

Perfil sociodemográfico, adesão e interações farmacológicas em pacientes com dor crônica atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de Blumenau: estudo transversal

Sociodemographic profile, adherence, and drug interactions in patients with chronic pain treated by the Specialized Pharmaceutical Care Component of Blumenau: cross-sectional study

Helena Luiza Kirsten Sasse¹ , Luana Gabriele Nilson² , Mônica Cristina Nunes¹ 

¹ Universidade Regional de Blumenau, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Blumenau, SC, Brasil.

² Universidade Regional de Blumenau, Departamento de Medicina, Blumenau, SC, Brasil.

Correspondência para:
Helena Luiza Kirsten Sasse
hlsasse@furb.br

Apresentado em:
30 de junho de 2025.
Aceito para publicação em:
14 de novembro de 2025.

Conflito de interesses:
não há.

Fontes de fomento:
não há.

Disponibilidade de dados
Os dados que apoiam as descobertas deste estudo estão disponíveis com o autor correspondente mediante solicitação razoável.

Editor associado responsável:
Marcelo Anderson Bracht 

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor crônica (DC) é uma condição multifatorial que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico, a DC apresenta desafios terapêuticos variados, além do seu significativo impacto econômico e social. O objetivo deste estudo foi definir o perfil sociodemográfico, avaliar a adesão farmacológica e as interações farmacológicas potenciais de pacientes diagnosticados com DC que retiram seu fármaco no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

MÉTODOS: Foram aplicados dois instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento: o teste de Morisky-Green (TMG) e o Brief Medication Questionnaire (BMQ). Para verificar a concordância entre eles, utilizou-se o coeficiente Kappa. Houve prevalência de mulheres, cor branca, faixa etária predominante entre 40 e 59 anos, casados e ensino fundamental incompleto. A busca por interações farmacológicas identificou o uso concomitante de gabapentina e tramadol resultando em interação de risco elevado.

RESULTADOS: Os resultados do TMG indicaram 65% dos pacientes com moderada adesão e o BMQ 60% de provável baixa adesão, sendo que 95% pontuaram no domínio recordação. O coeficiente Kappa apresentou concordância moderada de 0,58.

CONCLUSÃO: O acompanhamento farmacêutico tornasse fundamental para orientar o uso dos fármacos, identificando interações e promovendo maior adesão ao tratamento.

DESCRITORES: Adesão à medicação, Dor crônica, Interações farmacológicas, Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Tratamento farmacológico.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain (CP) is a multifactorial condition that significantly affects patients' quality of life. Classified according to its pathophysiological mechanism, CP presents a variety of therapeutic challenges, in addition to its significant economic and social impact. The aim of this study was to define the sociodemographic profile, assess drugs adherence and potential drug interactions of patients diagnosed with chronic pain who take their drugs from the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica).

METHODS: Two instruments were used to assess drug adherence: the Morisky-Green Test (TMG) and the Brief Medication Questionnaire (BMQ). To evaluate the agreement between them, the Kappa coefficient was applied. There was a prevalence of women, white, predominantly aged between 40 and 59, married and with incomplete primary education. The search for drug interactions identified the concomitant use of gabapentin and tramadol, resulting in a high-risk interaction.

RESULTS: The results of the TMG indicated 65% of patients with moderate adherence and the BMQ 60% with probable low adherence, with 95% scoring in the recall domain. The Kappa coefficient showed moderate agreement at 0.58.

CONCLUSION: Pharmaceutical monitoring is essential to guide the use of drugs, identifying interactions and promoting greater adherence to treatment.

KEYWORDS: Chronic pain, Drugs from the Specialized, Drug interactions, Drug therapy, Component of Pharmaceutical Care, Medication adherence.

DESTAQUES

- O perfil predominante dos pacientes com dor crônica atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi de mulheres, brancas, com idade entre 40 e 59 anos, com ensino fundamental incompleto
- Identificou-se uma interação farmacológica de risco "maior" entre tramadol e gabapentina, alertando para a necessidade de monitoramento farmacêutico contínuo para garantir a segurança do tratamento
- A aplicação conjunta dos questionários Brief Medication Questionnaire e Morisky-Green revelou dificuldades de memória como a principal barreira à adesão farmacológica, apontando a necessidade de estratégias de manejo que contemplam o comprometimento cognitivo

INTRODUÇÃO

A atual definição de dor pela *Association for the Study of Pain* (IASP) é “[...] uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”¹. Quanto à subclassificação temporal, ela pode ser aguda e crônica, sendo a dor crônica (DC) aquela que persiste após três meses além do tempo habitual de cura de uma lesão, ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente². A DC pode ser classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos: a) dor de predomínio nociceptivo, b) dor de predomínio neuropático e c) dor mista³.

Um estudo multicêntrico realizado em 1998 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou prevalência de DC em 22% da população mundial; no entanto os dados brasileiros coletados no Rio de Janeiro mostram prevalência de 31%. No Brasil, outros estudos mapearam a prevalência de DC em algumas regiões urbanas como São Paulo com 29%, Florianópolis com 26%, e Salvador com 40%⁴.

A cada ano, um em cada 10 adultos é diagnosticado com DC e devido a sua magnitude, complexidade e alto impacto socioeconômico, é considerada por muitos autores como um grande problema de saúde pública. A DC é responsável pelas principais causas de absenteísmo no trabalho, licença médica, aposentadoria antecipada, indenizações trabalhistas e baixa produtividade⁵.

Conforme Mendes⁶, a estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Nesse contexto, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) se destaca como um elemento essencial na busca pela garantia da integralidade do cuidado em saúde. Inserido no nível secundário de atenção à saúde, o CEAF é definido como

[...] uma estratégia de acesso a fármacos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento farmacológico, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Os fármacos disponibilizados pelo CEAF estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais⁷.

Segundo a Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, o tratamento das dores nociceptiva e mista segue as recomendações da OMS, incluindo analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides (fracos e fortes). Para a dor neuropática, são indicados antidepressivos tricíclicos e antiepilepticos, reservando-se opioides apenas para pacientes com dor refratária a outras terapias⁸. A Relação Estadual de Medicamentos do CEAF/SC compreende quatro fármacos com apresentações variadas.

Os fármacos apresentados nessa relação são os seguintes: codeína 30 mg (por unidade de comprimido), codeína 3 mg/mL na forma de solução oral (por frasco contendo 120 mL), gabapentina 300 mg (por cápsula), gabapentina 400 mg (por cápsula), metadona 5 mg

(por unidade de comprimido), metadona 10 mg (por unidade de comprimido), morfina 10 mg (por unidade de comprimido), morfina 30 mg (por unidade de comprimido), morfina 30 mg (em cápsulas de liberação controlada), morfina 60 mg (em cápsulas de liberação controlada), além de morfina 10 mg/mL na forma de solução oral (por frasco contendo 60 mL)⁹.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil sociodemográfico, avaliar adesão e interações farmacológicas de pacientes com DC atendidos pelo CEAF de Blumenau.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, de caráter descritivo realizado no município de Blumenau, SC, envolvendo pacientes que obtêm seu tratamento farmacológico por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2024.

Participantes

Foram incluídos pacientes previamente diagnosticados com DC e que tinham acesso ao tratamento farmacológico de acordo com a Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024, que aprova o PCDT da doença em questão⁸.

Critérios de inclusão: residir em Blumenau, ter diagnóstico de DC e retirar seus fármacos no CEAF.

Critérios de exclusão: pacientes com desordens físicas ou mentais que impedissem o preenchimento do questionário, bem como aqueles que recusaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Variáveis

Foram consideradas variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, cor da pele e escolaridade.

Instrumentos de avaliação e fontes de dados

A coleta de dados ocorreu a partir do Sistema Automatizado do Município e de entrevistas com os pacientes. Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e identificar possíveis efeitos adversos e interações farmacológicas, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Brief Medication Questionnaire (BMQ): desenvolvido por Svarstad et al.¹⁰ e validado para a população brasileira¹¹. A classificação seguiu os critérios:

- Aderente (nenhuma resposta positiva);
- Provável aderente (uma resposta positiva);
- Provável baixa adesão (duas respostas positivas);
- Baixa adesão (três respostas positivas).

Teste de *Morisky-Green* (TMG): constituído por quatro questões qualitativas, também validado para o Brasil¹¹. A classificação foi definida como: aderente (nenhuma resposta positiva); moderada adesão (uma ou duas respostas positivas); baixa adesão (três ou mais respostas positivas).

Drug Interaction Checker: ferramenta utilizada para analisar possíveis interações farmacológicas entre a gabapentina (fármaco comum a todos os participantes) e os analgésicos dipirona, paracetamol e tramadol.

Viés

O estudo apresentou limitações relacionadas ao viés de seleção e ao tamanho amostral reduzido. A amostra incluiu apenas pacientes que retiraram seus fármacos pelo CEAF de Blumenau e se enquadram no PCDT da DC, totalizando 22 participantes (20 na análise de adesão), o que impede a generalização dos resultados para toda a população de pacientes com DC. Dessa forma, os achados refletem mais uma análise exploratória e qualitativa do perfil dos pacientes do serviço do que inferências quantitativas sobre a população geral.

Tamanho da amostra

A amostra inicial incluiu 22 pacientes com diagnóstico de DC em tratamento com gabapentina pelo CEAF de Blumenau. Dois pacientes foram hospitalizados durante a coleta e não responderam aos questionários de adesão, resultando em 20 participantes avaliados para esses instrumentos. As variáveis sociodemográficas foram descritas considerando todos os 22 pacientes.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando o software *Microsoft Excel*® (versão 16.0.14026.20246). Foi aplicado o Coeficiente Kappa, medida de associação utilizada para avaliar o grau de concordância entre o BMQ e o TMG, por meio da plataforma online VassarStats¹². Os valores de Kappa foram interpretados conforme a classificação de Landis e Koch¹³ <0,00, sem concordância; 0,00-0,20, concordância leve; 0,21-0,40, concordância justa; 0,41-0,60, concordância moderada; 0,61-0,80, concordância substancial; 0,81-1,00, concordância quase perfeita.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Blumenau (CAAE: 5370), sob o parecer nº 7.108.094.

RESULTADOS

A pesquisa contou inicialmente com 32 pacientes, que tiveram entrevistas marcadas de maio a junho, porém 10 pacientes não compareceram, resultando em 22 atendimentos realizados.

Tabela 1. Interações farmacológicas com gabapentina.

Fármacos	Nível de interação
Dipirona	Sem interação
Paracetamol	Sem interação
Tramadol	Maior

Tabela 2. Classificação da adesão na utilização da gabapentina.

Variáveis	n(%)
Categorias de adesão TMG	
Aderente (nenhuma resposta positiva)	6 (30,0%)
Moderada adesão (uma ou duas respostas positivas)	13 (65,0%)
Baixa adesão (três ou mais respostas positivas)	1 (5,0%)
Categorias de adesão BMQ	
Aderente	0 (0,0)
Provável aderente	3 (15,0)
Provável baixa adesão	12 (60,0)
Baixa adesão	5 (25,0)
Domínio Regime	
≥1 pontos	15 (75,0)
0 ponto	5 (25,0)
Domínio Crenças	
≥1 pontos	8 (40,0)
0 ponto	12 (60,0)
Domínio Recordação	
≥1 pontos	19 (95,0)
0 ponto	1 (5,0)

Foi realizado a análise do perfil dos 22 pacientes atendidos que identificou prevalência maior do sexo feminino, cor branca, sendo a faixa etária predominante de 40 a 59 anos, casadas e com ensino fundamental incompleto (36,3%).

A aplicação dos questionários contou com duas perdas entre os 22 pacientes, dois estavam hospitalizados, sendo que todos retiravam o fármaco gabapentina, assim foi realizado a análise das interações farmacológicas conforme a Tabela 1, tendo como foco este fármaco e outros analgésicos que os pacientes faziam uso. Não se encontrou riscos entre o uso concomitante da gabapentina com os fármacos da classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) (dipirona e paracetamol). A utilização de tramadol, um opioide fraco, somado à gabapentina revelou uma interação classificada pelo site Drugs.com¹ como maior¹⁴.

Os resultados obtidos no TMG, apontaram seis pacientes (30,0%) classificados como aderentes, 13 (65,0%) como moderada adesão, e um (5,0%) com baixa adesão. Em comparação, os resultados do questionário BMQ dos 20 participantes, nenhum foi classificado como aderente, três (15,0%) foram classificados como provável aderente, 12 (60,0%) obtiveram provável baixa adesão e cinco (25,0%) apresentaram baixa adesão.

Conforme apresentado na Tabela 2, a análise dos domínios do teste BMQ demonstrou que 15 pacientes obtiveram uma pontuação

¹ Interações farmacológicas verificadas no site Drugs.com¹⁴

Tabela 3. Concordância entre os questionários BMQ e Morisky-Green

Instrumentos comparados	Kappa	Erro padrão	IC 95%
BMQ x TMG	0,5833	0,2268	0,0,8327

igual ou superior a 1 (provável baixa adesão) no domínio regime, oito no domínio crenças e 19 no domínio recordação.

Para avaliar a concordância entre os questionários de adesão farmacológica (BMQ e Morisky-Green), foi calculado o coeficiente Kappa de Cohen, que mede a concordância além do acaso. As categorias de adesão foram agrupadas em dois grupos: “aderente” e “não aderente” (combinando baixa/moderada adesão). Os resultados, incluindo medida de precisão, estão apresentados na Tabela 3.

O Kappa observado foi 0,5833 indicando concordância moderada entre os instrumentos. O intervalo de confiança de 95% (0-0,8327) sugere cautela na interpretação, já que, devido à amostra reduzida, a concordância observada pode ter ocorrido em parte por acaso¹³.

DISCUSSÃO

A adesão farmacológica é fundamental para maximizar a eficácia do tratamento, especialmente em pacientes portadores de DC, que enfrentam diversos desafios no manejo contínuo da dor. A seguir serão discutidos o perfil sociodemográfico, interação farmacológica identificada e os resultados referente a avaliação da adesão.

O acometimento de DC majoritariamente em pacientes do sexo feminino já é descrito em estudos da literatura. Uma revisão sistemática que buscou identificar a prevalência da DC no Brasil, com 35 artigos incluídos, observou maior prevalência no sexo feminino, apresentando em média 71,49% de acometimento dentre os estudos elegíveis². Outra pesquisa realizada no Brasil com servidores da Universidade Estadual de Londrina, revelou a prevalência de DC de 61,4% mais em mulheres do que homens. Em comparação a outros países, se mantém o padrão, um estudo transversal baseado na Internet foi respondido por uma amostra de 27.035 indivíduos adultos dos Estados Unidos (EUA), os resultados demonstraram que dos pacientes com DC a maior prevalência foi para mulheres¹⁵. Outro estudo¹⁶ analisou a prevalência de DC em uma amostra selecionada aleatoriamente da população adulta australiana onde foram realizadas 17.543 entrevistas com taxa de resposta de 70,8%, os resultados apontaram associação forte entre a DC e o sexo feminino. Não foi possível a realização de teste de associação no presente estudo, devido ao número reduzido de participantes.

Os achados obtidos demonstraram uso concomitante de tramadol e gabapentina em grande parte dos pacientes atendidos. Conforme apontado pelo Drugs.com², o uso concomitante de opioides com gabapentinóides pode aumentar o risco de overdose de opioides e efeitos adversos severos, como sedação profunda, depressão respiratória, síncope e morte devido a efeitos depressivos

potencialmente aditivos no sistema nervoso central¹⁴. Um estudo observacional e transversal descritivo, realizado na Farmácia Municipal Central, em Pindamonhangaba-SP quantificou as principais interações farmacológicas entre os usuários do serviço e entre elas destacaram-se tramadol em combinação com a gabapentina. A classe dos opioides são comumente utilizados no tratamento da DC muitas vezes sendo associados a fármacos adjuvantes como a gabapentina. Estes pacientes devem ser monitorados a fim de evitar e minimizar o risco de efeito adverso¹⁷.

Dentro deste cenário se destaca a importância da atenção farmacêutica no monitoramento do tratamento farmacológico destes pacientes, diminuindo o risco associado. Conforme Hepler e Strand¹⁸, a atenção farmacêutica visa proporcionar o cuidado contínuo, com foco na prevenção e resolução de problemas relacionados a fármacos, promovendo aumento da segurança e eficácia da terapia farmacológica.

O BMQ é amplamente utilizado na avaliação da adesão farmacológica, fornecendo uma análise robusta por intermédio de seus domínios. O presente estudo observou maior pontuação no domínio de recordação em 95%, em adicional, apresentou pontuação de 75% dos pacientes no domínio regime, que avalia a adesão ao regime prescrito, focando na capacidade do paciente de seguir as instruções de tomada dos fármacos, incluindo dose e frequência. Estes achados podem ser justificados pelo comprometimento da memória em pacientes com DC, amplamente discutido na literatura.

Um trabalho prévio¹⁹ demonstrou, por meio de um estudo em modelo animal, que a DC compromete a formação de memória espacial e reduz a neurogênese no giro dentado do hipocampo, sugerindo correlação entre a DC e déficits de memória. Uma revisão de literatura concluiu que pacientes com DC frequentemente relatam possuir “memória fraca”, corroborando diversos estudos, tais efeitos na memória apesar de leves apresentam impacto significativo ao amplificar o sofrimento emocional, a ansiedade e a depressão e fatores associados a adesão farmacológica e a qualidade de vida do paciente.

Esses aspectos geram apreensão sobre disfunções cognitivas associadas à dor ou ao uso de fármacos analgésicos incluídos no tratamento, ressaltando a importância de incluir a avaliação da memória na abordagem e orientação do paciente²⁰. Além disso, uma revisão sistemática com meta-análise reforçou o déficit cognitivo em pessoas diagnosticadas com DC incluindo atenção prejudicada e falta de memória, classificando a DC como um fator de risco associado ao declínio cognitivo com impactos relevantes na qualidade de vida do paciente²¹.

Em relação ao domínio de crenças, 40% dos pacientes pontuaram nesse aspecto, este domínio busca avaliar a percepção do paciente referente a necessidade e eficácia do tratamento. Neste ponto, cabe ressaltar que esses pacientes costumam relatar incômodo com os efeitos adversos dos fármacos, levando a interrupção e comprometimento do tratamento farmacológico. Os opioides são

² Interações farmacológicas verificadas no site Drugs.com¹⁴

amplamente utilizados no tratamento da DC, sua ação analgésica se dá com a interação de receptores opioides, apesar de ser uma abordagem comum em pacientes diagnosticados com DC seu uso é um desafio devido aos riscos associados às reações adversas do próprio fármaco e ao uso indiscriminado por pacientes, podendo inclusive levar ao óbito²². O uso da gabapentina foi relatado por todos os pacientes atendidos, alguns dos efeitos adversos encontrados na literatura incluem sedação, ataxia (em geral leves e transitórios) e edema de membros inferiores²³.

O TMG comprehende quatro perguntas, que objetiva avaliar o comportamento do paciente referente ao uso cotidiano dos fármacos. Em seu estudo original datado de 1986, o questionário apresentou sensibilidade de 43,6% e especificidade de 81%²⁴. Os resultados obtidos demonstraram que 65% dos pacientes apresentam moderada adesão, ou seja, tiveram uma ou duas respostas positiva. Este dado sugere que uma parcela significativa enfrenta dificuldades no seguimento do regime farmacológico, afetando o controle da dor e a melhora da qualidade de vida.

Abordando estas dificuldades, uma meta-análise que revisou 569 estudos relatou média de 20,6% de taxa de não adesão entre várias condições crônica, em pacientes com DC mais de 60% faziam uso de fármacos, porém, a adesão ainda é um desafio, com 29,9% tomando menos fármaco do que o prescrito e 13,7% tomando mais do que o necessário²⁵.

O coeficiente Kappa apresentou concordância moderada (0,58) entre os questionários, demonstrando que apesar de serem instrumentos que abordam aspectos distintos, sendo o BMQ mais abrangente e o TMG mais simples e direto, sua utilização conjunta é relevante para ofertar uma visão mais ampla e completa da adesão. O BMQ é um instrumento de avaliação mais robusto e completo, que explora diferentes domínios ao tratamento, captando não apenas comportamentos práticos de adesão, mas também barreiras cognitivas, emocionais e sociais. O TMG, por outro lado, oferece uma abordagem mais simples e direta, focada no comportamento da tomada do fármaco. As perguntas concentram-se em esquecimento, descuido ou interrupção do tratamento devido a sensação de melhora ou percepção de piora, tornando este teste particularmente eficaz em identificar pacientes que apresentam problemas comportamentais simples²⁴.

Em conjunto, estes instrumentos possibilitam identificar aspectos comportamentais, desconfortos com o uso do fármaco e fatores sociais, emocionais e cognitivos. Esta análise é especialmente crucial em paciente com DC para buscar entender as barreiras ao tratamento farmacológico^{19,23}.

Uma pesquisa em pacientes hipertensos atendidos de janeiro a setembro de 2010 foi realizada¹¹ em uma unidade de atenção primária em Porto Alegre, RS. Foram utilizados os testes TMG e BMQ para avaliar adesão aos fármacos, e foram analisados consistência interna, estabilidade temporal e desempenho com relação a três padrões-ouro. Os resultados obtidos revelaram um maior desempenho do questionário BMQ em relação ao TMG, com maior sensibilidade e especificidade¹¹.

Um estudo transversal e analítico, realizado em um ambulatório na cidade de São Paulo, SP, com 117 idosos no período de março a novembro de 2019, analisou a associação da adesão e as barreiras da terapêutica farmacológica com o apoio social em idosos. A metodologia utilizada baseou-se na utilização

do BMQ para identificar barreiras à adesão ao tratamento na perspectiva do paciente, enquanto o TMG foi utilizado como uma abordagem mais simplificada para avaliar os padrões de adesão ao tratamento²⁶.

Claudino e Lacerda²⁷ buscaram avaliar a adesão ao tratamento imunossupressor de pacientes atendidos em uma unidade de terapia renal, utilizando o BMQ, para explorar as percepções dos pacientes sobre a eficácia do tratamento e os efeitos adversos, além de investigar a administração dos fármacos. Em combinação aplicaram o TMG para avaliar os hábitos referente ao uso regular dos fármacos²⁷. Outros estudos semelhantes também empregaram ambos os instrumentos para analisar a adesão ao tratamento de diversas doenças^{28,29}.

CONCLUSÃO

O estudo revelou o perfil predominante de pacientes com DC e identificou dificuldades de memória como uma barreira significativa à adesão farmacológica. A abordagem multimodal do tratamento e o acesso a fármacos via CEAf mostraram-se essenciais. A detecção de uma interação farmacológica relevante entre tramadol e gabapentina reforça a necessidade do monitoramento farmacêutico para garantir a segurança e a eficácia do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. PMid:32694387.
2. Aguiar DP, Souza CPDQ, Barbosa WJM, Santos FFU Jr, Oliveira ASD. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *BrJP*. 2021;4(3):257-67. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>.
3. Chimenti RL, Frey-law LA, Sluka KA. A mechanism-based approach to physical therapist management of pain. *Phys Ther*. 2018;98(5):302-14. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy030>. PMid:29669091.
4. Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, Oliveira JO Jr, Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. *Pain Res Manag*. 2017;2017:4643830. <https://doi.org/10.1155/2017/4643830>. PMid:29081680.
5. Rocha ADX, Alfieri FM, Silva NCDOVE. Prevalence of chronic pain and associated factors in a small town in southern Brazil. *BrJP*. 2021;4(3):225-31. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210040>.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. PMid:20802863.
7. Capucho HC, Brito A, Maiolino A, Kaliks RA, Pinto RP. Incorporação de medicamentos no SUS: comparação entre oncologia e componente especializado da assistência farmacêutica. *Cien Saude Colet*. 2022;27(6):2471-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16282021>. PMid:35649033.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Diário Oficial da União [Internet]; Brasília; 2024 [citado 2025 jun 30]. <https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/dorcrônica-1.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 jun 30]. <https://bvsms.saude.gov.br/renome-2022/>

10. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns.* 1999;37(2):113-24. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00107-4). PMid:14528539.
11. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):279-89. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>. PMid:22331180.
12. Lowry R. VassarStats: website for statistical computation [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 30]. <http://www.vassarstats.net/kappa.html>
13. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74. <https://doi.org/10.2307/2529310>. PMid:843571.
14. Drugs.com. Drug interaction checker [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 30]. https://www.drugs.com/drug_interactions.html
15. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. *J Pain.* 2010;11(11):1230-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.002>. PMid:20797916.
16. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain.* 2001;89(2-3):127-34. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00355-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00355-9). PMid:11166468.
17. Chinchilla PA, Moyano J. Efficacy of opioids and non-opioid analgesics in the treatment of post procedure pain of burned patients: a narrative review. *Braz J Anesthesiol.* 2022;72(5):637-47. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.022>. PMid:34364900.
18. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43. PMid:2316538.
19. Xia S-H, Hu SW, Ge DG, Liu D, Wang D, Zhang S, Zhang Q, Yuan L, Li YQ, Yang JX, Wu P, Zhang H, Han MH, Ding HL, Cao JL. Chronic pain impairs memory formation via disruption of neurogenesis mediated by mesolimbic brain-derived neurotrophic factor signaling. *Biol Psychiatry.* 2020;88(8):597-610. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.02.013>. PMid:32307038.
20. Mazza S, Frot M, Rey A. A comprehensive literature review of chronic pain and memory. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018;87(Pt B):183-92. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.006>. PMid:28797640.
21. Zhang X, Gao R, Zhang C, Chen H, Wang R, Zhao Q, Zhu T, Chen C. Evidence for cognitive decline in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurosci.* 2021;15:737874. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.737874>. PMid:34630023.
22. Silva ERCT, Moura MMDA, Siqueira ECD. Transtornos relacionados ao uso de opioides. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2024;24(4):e14637. <https://doi.org/10.25248/reas.e14637.2024>.
23. Moreno RA, Moreno DH, Soares MB, Ratzke R. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(Suppl 3):37-43. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700009>. PMid:15597138.
24. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>. PMid:3945130.
25. Timmerman L, Stronks DL, Groeneweg JG, Huygen FJ. Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2016;60(4):416-31. <https://doi.org/10.1111/aas.12697>. PMid:26860919.
26. Soares CR, Pinto Okuno MF. Fatores associados a adesão e barreiras a terapêutica medicamentosa: relação com o apoio social em idosos. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2024;16:e13016. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13016>.
27. Claudino TDS, Lacerda A. Avaliação da adesão ao tratamento imunossupressor em pacientes transplantados renais da cidade de Cruz Alta - RS. *Rev Cent Cienc Saude.* 2020;46(2). <https://doi.org/10.5902/2236583448312>.
28. Abdul Ghafur NA, Zaini S, Mizher H. Assessment of methods to measure adherence of antidepressants: a systematic review. *JOP.* 2024;4(2):260-78. <https://doi.org/10.31436/jop.v4i2.287>.
29. Pereira PF, Pinheiro AL, Zambra AL, Bortolotto JW, Deuschle VCNK, Bonfanti-Azzolin G. Adesão medicamentosa em idosos polimedicados em uma unidade de atenção básica. *Saúde Desenvolv. Hum.* 2022;10(1):21. <https://doi.org/10.18316/sdh.v10i1.7354>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Helena Luiza Kirsten Sasse: Análise Estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Visualização

Luana Gabriele Nilson: Redação - Revisão e Edição, Visualização

Mônica Cristina Nunes: Coleta de Dados, Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Visualização