e o bem-estar do paciente^{11,12}.

A adesão ao tratamento desempenha um papel cru-

cial na desaceleração da progressão da DRC e na prevenção de complicações, como eventos cardiovasculares e hospitalizações^{13,14}. Todavia, a adesão é modulada por múltiplos determinantes, incluindo nível educacional, condição socioeconômica, acesso aos serviços de saúde, presença de transtornos mentais e fatores relacionados ao regime terapêutico, como complexidade, frequência posológica e custo¹⁵⁻¹⁹. Pacientes socialmente vulneráveis, em especial, enfrentam inúmeras barreiras que dificultam a continuidade do cuidado.

Apesar da crescente atenção aos efeitos da polifarmácia e da adesão na DRC, até o momento não foram identificados estudos que investiguem simultaneamente a associação entre polifarmácia, adesão ao tratamento e qualidade de vida em pacientes com DRC na região amazônica brasileira. Tal lacuna evidencia a necessidade de geração de dados contextualmente específicos, que refletem as condições socioculturais e de acesso à saúde de áreas remotas e historicamente desassistidas.

Considerando esse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre polifarmácia, adesão ao tratamento e qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica atendidos em um hospital público regional do norte do Brasil. Ao explorar essa relação em um contexto de escassos recursos e marcada vulnerabilidade social, esta pesquisa busca subsidiar o desenvolvimento de estratégias clínicas mais integradas, seguras e eficazes para o cuidado de pacientes com DRC.

MÉTODOS

Desenho do Estudo e População

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, desenvolvido com o objetivo de analisar os fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico e à qualidade de vida em pacientes com DRC em uso de polifarmácia.

A amostra foi composta por conveniência, totalizando 52 pacientes acompanhados no ambulatório de nefrologia do Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria (HSAMZ), selecionados entre junho e dezembro de 2024. Foram incluídos indivíduos classificados nos estágios 3 a 5 da DRC, segundo critérios clínicos e laboratoriais estabelecidos pela *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO). Entre os participantes, havia tantos pacientes em fase pré-diálise (n=24) quanto em terapia dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal, n=28).

O cálculo amostral indicou a necessidade mínima de 350 pacientes para garantir poder estatístico adequado (80%, $\alpha = 0,05$), considerando uma taxa de ade-

saõ estimada em 65%, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. Entretanto, devido a limitações logísticas e ao delineamento transversal, foi utilizada uma amostra reduzida. Esse aspecto constitui uma limitação metodológica relevante, a ser considerada na interpretação e generalização dos achados.

Local do Estudo

A pesquisa foi conduzida no ambulatório de nefrologia do HSAMZ, localizado em Bragança, estado do Pará. O HSAMZ é um centro regional de referência em nefrologia, prestando assistência a aproximadamente 120 pacientes com doença renal crônica por mês, totalizando cerca de 1.440 atendimentos anuais.

A instituição dispõe de terapias de substituição renal (hemodiálise e diálise peritoneal), além de serviços voltados ao manejo de comorbidades frequentes, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e distúrbios do metabolismo ósseo e mineral. O atendimento

é conduzido por uma equipe multiprofissional composta por nefrologistas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais, assegurando abordagem integrada do cuidado.

A infraestrutura hospitalar inclui 25 máquinas de hemodiálise, laboratório clínico para monitoramento de parâmetros bioquímicos e farmácia hospitalar responsável pela dispensação de medicamentos essenciais, incluindo aqueles disponibilizados por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de elegibilidade foram definidos de forma a assegurar a uniformidade da amostra e a confiabilidade dos dados coletados. Para inclusão no estudo, os participantes deveriam ter idade mínima de 18 anos, de ambos os性os, possuir diagnóstico confirmado de DRC nos estágios 3 a 5, de acordo com critérios clínicos e laboratoriais, e estar em acompanhamento ambulatorial em fase pré-diálise ou em terapia dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal). Além disso, os pacientes precisariam utilizar concomitantemente cinco ou mais medicamentos por um período mínimo de sete dias consecutivos, critério adotado para caracterizar polifarmácia conforme definição amplamente utilizada na literatura^{7,8,20}. Também era necessário que apresentassem capacidade de comunicação verbal e compreensão suficientes para responder aos instrumentos aplicados e que consentissem voluntariamente com a participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os pacientes portadores de outras doenças crônicas capazes de interferir significativamente na adesão ao tratamento ou na qualidade de vida, como transtornos psiquiátricos graves não tratados ou doenças neurodegenerativas. Também foram excluídos aqueles que estiveram hospitalizados nos 30 dias anteriores à coleta de dados, de modo a evitar a influência de condições agudas, bem como indivíduos participantes de outros estudos clínicos envolvendo intervenções terapêuticas ou farmacológicas. Pacientes com déficits cognitivos severos ou distúrbios de comunicação que comprometesse a coleta fidedigna de informações também foram desconsiderados. Por fim, a recusa em assinar o TCLE ou a desistência voluntária após o início da coleta de dados foram considerados critérios de exclusão.

Análise dos PerfilS Sociodemográficos, Clínicos e Terapêuticos dos Pacientes

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, presenciais, conduzidas em ambiente privativo durante as consultas no ambulatório de nefrologia. As entrevistas foram aplicadas por profis-

sionais de saúde previamente capacitados, seguindo instruções padronizadas para reduzir vieses do entrevistador. Um teste piloto com dez pacientes foi realizado previamente para avaliar a compreensão dos itens. Cada entrevista teve duração média de 20 minutos e contemplou duas seções principais.

A primeira seção abordou o perfil sociodemográfico e clínico, incluindo sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, composição domiciliar, tempo de diagnóstico da DRC, autonomia no uso de medicamentos, presença de comorbidades e limitações físicas, como dificuldades de mobilidade, visão ou audição. A segunda seção concentrou-se no tratamento farmacológico, a partir de informações coletadas em prontuários médicos e/ou prescrições apresentadas pelos pacientes, registrando-se a via de administração, forma farmacêutica, classes terapêuticas e esquema posológico, de modo a permitir uma análise abrangente do regime terapêutico individual.

Adesão ao Tratamento

A adesão foi avaliada com o Teste de Morisky-Green (TMG), validado internacionalmente e adaptado conforme Almeida et al. (2014)²⁰. O TMG é composto por cinco perguntas que avaliam o comportamento do paciente em relação ao uso de medicamentos: Você se esquece de tomar seus medicamentos? Você toma seus medicamentos sempre no mesmo horário? Você para de tomar seus medicamentos quando começa a se sentir melhor? Você para de tomar seus medicamentos quando começa a se sentir pior? Você dobra a dose do seu medicamento? Cada resposta foi pontuada de acordo com a frequência relatada pelo paciente, sendo atribuída pontuação 0 à resposta “Nunca” e pontuação 1 às opções “Raramente”, “Às vezes”, “Frequentemente”, “Quase sempre” e “Sempre”. A classificação final da adesão foi determinada pela soma das pontuações das cinco respostas: pontuação 0 indicou alta adesão, pontuação entre 1 e 2 foi considerada adesão moderada, e pontuação igual ou superior a 3 caracterizou baixa adesão.

Avaliação da Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) foi avaliada por meio do WHOQOL-BREF, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado para o contexto brasileiro, com o objetivo de mensurar o bem-estar em quatro domínios principais: físico, psicológico, social e ambiental. O questionário é composto por 26 itens, avaliados em escala tipo Likert de cinco pontos (1 = muito ruim; 5 = muito bom), resultando em um escore total que varia de 26 a 130 pontos.

Para facilitar a análise comparativa entre domínios e permitir maior comparabilidade internacional, os escores obtidos foram convertidos para uma escala de 0 a

100, conforme as diretrizes metodológicas da OMS²¹.

Análise Estatística

As análises descritivas foram conduzidas por meio da construção de tabelas de frequência para as variáveis categóricas e do cálculo de medidas de tendência central (média, valores mínimos e máximos) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. Para comparações entre grupos, utilizou-se o teste do qui-quadrado (χ^2) em variáveis categóricas, enquanto o teste t de Student foi aplicado, quando apropriado, para avaliar diferenças médias entre os níveis de adesão.

Além disso, foi explorada a associação progressiva entre o número de medicamentos prescritos, os escores de adesão e os escores de qualidade de vida, de modo a identificar possíveis tendências entre maior carga

farmacoterapêutica e desfechos avaliados. Para maior robustez, procedeu-se à análise de regressão logística, ajustada para variáveis sociodemográficas relevantes, a fim de estimar os preditores independentes da adesão.

Todas as análises foram realizadas no software *Bio-Estat*, versão 5.3, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para rejeição da hipótese nula.

Considerações Éticas

Este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, sob o parecer consubstanciado nº 6.871.936.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Pacientes

Um total de 52 pacientes foi analisado, e suas ca-

racterísticas sociodemográficas e dados autorreferidos de saúde estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas e Clínicas de Pacientes com Doença Renal Crônica em uso de Polifarmácia.

Características	n (%)	Média± Desvio Padrão
Idade		52,2±17,8
18-30 anos	7 (13%)	
30-40 anos	9 (17%)	
40-50 anos	8 (15%)	
50-60 anos	5 (10%)	
>60 anos	23 (44%)	
Sexo		
Masculino	23 (44%)	
Feminino	29 (56%)	---
Escolaridade		
Analfabeto	9 (17%)	
Ensino fundamental (completo e incompleto)	22 (42%)	
Ensino médio (completo e incompleto)	20 (38%)	---
Ensino superior	1 (2%)	
Estado Civil		
Solteiro		
Casado/União estável	23 (44%)	
Divorciado	23 (44%)	---
Viúvo	2 (4%)	
Ocupação	4 (8%)	
Aposentado		
Dona de casa	29 (56%)	
Outros	7 (13%)	---
Composição domiciliar	16 (31%)	
Até 2 pessoas		
> 2 pessoas	16 (31%)	

continua...

continuação - Tabela 1.

Características	n (%)	Média± Desvio Padrão
Limitações (mobilidade, visão, audição etc.)	36 (69%)	---
Sim		
Não	11 (21%)	---
Autonomia no uso de medicamentos	41 (79%)	
Com ajuda		
Sem ajuda	17 (33%)	---
Comorbidades (diabetes, hipertensão, cardiopatias etc.)	35 (67%)	
Sim		
Não	38 (73%)	---
Tempo de diagnóstico	14 (27%)	10,4±6,1
< 1 ano	2 (4%)	
1-3 anos	18 (35%)	
3-4 anos	10 (19%)	
5-6 anos	8 (15%)	
> 6 anos	14 (27%)	

Medicamentos Utilizados

Os resultados indicaram que todas as classes farmacológicas foram utilizadas por todos os pacientes,

incluindo agentes estimuladores da eritropoiese e medicamentos antianêmicos (100%), além de quelantes de fósforo (73%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Identificação dos Medicamentos Utilizados no Tratamento da Doença Renal Crônica em Pacientes em Uso de Polifarmácia.

Classe Farmacológica	Grupo AM* (n,%)	Grupo AB* (n,%)	Forma Farmacêutica	Via de Administração	Posologia**
Agente estimulante de eritropoiese Alfaepoetina 4.000 UI/mL	52 (100 %)	52 (100 %)	Solução injetável	Subcutânea	Dose de manutenção PCDT (2017)***
Agente estimulante de eritropoiese Alfaepoetina 4.000 UI/mL	52 (100 %)	52 (100 %)	Solução injetável	Subcutânea	Dose de manutenção PCDT (2017)***
Análogos da Vitamina D Calcitriol 0,25 mg	4 (8%)	4 (8%)	Cápsula	Oral	Mínimo: uma vez ao dia Máximo: quatro vezes ao dia
Calcimimético Cinacalceto 30 mg	19 (37%)	8 (15%)	Tablet	Oral	Mínimo: uma vez ao dia Máximo: quatro vezes ao dia
Agentes Antianêmicos Complexo Hidróxido Sacarose Férrica 100 mg	52 (100 %)	52 (100 %)	Solução injetável	Intravenosa	Dose de manutenção PCDT (2017)***
Quelante de Fósforo Sevelâmer 800 mg	25 (48%)	13 (25%)	Tablet	Oral	Três vezes ao dia, junto as refeições

* AM: adesão moderada; AB: adesão baixa.

** Posologia: valores máximos e mínimos entre os pacientes do estudo.

*** PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para anemia na doença Renal Crônica.

Peso e Altura Médios dos Pacientes

O peso e a altura médios dos pacientes foram de $57,34 \pm 13,53$ kg e $1,56 \text{ m} \pm 0,14$, respectivamente. Entre os grupos, os pacientes com adesão moderada apresentaram peso médio de $56,89 \pm 14,56$ kg e al-

tura de $1,55 \pm 0,14$ m, enquanto o grupo com baixa adesão apresentou peso médio de $58,17 \pm 11,68$ kg e altura de $1,58 \pm 0,06$ m. A área de superfície corporal (ASC) dos participantes foi calculada utilizando a fórmula de Mosteller (Tabela 3).

Tabela 3 - Estimativas de Peso e Altura Médios de Pacientes com Doença Renal Crônica em Uso de Polifarmácia.

Grupo	Pacientes (média ± desvio padrão)		ASC pelo método de Mosteller
	Peso	Altura	
Todos os pacientes	57,34 kg ± 13,53	1,56 m ± 0,14	1,58 m ²
Adesão moderada	56,89 kg ± 14,56	1,55 m ± 0,14	1,57 m ²
Baixa adesão	58,17 kg ± 11,68	1,58 m ± 0,06	1,60 m ²

Adesão ao Tratamento

A classificação dos pacientes pelo Teste de Morisky-Green (TMG) não identificou casos de alta adesão. Dos 52 participantes, 34 (65%) apresentaram pontuação entre 1 e 2, sendo categorizados como de adesão moderada, enquanto 18 (35%) obtiveram pontuação igual ou superior a 3, caracterizando baixa adesão.

As análises comparativas revelaram associações estatisticamente significativas entre os níveis de adesão e diversas variáveis sociodemográficas e clínicas. Entre os pacientes com adesão moderada, destacaram-se significâncias para estado civil, limitações funcionais e tempo de diagnóstico (1 a 3 anos), todas com valores de $p < 0,0001$. No grupo com baixa adesão, o nível de escolaridade demonstrou associação particularmente relevante, sendo que 38% dos indivíduos possuíam apenas ensino fundamental ou médio (completo/incompleto), também com $p < 0,0001$ (Tabela 4).

Outras variáveis também evidenciaram relevância estatística: o sexo feminino associou-se a maiores ní-

veis de adesão ($p = 0,0077$), o nível de escolaridade manteve forte correlação ($p = 0,0001$) e o estado civil demonstrou significância adicional ($p = 0,0006$). Em contrapartida, ocupação ($p = 0,6461$) e composição familiar ($p = 0,3522$) não apresentaram significância estatística, indicando ausência de associação consistente com os padrões de adesão.

As limitações funcionais mantiveram associação significativa ($p = 0,0080$), enquanto a autonomia no uso de medicamentos, embora tenha mostrado tendência de relevância, não alcançou significância estatística ($p = 0,0743$). Da mesma forma, a presença de comorbidades não se associou de forma significativa à adesão ($p = 0,3304$). O tempo de diagnóstico, por sua vez, destacou-se como variável de maior impacto, com significância robusta para a faixa de 1 a 3 anos ($p < 0,0001$), sugerindo que o engajamento terapêutico é mais elevado nas fases iniciais da doença renal crônica, declinando progressivamente ao longo da evolução clínica.

Tabela 4 - Classificação e Distribuição dos Pacientes Segundo o Questionário de Morisky-Green: Adesão Moderada e Baixa em Relação a Múltiplas Variáveis.

Características	AM* n, %, (p)	AB* n, %, (p)	AB x AB (p)
Sexo			
Masculino	10 (29%)	13 (72%)	(p)=0,0077
Feminino	24 (71%)	5 (28%)	
	(p)=0,0258	(p)=0,099	
Escolaridade			
Analfabeto	8 (24%)	1 (6%)	
Ensino fundamental (completo e incompleto)	13 (38%)	10 (56%)	
Ensino médio (completo e incompleto)	13 (38%)	6 (33%)	(p)=0,0001
Ensino superior	0	1 (6%)	
	(p)=0,4794	(p)<0,0001	
Estado Civil			
Solteiro	16 (47%)	7 (39%)	
Casado/União estável	13 (38%)	10 (56%)	
Divorciado	1 (3%)	1 (6%)	
Viúvo	4 (12%)	0	(p)=0,0006
	(p)<0,0001	(p)=0,0302	
Ocupação			
Aposentado	19 (56%)	6 (33%)	
Dona de casa	5 (15%)	12 (67%)	(p)=0,3522
Outros	10 (29%)	(p)=0,2386	

continua...

continuação - Tabela 3.

Características	AM* n, %, (p)	AB* n, %, (p)	AB x AB (p)
	(p)=0,0118	(p)=0,0118	
Limitações (mobilidade, visão, audição etc.)			
Sim	4 (12%)	5 (28%)	
Não	30 (88%)	13 (72%)	(p)=0,0080
	(p)=<0,0001	(p)=0,0990	
Autonomia no uso de medicamentos			
Com ajuda	14 (41%)	5 (28%)	
Sem ajuda	20 (59%)	13 (72%)	(p)=0,0743
	(p)=0,3912	(p)=0,0990	
Comorbidades (diabetes, hipertensão, cardiopatias etc.)			
Sim	24 (71%)	14 (78%)	
No	10 (29%)	4 (22%)	(p)=0,3304
	(p)=0,0258	(p)=0,0339	
Tempo de diagnóstico			
< 1 ano	0	2 (11%)	
1-3 anos	18 (53%)	4 (22%)	
3-4 anos	3 (9%)	2 (11%)	(p)=<0,0001
5-6 anos	3 (9%)	4 (22%)	
> 6 anos	10 (29%)	6 (33%)	
	(p)=<0,0001	(p)=0,0018	

*AM: adesão moderada; AB: adesão baixa.

Qualidade de Vida

Os domínios de saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente foram analisados individualmente e em associação com os níveis de adesão, distinguindo os pacientes classificados como de adesão moderada daqueles com baixa adesão. Foram identificadas diferenças altamente significativas entre os grupos em todos os domínios avaliados ($p < 0,0001$), evidenciando uma distinção estatística robusta entre os diferentes padrões de adesão.

No que se refere à qualidade de vida global (QV), também foi constatada significância estatística ($p < 0,0001$), indicando diferenças relevantes entre os grupos. Pacientes com baixa adesão apresentaram escores médios inferiores em todos os domínios e na avaliação global de QV, refletindo impacto substancialmente negativo associado à não adesão. Os valores de p ($< 0,0001$) reforçam a robustez das diferenças observadas, sugerindo forte correlação entre adesão farmacoterapêutica e percepção de qualidade de vida (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos Escores Médios de Qualidade de Vida e Estratificados por Níveis de Adesão ao Tratamento em Pacientes com Doença Renal Crônica em Uso de Polifarmácia.

Dominios e Qualidade de Vida Global (QV)	Pacientes (media ± desvio padrão)		
	Todos os Pacientes	AM*	AB*
Físico	55,7 ± 15,45	35,67 ± 28,99	20,09 ± 29,32
Psicológico	64,40 ± 9,93	42,53 ± 32,32	21,86 ± 30,83
Relações Sociais	71,30 ± 13,96	46,21 ± 35,93	25,09 ± 35,61
Meio Ambiente	69,98 ± 10,56	46,40 ± 35,00	23,57 ± 33,42
Qualidade de vida global (QV)	64,75 ± 7,13	42,25 ± 5,18	22,25 ± 2,21

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam desafios significativos relacionados à adesão ao tratamento e à QV de pacientes com DRC em uso de polifarmácia. Um resultado particularmente alarmante foi a ausência completa de pacientes com alta adesão, com

65% classificados como de Adesão moderada e 35% com baixa adesão. Tal cenário sugere que barreiras sistêmicas — como a complexidade do tratamento, limitações financeiras, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a carga medicamentosa — exercem

papel substancial na não adesão²².

As taxas de adesão apresentaram associações estatisticamente significativas com o nível de escolaridade ($p = 0,0001$), sexo ($p = 0,0077$), estado civil ($p = 0,0006$) e limitações funcionais ($p = 0,0080$). As mulheres demonstraram maior adesão, achado compatível com estudos prévios que indicam que o sexo feminino apresenta comportamentos mais proativos em relação à saúde, maior habilidade na gestão de medicamentos e maior engajamento com os serviços de saúde^{23,34}. Em contrapartida, níveis educacionais mais baixos foram fortemente associados à não adesão, possivelmente em decorrência de dificuldades na compreensão das prescrições, na organização de esquemas terapêuticos complexos e na percepção dos riscos da não adesão. Embora 79% dos participantes tenham relatado ausência de limitações funcionais significativas, esse achado pode refletir viés de autorrelato ou déficits leves não diagnosticados que ainda impactam a adesão. Adicionalmente, pacientes com diagnóstico recente (entre 1 e 3 anos) demonstraram maiores taxas de adesão (53%), enquanto aqueles com diagnóstico superior a seis anos apresentaram maiores índices de não adesão (33%), sugerindo que o engajamento é mais elevado nas fases iniciais da DRC e pode declinar com o tempo em decorrência da “fadiga do tratamento”^{25,26}.

A polifarmácia impõe um desafio duplo no manejo da DRC: embora seja essencial para o controle de comorbidades como hipertensão, diabetes e distúrbios metabólicos, ela também aumenta a complexidade terapêutica, a carga medicamentosa e o risco de interações medicamentosas²⁷. Neste estudo, todos os pacientes utilizaram agentes estimuladores da eritropoiese e medicamentos antianêmicos (100%), enquanto 73% fizeram uso de quelantes de fósforo. Esses achados estão em consonância com os protocolos terapêuticos da DRC; no entanto, o uso predominante de esquemas fixos, em detrimento de ajustes baseados no peso ou na área de superfície corporal, levanta preocupações quanto à exposição a níveis subterapêuticos ou tóxicos de fármacos²⁸. Um desafio crítico na gestão medicamentosa são os efeitos adversos, que frequentemente desestimulam a adesão^{17,28}. Embora este estudo não tenha avaliado diretamente reações adversas ou interações medicamentosas, pesquisas anteriores apontam que a polifarmácia em pacientes com DRC aumenta significativamente a probabilidade de descontinuação medicamentosa, especialmente diante de esquemas terapêuticos complexos^{18,19,20}. Estudos futuros devem explorar variações farmacocinéticas e efeitos adversos autorrelatados, a fim de otimizar a farmacoterapia e promover maior adesão.

As restrições econômicas agravam ainda mais a

problemática da adesão, sobretudo considerando a alta proporção de aposentados e beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (56%), o que sugere dependência de rendas fixas e limitadas, muitas vezes insuficientes para cobrir os custos relacionados ao tratamento²¹. Além dos medicamentos, os encargos financeiros relacionados ao transporte até os serviços de saúde, à aquisição de medicamentos não padronizados e às exigências dietéticas específicas representam desafios adicionais^{21,23}. Estudos anteriores demonstram que a dificuldade financeira está fortemente correlacionada à racionamento de medicamentos, atrasos no atendimento e aumento das hospitalizações²¹⁻²⁴. Embora o CEAF viabilize o acesso a medicamentos essenciais para a DRC, seus custos e entraves burocráticos ainda representam barreiras substanciais. A ampliação dos programas de assistência farmacêutica, a oferta de subsídios para transporte e a implementação de ações de orientação financeira são estratégias promissoras para mitigar essas barreiras e favorecer a adesão^{25,26}.

Um dos principais achados deste estudo foi a forte correlação entre baixa adesão e redução da QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF ($p < 0,0001$). Os pacientes com baixa adesão apresentaram escores médios significativamente mais baixos nos domínios físico ($20,09 \pm 29,32$) e psicológico ($21,86 \pm 30,83$), em comparação àqueles com adesão moderada ($35,67 \pm 28,99$ e $42,53 \pm 32,32$, respectivamente). O domínio físico, que abrange aspectos como dor, mobilidade e níveis de energia, apresentou os escores mais baixos, sugerindo que pacientes com baixa adesão enfrentam maiores limitações funcionais e maior carga sintomática^{13,21}. Esse resultado é consistente com a literatura que demonstra que a não adesão acelera a progressão da DRC, eleva as taxas de hospitalização e compromete os desfechos clínicos de longo prazo^{26,27}. O sofrimento psicológico também se mostrou altamente prevalente entre os pacientes com baixa adesão, reforçando a relação bidirecional entre saúde mental e adesão ao tratamento. Ansiedade, depressão, frustração e medo da progressão da doença podem reduzir a motivação para seguir o regime terapêutico prescrito²⁸.

Dentre os domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, os maiores escores foram observados no domínio das relações sociais, com pacientes de adesão moderada apresentando média de $46,21 \pm 35,93$ e aqueles com baixa adesão, $25,09 \pm 35,61$. Esse resultado sugere que redes de apoio familiar e social podem exercer papel protetor no comportamento de adesão²⁹. No entanto, tais escores ainda são inferiores aos observados em outras populações com doenças crônicas, indicando que pacientes com DRC enfrentam desafios sociais específicos, como

estigmatização, isolamento decorrente da fadiga e dependência de cuidadores. O domínio ambiental, que compreende segurança, habitação, transporte e acesso aos serviços de saúde, também apresentou associação significativa com os níveis de adesão. Pacientes com baixa adesão apresentaram escores significativamente mais baixos nesse domínio ($23,57 \pm 33,42$), refletindo vulnerabilidades associadas às condições de moradia e à acessibilidade aos cuidados em saúde. Estudos demonstram que moradias precárias, grandes distâncias até os centros de tratamento e ausência de transporte público afetam desproporcionalmente os pacientes com DRC, destacando a necessidade de políticas sociais integradas que extrapolam o setor saúde^{6,10,30}.

Esses achados reforçam a necessidade urgente de estratégias de promoção da adesão que transcendam as abordagens clínicas tradicionais³⁰. Considerando que fatores econômicos, educacionais e ambientais influenciam significativamente a adesão ao tratamento, as intervenções devem ser multidisciplinares e orientadas por políticas públicas³. Recomendações centrais incluem a implementação de programas de letramento em saúde, especialmente para pacientes com baixa escolaridade, visando melhorar a compreensão dos medicamentos e as habilidades de autogestão^{29,30}. Intervenções lideradas por farmacêuticos devem ter papel ampliado na reconciliação medicamentosa, nos ajustes de dose e no aconselhamento terapêutico²². A ampliação de iniciativas de apoio financeiro — como subsídios governamentais para transporte, aquisição de medicamentos não padronizados e suporte nutricional — pode aliviar os encargos econômicos^{27,29}. Além disso, a integração de serviços de saúde mental no cuidado à DRC é essencial, dada a alta prevalência de sofrimento psicológico. Por fim, a transição de esquemas fixos para es-

tratégias baseadas em parâmetros farmacocinéticos pode otimizar os resultados terapêuticos e reduzir o risco de toxicidade³¹.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal impossibilita estabelecer relações de causalidade entre adesão, qualidade de vida e demais variáveis, restringindo as conclusões às associações observadas. Além disso, o tamanho reduzido da amostra, decorrente de limitações logísticas, pode comprometer o poder estatístico e a generalização dos achados para outras populações com DRC. A ausência de estratificação mais detalhada por tipo de diálise, bem como a não avaliação de efeitos adversos, interações medicamentosas ou parâmetros farmacocinéticos, limitam a compreensão integral do impacto da polifarmácia sobre a adesão. Por fim, a utilização de instrumentos baseados em autorrelato pode estar sujeita a vieses de memória ou desejabilidade social. Apesar dessas restrições, os resultados fornecem evidências preliminares importantes que reforçam a necessidade de investigações longitudinais e com amostras mais amplas.

Este estudo evidencia a natureza complexa e multidimensional da adesão ao tratamento em pacientes com DRC submetidos à polifarmácia. A ausência de alta adesão, a forte correlação entre não adesão e redução da QV, e a influência significativa de fatores sociodemográficos e econômicos reforçam a urgência de intervenções centradas no paciente, de caráter multidisciplinar e orientadas por políticas públicas^{24,31}. Estudos futuros devem priorizar delineamentos longitudinais para acompanhar o comportamento de adesão ao longo do tempo, explorar influências farmacogenéticas na metabolização de fármacos e avaliar intervenções que integrem determinantes médicos e sociais da adesão.

CONCLUSÃO

Este estudo evidencia a complexa interação de fatores que influenciam a adesão ao tratamento e a QV em pacientes com doença renal crônica submetidos à polifarmácia. Variáveis sociodemográficas, especialmente o nível educacional e a condição socioeconômica, impactaram significativamente a adesão, uma vez que menores níveis de escolaridade e limitações financeiras comprometeram a capacidade dos pacientes de seguir adequadamente as orientações médicas. A polifarmácia agravou ainda mais esse cenário, elevando o risco de interações medicamentosas e efeitos adversos, o que reforça a necessidade de prescrições racionais e de ajustes terapêuticos individualizados. A aplicação do TMG revelou consi-

derável variabilidade nos níveis de adesão, com uma proporção expressiva de pacientes apresentando baixa adesão, o que reforça a importância de estratégias personalizadas que abordem o letramento em saúde e os desafios da gestão da doença. A qualidade de vida, avaliada por meio da versão breve do instrumento da OMS (WHOQOL-BREF), apresentou escores mais baixos nos domínios físico e psicológico, enquanto o domínio das relações sociais demonstrou possível papel compensatório. A forte correlação entre maior adesão e melhores indicadores de QV — especialmente no controle de sintomas e na capacidade funcional — destaca a relevância de intervenções abrangentes, que incluam educação em

saúde, suporte psicológico e o fortalecimento das redes de apoio social, como estratégias fundamentais

para promover a adesão terapêutica e o bem-estar global dessa população.

Declaração do autor CRedit

Conceitualização: Sena, LWP; Vieira, JLF. Metodologia: Valente, JT; Sena, MPM; Ribeiro, CHMA. Validação: Maria Pantoja Moreira de Sena; Vieira, JLF. Análise estatística: Valente, JT; Ribeiro, CHMA. Análise formal: Valente, JT; Sena, MPM. Investigação: Valente, JT; Ribeiro, CHMA. Recursos: Sena, MPM; Vieira, JLF. Redação – preparação do rascunho original: Valente, JT; Sena, MPM. Redação – revisão e edição: Sena, LWP; Vieira, JLF. Visualização: Ribeiro, CHMA; Valente, JT. Supervisão: Sena, LWP; Vieira, JFF. Administração do projeto: Sena, LWP.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Rosenthal ST, Carvalho AB, Silva IC, Silva RO, Macedo LAR. Advances in the pathophysiology, diagnosis, and treatment of chronic kidney disease: a comprehensive review. *Braz J Health Rev.* 2024;7:e72107. doi:10.34119/bjhrv7n4-347.
2. Gouvêa ECDP, Ribeiro AM, Aquino EC, Stopa SR, Höfelmann DA. Mortality trends due to chronic kidney disease in Brazil: an ecological study. *Epidemiol Serv Saude.* 2023;32(3):e2022230. doi:10.1590/S2237-96222023000300010.
3. Oliveira GL, Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Factors related to treatment adherence from the elderly perspective. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(4):e200160. doi:10.1590/1981-22562020023.200160.
4. Silva MC, Oliva EFS, Rickli C, Braga LS. Epidemiological profile characterization of chronic kidney disease patients in a dialysis treatment unit in Campo Mourão-PR. *Res Soc Dev.* 2022;11(14):e57211427966.
5. Butyn G, Carvalho GM, Castro CJS, Silva GR, Arcaro G, Martins CM, et al. Quality of life assessment in chronic kidney disease patients undergoing renal replacement therapy. *Braz J Health Rev.* 2021;4(1):2785-98. doi:10.34119/bjhrv4n1-223.
6. Moura MRP, Silva MEVL, Nascimento MA, Assunção MJM, Câmara JT. Physical and functional capacity of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis treatment. *Bol Conjuntura.* 2024;18(54):464-94. doi:10.5281/zenodo.13316427.
7. Ministério da Saúde (BR). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2 jan 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/diretriz-cuidados-drc.pdf/view>.
8. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200080. doi:10.1590/1980-549720200080.
9. Brasil. Projeto de Lei nº 1.751, de 2019. Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Câmara dos Deputados; 2019 [acesso em 28 dez 2024]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br>.
10. Minas Gerais. Lei nº 24.654, de 2024. Estabelece os direitos das pessoas com Doença Renal Crônica no estado de Minas Gerais. Diário Oficial de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2024.
11. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União. Brasília; 7 jul 2015.
12. Firmino AP, Moreira ACA, Dourado FW, Aguiar FAR. Quality of life of elderly individuals with chronic diseases monitored by the family health strategy. *Enferm Foco.* 2020;11(4):98-104. doi:10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.
13. Paixão HM, Felício LLS. Health policies and psychonephrology: an experience report. *Rev Multidiscip Nordeste Mineiro.* 2024;7(1):15-23. doi:10.61164/rmmn.v7i1.2698.
14. Sousa ND, Araújo AM, Sousa DS, Lemos WGS, Rocha MHA, Negreiros ALB. Perception of chronic kidney disease patients about hemodialysis treatment. *Saúde Coletiva (Barueri).* 2021;11(64):5594-603. doi:10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5594-5603.
15. Carvalho BF, Inocêncio CC, Guadagnin E, Amorim E, Vianna PVC. WHOQOL-100 instrument and public policies: quality of life assessment of the target population of a housing policy. *Saude Soc.* 2021;30(2):e200324. doi:10.1590/S0104-12902021200324.
16. Centenaro APFC, Beck CLC, Silva RM, Andrade A, Costa MC, Silva EB. Waste collectors: life and work in light of social determinants of health. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20200902. doi:10.1590/0034-7167-2020-0902.
17. Lima ABA, Leitão LCP, Jedlicka LDL. Quality of life perception of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis treatment in a city in northern Brazil. *Rev Saude Coletiva Uefs.* 2024;14(2):e9613. doi:10.13102/rscdauefs.v14i2.9613.
18. Albuquerque KR, Borges JWP, Rodrigues MTP. Non-adherence to pharmacological treatment of systemic arterial hypertension in primary health care. *Cad Saude Colet.* 2024;32(1):e393. doi:10.1590/1414-462X202432010393.
19. Cardoso AM, Dias W. Evaluation of the quality of social relationships of hemodialysis patients. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ.* 2024;10(10):4346-62. doi:10.51891/rease.v10i10.16308.
20. Almeida ED, Rodrigues LCS, Vieira JLF. Estimates of adherence to treatment of vivax malaria. *Malar J.* 2014;13:321. doi:10.1186/1475-2875-13-321.
21. World Health Organization (WHO). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO; 1996.
22. Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Silva RS, Fernandes FECV. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Rene.* 2017;18:396-403. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324053754016/html/>.
23. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Gaucha Enferm.* 2010;31(3):428-34. doi:10.1590/S1983-14472010000300004.
24. Ottaviani AC, Betttoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25:e00650015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6QmQ3c5mQKcV9zXb6bK9W3z/>.
25. Silva GD, Fernandes BD, Silva FA, Dias YCB, Melchiors AC. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. *Rev Bras Qual Vida.* 2016;8(3):229-45. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324053754016/html/>.
26. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev Latinoam Enferm.* 2012;20(5):838-46. doi:10.1590/S0104-11692012000600004.

-
27. Nunes C, Lobo A. Estudo das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. *Rev Enferm Referencia*. 2012;3(8):39-45. doi:10.12707/RIII1215.
28. Medeiros R, Nunes M, Sousa A, Martha R, Nunes V, Costa T, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos em hemodiálise. *Rev Enferm UFPE Online*. 2015;9(9):1018-27. doi:10.1590/1982-0194201900037.
29. Gomes LE, Lopes A, Castro C, Zanatta A, Pfaffenbach G, Julia A, et al. Qualidade de vida do paciente portador de doença renal crônica. *Rev Cienc Inovacao*. 2012;5(1):63-73. Disponível em: https://faculdadedeamerican.com.br/ojs/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/605/828/2333.
30. Manavalan M, Majumdar A, Harichandra Kumar KT, Priyamvada PS. Assessment of health-related quality of life and its determinants in patients with chronic kidney disease. *Indian J Nephrol*. 2017;27(1):37-43. doi:10.4103/0971-4065.179205.
31. Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of life in hemodialysis patients. *Mater Sociomed*. 2015;27(5):305-9. doi:10.5455/msm.2015.27.305-309.

Como citar este artigo: Valente, J.T., Sena, M.P.M., Ribeiro, C.H.M.A., Vieira, J.L.F., Sena, L.W.P. (2025). Associação entre polifarmácia, adesão à farmacoterapia e qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica: um estudo preliminar na Amazônia Brasileira. *O Mundo Da Saúde*, 49. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e17452025P>. *Mundo Saúde*. 2025,49:e17452025.