

# Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura

## *Adherence to pharmacological treatment in hypertensive elderly: an integrative literature review*

Jacqueline Gleice Aparecida Freitas<sup>1</sup>, Sylvia Escher de Oliveira Nielson<sup>2</sup>, Celmo Celeno Porto<sup>3</sup>

Recebido da Universidade Federal de Goiás.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Os idosos constituem a parte da população que apresenta maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica e utiliza o maior número de medicamentos. Não há consenso sobre a definição e a maneira de avaliar a adesão ao tratamento. Para utilização dos instrumentos disponíveis é necessário espírito crítico, porque os fatores de adesão são complexos e multifatoriais, estando relacionados ao perfil sócio demográfico, ao paciente, ao relacionamento profissional de saúde/paciente, à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde, ao uso de substâncias e à problemas sociais. Objetiva-se estudar conceitos, os fatores de adesão e causas de abandono e métodos para avaliação da adesão. **CONTEÚDO:** A busca de artigos foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, *Cochrane*, IBECs, SciELO e PubMed, no período 1979 e 2014. A adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida. Enquanto a não adesão fica caracterizada pelo não seguimento da prescrição, o que gera um grande problema de saúde pública que pode afetar o indivíduo e a sociedade. Há inúmeros métodos diretos e indiretos para avaliação da adesão/não adesão, sendo que todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens. **CONCLUSÃO:** A adesão ao tratamento é uma questão complexa, multifatorial, e é fundamental para se obter a redução

dos níveis pressóricos e diminuição de complicações em pacientes idosos hipertensos.

**Descritores:** Hipertensão/quimioterapia; Anti-hipertensivo/uso terapêutico; Determinação da pressão arterial; Atenção primária à saúde; Adesão à medicação; Idosos

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** The elderly are the part of the population that has the highest prevalence of systemic hypertension and use the higher number of drugs. There is no consensus on the definition and how to assess treatment adherence. To use the available tools critical sense is needed because the factors of adherence are complex and multifactorial, being related to socio demographic profile, the patient, the relationship health professional/patient, the disease, health system, the use of substance and to social problems. The main purpose is to study concepts, adherence factors and causes of abandonment and methods for assessing adherence. **CONTENTS:** The article search was conducted in MEDLINE, LILACS, *Cochrane*, IBECs, SciELO and PubMed, between 1979 and 2014. Adherence is the behavior of a patient before the medical recommendations or other health professionals regarding the use of medicines, diets adoption of or changes in lifestyle. While non-adherence is characterized by not following the prescription which generates a major public health problem that can affect the individual and society. There are numerous direct and indirect methods for assessing adherence/non-adherence and all methods have advantages and disadvantages. **CONCLUSION:** Treatment adherence is a complex, multifactorial issue and it is essential to obtain the reduction of blood pressure levels and to decrease complications in elderly hypertensive patients.

**Keywords:** Hypertension/drug therapy; Antihypertensive agents/therapeutic use; Blood pressure determination; Primary health care; Medication adherence; Aged

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido da população brasileira vem sendo enfatizado, particularmente no que se refere às suas implicações clínicas, sociais e da perspectiva de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a faixa etária com 60

1. Medicina e Farmácia da Pontifícia Universidade Católica – PUC-GO. Universidade Estadual de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

2. Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde. Universidade Salgado de Oliveira – Campus – Goiânia, GO, Brasil.

3. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás UFG – Goiânia, GO, Brasil.

Data de submissão: 04/09/2014 – Data de aceite: 09/09/2014

Conflito de interesse: não há.

#### Endereço para correspondência:

Jacqueline Gleice Aparecida Freitas  
Departamento de Biomedicina e Farmácia da PUC-GO  
Rua 232, Nº 128, Setor Universitário,  
CEP: 74605-140 – Goiânia, GO, Brasil  
Fone: (62) 3946-1194/9632-2434 – Email: jggleice@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

anos ou mais, em 1960, representava apenas 5% da população. Enquanto, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, calcula que o Brasil em 2025 terá a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas<sup>(1)</sup>.

Com o aumento de idosos aumenta a prevalência de doenças crônicas, as maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo. Entre essas doenças destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a Diabetes *Mellitus* (DM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade, revelando dificuldades em seu controle, sobretudo quando são assintomáticas, como é o caso da HAS<sup>(2)</sup>.

A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, diretamente relacionada a doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil<sup>(3,4)</sup>. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Estudos epidemiológicos realizados nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% na população brasileira, com mais de 50% dos casos em indivíduos entre 60 e 69 anos de idade e cerca de 75% acima de 70 anos<sup>(3)</sup>.

O tratamento farmacológico, juntamente com o não farmacológico contribuem para manter os valores da Pressão Arterial (PA) abaixo de 140mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 90mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD)<sup>(3,5)</sup>.

Estudos sobre adesão ao tratamento da HAS em idosos são relevantes para se conhecer os fatores de adesão ou de abandono, única maneira de intervir sobre eles de maneira eficaz<sup>(6,7)</sup>.

Porém, existem poucos estudos com metodologia adequada para identificar os fatores de adesão entre os pacientes hipertensos. Além disso, os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos para identificar adesão ou abandono<sup>(8)</sup>.

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (VI DBHAS)<sup>(3)</sup>, pacientes hipertensos que não aderiram ao tratamento com beta-bloqueadores foram 4,5 vezes mais propensos a ter complicações da doença coronária. Segundo a OMS a baixa adesão ao tratamento é o principal responsável pela falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos hipertensos<sup>(8,9)</sup>.

O não seguimento adequado ou o abandono das prescrições acarreta aumento no número de hospitalizações, diminuição da eficácia da terapia farmacológica, desenvolvimento de tolerância, aumento dos custos do tratamento, perda da qualidade de vida e da produtividade para o país<sup>(10)</sup>.

Esta revisão da literatura utilizou os descritores: Hipertensão arterial sistêmica, Idosos, Adesão, Métodos de Avaliação e Fatores de adesão. Encontrou-se inicialmente 8053 artigos sobre adesão. Após utilizar os critérios de exclusão (artigo não disponível na íntegra; adesão a tratamento em doenças agudas; amostra em população não idosa; artigos em duplicata) restaram 458 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão (adesão a tratamento em hipertensão; período de 1979 a 2014, conceito de adesão,

métodos de avaliação da adesão; fatores de adesão/abandono) restaram 274 artigos. Após a leitura dos resumos permitiram a inclusão de 125 artigos. Com a leitura na íntegra permaneceram no estudo 77 artigos que permitiram estudar o conceito de adesão, os fatores de adesão e as causas de abandono e os métodos para avaliação da adesão.

## CONCEITO DE ADESÃO

O conceito de adesão apresenta dificuldades, fato que se refletiu na maneira de alguns autores defini-la. Duas definições se destacaram: a primeira proposta em 1979 por Haynes, Taylor, Sackett<sup>(11)</sup>, a adesão foi conceituada como: *“as the extent to which a person’s behaviour (in terms of taking medications, following diets or executing lifestyle changes) coincides with medical care or health advice”*. Mais de duas décadas depois, em 2003, a OMS<sup>(9)</sup> reproduziu na íntegra a proposta de Haynes, definindo adesão como *“as the extent to which a person’s behaviour (in terms of taking medications, following diets or executing lifestyle changes) coincides with medical care or health advice”*. Ambas costumam ser assim traduzidas: **“adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde”**.

Como se pode perceber, a tradução literal resulta em uma frase inapropriada à língua portuguesa; tal fato levou Rezende<sup>(12)</sup>, a propor a seguinte definição: **“Adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida”**.

Cumpramos ressaltar que a língua inglesa utilizam-se duas expressões referentes à adesão, *adherence* e *compliance*, que têm significados diferentes. *Compliance* pode ser traduzido como “obediência” e pressupõe um papel passivo do paciente, enquanto *adherence* seria utilizado para identificar uma escolha livre de se adotar ou não uma determinada recomendação. Com este entendimento o papel do paciente seria o de sujeito ativo, que participa e assume responsabilidade sobre seu tratamento. Aliás, Paulo e Zanini<sup>(13)</sup>, em vista da dificuldade de traduzir a palavra *compliance*, optaram por utilizar o termo em inglês, significando obediência participativa do paciente à prescrição e propuseram a seguinte definição para *compliance*: *“cumprimento estrito pelo paciente da prescrição médica, entendendo por prescrição não apenas os medicamentos, mas, também, todos os demais cuidados ou providências recomendadas”*

Em 2003, Leite, Vasconcelos<sup>(14)</sup>, tentaram introduzir um valor na conceituação de adesão que ficaria assim: **“Adesão é a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento”**. Apresentam uma fórmula para calcular o percentual de adesão, baseada na utilização de medicamentos e que corresponderia à proporção de comprimidos consumidos, dividida pelos comprimidos prescritos. Seriam considerados não-aderentes os pacientes que consomem menos que 80% ou mais que 120% da dose prescrita. Esta proposta não é prática e é pouco utilizada.

Com relação à não adesão, Rocha et al.<sup>(15)</sup>, diferenciam dois conceitos: aderir ao tratamento e descontinuar o tratamento. Não aderir deixa implícito a possibilidade de continuação do tratamento, uma vez que a exclusão de um determinado medicamento pode ser uma situação permanente ou temporária. Descontinuar significa cessar a utilização do medicamento.

Cumprir ressaltar, por fim, que a definição de adesão é indissociável do conceito de autonomia, pois, na verdade, o que os profissionais de saúde fazem ao paciente é uma proposta, cabendo a ele aceitá-la ou não. Adesão, portanto, dependeria de uma decisão do paciente após esclarecido dos objetivos da prescrição.

## FATORES DE ADESÃO E CAUSAS DE ABANDONO

Como se pode verificar no quadro 1, há inúmeras variáveis relacionadas à adesão ou ao abandono, sendo um processo complexo e multifatorial com fatores relacionados ao perfil sócio demográfico, ao paciente, ao profissional de saúde, ao relacionamento do profissional de saúde/paciente, à doença, ao tratamento, ao serviço de saúde, ao uso de substâncias, aos problemas sociais<sup>(9,14,16-52)</sup>. Em cada um dos fatores, por sua vez, há condições que caracterizam a complexidade, não havendo estudos que auxiliem na compreensão da situação, justificada pela inexistência de métodos práticos, objetivos e abrangentes para avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa<sup>(9,14)</sup>.

A existência de fatores da não adesão ou abandono não está relacionada apenas ao ato de não tomar o medicamento prescrito, mas inclui também erros no cumprimento do esquema terapêutico, tais como redução da dose ou ingestão excessiva<sup>(47)</sup>.

O fenômeno da não adesão ou abandono é universal, observado em países ricos e pobres, em algum grau, mesmo para doenças com potencial risco de vida<sup>(9)</sup>. De acordo com a OMS (2003), aproximadamente 50 a 70% dos pacientes não aderem ao tratamento prescrito.

Adesão inadequada ao tratamento farmacológico deve ser identificada por profissionais de saúde principalmente quando se refere aos idosos com o objetivo de conhecer os fatores que a provocaram para se tomar medidas adequadas. Quando os medicamentos são tomados em desacordo com a posologia prescrita podem ocasionar alterações de vários tipos: redução de benefícios, aumento dos riscos, ou ambos, o que contribui para o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Conhecer as causas de não adesão é importante para que os profissionais de saúde possam conscientizar os pacientes sobre a necessidade do seguimento correto da terapia prescrita, condição necessária para obtenção do benefício esperado.

## MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Apesar de existirem várias estratégias para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão, não se conseguiu até hoje um método que pudesse ser considerado “padrão ouro”. O desenvolvimento de um instrumento específico para medir a adesão ao tratamento da hipertensão, que levasse em conta sua multidimensionalidade, enfocando domínios relevantes dessa doença e os inúmeros fatores presentes, pode facilitar a detecção e aferição

do cumprimento da terapêutica prescrita<sup>(53)</sup>, que poderia resultar em controle adequado da pressão arterial.

## MÉTODOS DIRETOS

Os métodos diretos propõem a quantificação do fármaco no sangue ou seus metabólitos na urina. Possuem a vantagem de permitir a determinação da concentração do medicamento. Porém, a análise laboratorial não está disponível em prática diária, pois é dispendiosa, requer amostras de diferentes fluidos do organismo e pode ser afetada por fatores biológicos. Possuem custo elevado, sendo pouco prático, pois necessitam de infraestrutura laboratorial<sup>(54,55)</sup>.

Outro método direto se baseia na utilização de um composto traçador associado ao medicamento em uso, representado por uma substância inócua ao organismo e que facilite a identificação do fármaco no organismo. Através deste método é possível realizar análise semi-quantitativa do nível e local de ação do medicamento. Mas também apresenta desvantagens como a dificuldade de combinar, difícil execução no caso de múltiplas drogas, como ocorre no tratamento farmacológico da HAS. Requer amostra de fluidos corporais (sangue, urina) e possui custo elevado<sup>(54,55)</sup>.

Outra limitação dos métodos diretos é o fato de avaliarem apenas o uso recente do medicamento, não permitindo, portanto, avaliar o comportamento de adesão do paciente entre os intervalos de coleta de seus fluidos biológicos para análise. O paciente pode simular um comportamento de adesão, utilizando os medicamentos conforme o regime terapêutico prescrito nos períodos próximos às datas nas quais se fará a coleta das amostras para análise<sup>(56)</sup>.

Para Delgado, Lima<sup>(57)</sup>, os métodos diretos que se baseiam em marcadores bioquímicos são pouco práticos, sua interpretação é complexa e não estão disponíveis para boa parte dos medicamentos.

## MÉTODOS INDIRETOS

Inúmeros métodos indiretos têm sido propostos para avaliar adesão ao tratamento; entre eles é possível destacar: relato do paciente, avaliação pelo médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, monitorização eletrônica da medicação, resposta clínica e entrevista clínica<sup>(57)</sup>.

O relato do paciente apresenta como principal vantagem a facilidade de aplicação, sendo possível estimar as barreiras de adesão. Porém, Oigman acredita que este método pode superestimar a taxa de adesão<sup>(54)</sup>.

A avaliação do médico para avaliar a adesão, baseada no resultado final do tratamento é de fácil e rápida aplicação, baixo custo e alta especificidade. Mas apresenta como desvantagens a baixa sensibilidade e a possibilidade de superestimar a adesão<sup>(54)</sup>.

O diário do paciente é um método barato, sendo uma alternativa interessante para serviços de saúde que atendam a um número elevado de pacientes e que disponha de recursos e financeiros reduzidos. Além disso, o ato de registrar diariamente os eventos relacionados ao uso de medicamentos pode apresentar

**Quadro 1.** Fatores de adesão e causas de abandono ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial

Domínios	Fatores	Referências	Resultados
Relacionados ao perfil sócio demográfico	Sexo	Lima et al., (2010) Andrade et al., (2011) Carvalho et al., (2012) Giroto et al., (2013)	Para Lima et al., e Andrade et al., os homens apresentam maior dificuldade de aderir aos medicamentos. Para Carvalho et al. e Giroto et al., não há diferença na adesão em relação ao sexo.
	Idade	Gilsogamo et al., (2010) Lima et al., (2010) Carvalho et al., (2012) Giroto et al., (2013)	Gilsogamo et al., Carvalho et al., e Lima et al., afirmam que não há diferença na adesão de acordo com a idade. Giroto et al., afirmam que a adesão é maior entre indivíduos de maior idade.
	Estado civil	Lima et al., (2010) Carvalho et al., (2012) Mendonça et al., (2012)	Lima et al., e Carvalho et al., não encontram diferença na adesão de acordo com o estado civil. Mendonça et al., afirmam que hipertensos casados apresentam maior chance de adesão.
	Escolaridade	Carvalho et al., (2012) Giroto et al., (2013) Silva et al., (2013)	Para Carvalho et al., e Silva et al., não há associação entre escolaridade e adesão. Giroto et al., afirmam que a maior escolaridade está relacionada a maior adesão.
	Morar sozinho ou acompanhados	Cintra, et al., (2010)	A adesão é maior em indivíduos que moram acompanhados.
	Nível socioeconômico	Marques et al., (2010) Cintra et al., (2010) Guedes et al., (2011)	Quanto maior a condição socioeconômica maior será a adesão.
	Profissão	Alves, Calixto, (2012)	Pacientes aposentados e do lar apresentam maior adesão.
Relacionados ao paciente	Percepção da doença	Marques et al., (2010)	A falta de percepção da doença diminui a adesão.
	Conhecimento da doença e tratamento	Franceli et al., (2008) Figueiredo, Asakura, (2010)	A falta de conhecimento do paciente sobre a doença influencia negativamente na adesão.
	Experiência da família com a doença	Saraiva et al., 2007	Quanto maior a experiência da família e envolvimento da família com o doente maior será a adesão.
	Motivação	Dourado et al., (2011)	Quanto maior a motivação maior será a adesão.
	Automedicação	Marques et al., (2010) Mendes et al., (2014)	A automedicação reduz a adesão.
	Comparecimento a consulta	Dosse et al., (2009) Ribeiro, Costa Neto, (2011) Mendes et al., (2014)	O comparecimento a consulta aumenta a adesão.
	Esquecimento do medicamento	Cintra et al., (2010) Guedes et al., (2011) Dourado et al., (2011)	Quanto maior o esquecimento menor a adesão
	Cumprimento das normas do serviço de saúde	Giroto et al., (2013)	O maior cumprimento as normas do serviço de saúde está relacionado a maior adesão.
	Percepção quanto à eficácia do tratamento	Moreira et al., (2009) Coutinho, Souza, (2011)	A percepção do paciente quanto à eficácia do tratamento pode levar a aumento na adesão.
	Entendimento sobre a Prescrição	Marques et al., (2010) Bastos-Barbosa et al., (2012)	Quanto maior o entendimento da prescrição maior será a adesão.
Relacionados ao relacionamento profissional de saúde/paciente	Autocuidado	Daniel, Veiga, (2013) Barreto, Marcon, (2014)	O autocuidado contribui com a adesão ao tratamento.
	Comunicação do profissional	Brito, Santos, (2011) Alves, Calixto, (2012) Mendonça et al., (2012) Mendes et al., (2014)	A falta de comunicação adequada entre o paciente e o profissional sobre a doença interfere negativamente na adesão.
	Confiança do paciente no profissional	Marques et al., (2010) Alves, Calixto, (2012)	Quanto maior a confiança do paciente no profissional maior será a adesão.

continua...

...Continuação

**Quadro 1.** Fatores de adesão e causas de abandono ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial

<b>Domínios</b>	<b>Fatores</b>	<b>Referências</b>	<b>Resultados</b>
Relacionados à doença	Problemas de saúde associados	Sanchez et al., (2004) Lima et al., (2010) Carvalho et al., (2012)	A associação de problemas de saúde é um dos fatores de não adesão.
	Presença de Sintomas	Dourado et al., (2011) Coutinho, Sousa, (2011)	A ausência de sintomas diminui a adesão.
Relacionados ao tratamento	Número de medicamentos	Lima et al., (2010) Cintra et al., (2010) Guedes et al., (2011) Ribeiro et al., (2012) Bastos-Barbosa et al., (2012) Mendonça et al., (2012)	Quanto maior o número de medicamentos, maior será a dificuldade do paciente de aderir ao tratamento
	Efeitos adversos	Lima et al., (2010) Bastos-Barbosa et al., (2012)	Quanto mais efeitos adversos menor será a adesão.
	Custo dos medicamentos	Manfroi, Oliveira, (2006) Cintra et al., (2010)	O custo elevado dos medicamentos diminui a adesão.
	Uso diário dos medicamentos	Guedes et al., (2011) Daniel, Veiga, (2013)	O uso diário de medicamentos diminui a adesão.
Relacionados ao serviço de saúde	Acolhimento do paciente na unidade	Brito, Santos, (2011)	O acolhimento do paciente na unidade de saúde favorece a adesão.
	Localização da Unidade	Rodrigues et al., (2012) Mendonça et al., (2012)	A não proximidade da unidade de saúde da residência do paciente dificulta a adesão ao tratamento
	Burocracia	Silva et al., (2013)	Quanto maior a burocracia menor a adesão ao tratamento farmacológico.
	Aquisição dos medicamentos	Cintra et al., (2010) Carvalho Filha et al., (2011) Alves, Calixto, (2012)	A dificuldade de aquisição do medicamento diminui a adesão.
	Organização do serviço de saúde	Oliveira et al., (2013) Silva et al., (2013)	A maior organização do serviço de saúde está relacionado a maior adesão.
	Visitas domiciliares	Marques et al., (2010) Ribeiro et al., (2012)	As visitas domiciliares dos profissionais de saúde aos usuários favorecem a adesão.
	Credito serviço de saúde	Ribeiro et al., (2012) Rodrigues et al., (2012)	Quanto maior o crédito do paciente no serviço de saúde maior a adesão.
	Dispensação orientada (Supervisão)	Silva et al., (2008)	A dispensação orientada aumenta a adesão ao tratamento farmacológico.
Relacionados ao uso de substâncias	Alcoolismo	Peixoto et al., (2010) Monteiro et al., (2011) Reiners et al., (2012) Bastos-Barbosa et al., (2012) Carvalho et al., (2012) Giroto et al., (2013)	A maior adesão está associada a não ingestão regular de bebidas alcoólicas.
	Tabagismo	Giroto et al., (2013)	O tabagismo não interfere na adesão
	Drogas ilícitas	Carvalho et al., (2012)	A utilização de drogas ilícitas (maconha) diminui a adesão.
Relacionados aos problemas sociais	Influência dos amigos/vizinhos/grupos de educação	Alves, Calixto, (2012)	A influência dos amigos/vizinhos e participação dos grupos Hiperdia aumentam a adesão.
	Apoio da família	Marques et al., (2010) Ribeiro, Costa Neto, (2011) Alves, Calixto, (2012) Barreto, Marcon, (2014)	O apoio familiar aumenta a adesão.

efeito positivo no comportamento de adesão. Uma limitação do diário do paciente é que este método requer grande participação do paciente, o que pode ser influenciado por fatores como analfabetismo, esquecimento de registrar as informações (idosos comumente esquecem de registrar informações) e motivação do paciente<sup>(58)</sup>.

A contagem de comprimidos verifica o grau de coincidência entre a quantidade de comprimidos utilizada pelo paciente em um determinado intervalo de tempo e a quantidade que deveria ter sido utilizada neste intervalo de tempo (de acordo com o regime terapêutico prescrito). Para isto, é efetuada a contagem manual dos comprimidos restantes no frasco de cada medicamento, comparando com o regime terapêutico prescrito<sup>(56,59)</sup>. Este método é uma alternativa de fácil aplicação e pouco onerosa. Contudo, Asplund et al.,<sup>(60)</sup>; Gallagher et al.,<sup>(61)</sup>; Inui et al.,<sup>(62)</sup>, previnem que a contagem de comprimidos também podem apresentar falhas, como a não identificação quando o indivíduo utilizou a quantidade correta de comprimidos em intervalos inadequados, ou seja, este método avalia a quantidade de comprimidos utilizada, mas não como foi utilizada. Além disto, é necessário que o paciente colabore e guarde as embalagens dos medicamentos para que o profissional de saúde realize a contagem<sup>(56,63)</sup>.

Para Oigman<sup>(54)</sup>, o método da contagem dos comprimidos precisa de pelo menos duas visitas ao doente, e admite também que o doente pode mentir quando lhe é questionado sobre uso de medicamentos.

O reabastecimento de comprimido é um método que avalia a adesão pela periodicidade com que os pacientes retiram seus medicamentos em farmácias. É um método de fácil aplicação e baixo custo<sup>(64)</sup>. Entretanto, o fato do paciente retirar o medicamento com regularidade, não significa que ele use o medicamento conforme a prescrição médica<sup>(65)</sup>.

Outro método indireto é a mensuração eletrônica: também chamado Sistema de Monitoramento de Eventos de Medicação (MEMS), que é realizada pela utilização de uma caixa de medicamentos equipada com um microchip na tampa, o qual registra a data e a hora de cada abertura. Cada abertura é considerada como sendo a ingestão de uma dose. Os dados são transferidos a um computador usando o aplicativo indicado. Uma ressalva deve ser considerada: a possibilidade de abertura do frasco sem a tomada da medicação<sup>(2)</sup>.

A resposta clínica ou desfecho clínico, como por exemplo a normalização dos níveis da pressão arterial, considerando não-aderente quem apresentasse uma pressão sistólica igual ou maior a 140mmHg e pressão diastólica acima de 90mmHg<sup>(65)</sup>. Possui como vantagem a facilidade de aplicação e baixo custo. Porém há uma grande limitação, pois a resposta clínica não está necessariamente relacionada a adesão de um determinado medicamento. Além disso, este critério pressupõe que o tratamento é sempre eficaz, o que não é verdade<sup>(54)</sup>.

Os instrumentos de avaliação mais utilizados são os baseados na entrevista clínica e consistem em solicitar ao paciente que responda algumas perguntas, previamente definidas<sup>(66)</sup>.

Neste grupo incluem-se os vários testes: Teste de Haynes e Sackett, Teste de Batalla, Teste de Morisky, Green e Levine, Teste

de Hermes, Breve Questionário de Medicamentos (BMQ), Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), Teste de Herrera Caranza, Teste de Aderência (SMAQ), Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q - QUALIAIDS) e Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS-8). Estes testes, apesar da baixa sensibilidade, são os mais utilizados por apresentarem custo relativamente baixo, facilidade de aplicação em grandes populações e por serem um reflexo da conduta do paciente em relação à prescrição que recebeu<sup>(67-69)</sup>.

Em 1979, Haynes et al.,<sup>(11)</sup>, no mesmo artigo em que definiram a adesão, propuseram uma única pergunta para avaliar a adesão ao uso de um anti-hipertensivo, assim expressa: “Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) teve dificuldade para tomar seus remédios da pressão?” Se a resposta fosse afirmativa o paciente seria considerado não aderente. É fácil deduzir a imprecisão deste método, que foi logo abandonado. Seu registro justifica-se por ser a primeira tentativa de avaliar a adesão.

Em 1984, surgiu Teste de Batalla<sup>(70)</sup>, utilizado na avaliação de pacientes hipertensos, é fácil de aplicar por tratar-se de perguntas que analisam o grau de conhecimento que o paciente tem de sua enfermidade. As perguntas são: 1) *A Hipertensão arterial é uma enfermidade para toda a sua vida?*; 2) *Pode se controlar a Hipertensão Arterial com dieta e medicação?*; 3) *Cite dois ou mais órgãos que podem sofrer danos por ter a pressão arterial elevada.* Essas perguntas poderiam ser modificadas para serem aplicadas a outras enfermidades. A fragilidade deste método é a ausência de correlação entre o nível de conhecimento do paciente sobre sua doença e a motivação para utilizar os medicamentos.

Em 1986, Morisky et al.,<sup>(71)</sup>, propuseram um teste também denominado Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS), no qual a adesão é avaliada pela aplicação de um questionário com quatro perguntas, sendo que uma resposta afirmativa a qualquer uma delas classifica o indivíduo como não-aderente. As perguntas são as seguintes: 1) *Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?* 2) *Você, as vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento?* 3) *Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?* 4) *Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*

Este teste é o mais utilizado no Brasil, provavelmente por ser um instrumento simples para estimar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. Pode ser utilizado para avaliação da adesão ao tratamento de outras doenças crônicas<sup>(72)</sup>. No estudo original de Morisky et al., em 1986, observou-se que 75% dos pacientes hipertensos apresentaram alto escore na escala de quatro itens, depois de dois anos de acompanhamento. Além disso tiveram sua pressão arterial sob controle adequado no quinto ano de seguimento, em comparação com 47% sob controle no quinto ano para aqueles pacientes com escores inferiores<sup>(71)</sup>.

Em 1999, o Teste de Hermes<sup>(73)</sup>, embora mais complexo que o MMAS para avaliação de pacientes hipertensos, é também aplicável a qualquer doença crônica. Consiste de oito perguntas: 1) *Você pode me dizer qual o nome do medicamento que toma para pressão arterial sistêmica? (SIM/ NÃO)*; 2) *Quantos comprimidos do medicamento você deve tomar por dia? (SABE/ NÃO SABE)*; 3) *Alguma vez você já se esqueceu de tomar o medicamento?*

(NUNCA/ÀS VEZES, MUITAS VEZES/SEMPRE); 4) *Nas últimas semanas quantos comprimidos não tomou? (0-1/2 ou mais);* 5) *Toma o medicamento na hora indicada? (SIM/NÃO);* 6) *Já deixou de tomar o medicamento em alguma ocasião porque se sentiu pior tomando? (NÃO/SIM);* 7) *Quando se encontra bem se esquece de tomar o medicamento? (SIM/NÃO);* 8) *Quando se encontra mal se esquece de tomar o medicamento? (SIM/NÃO).* Interpreta-se os resultados da seguinte maneira: as questões 1,3,4 e 8 são valoráveis e são aderentes os pacientes que somam 3 a 4 pontos.

Em 1999, o Questionário Breve de Adesão à Medicação (BMQ), que é um instrumento proposto para avaliar a adesão de pacientes diabéticos. Além de extenso, requer um nível sociocultural médio ou superior para sua compreensão, portanto apresenta limitação que impede sua aplicação em todos os pacientes incluindo os idosos hipertensos<sup>(74)</sup>.

Em 2001, Delgado e Lima<sup>(57)</sup> construíram uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos, que intitularam de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) constituída por 7 itens. Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados do Teste de Morisky, Green, Levine (1986). Este teste baseia-se em sete perguntas: 1) *Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?;* 2) *“Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?;* 3) *“Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?;* 4) *“Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo?;* 5) *Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?;* 6) *Alguma vez interrompeu a terapia para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?;* 7) *Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma razão que não seja a indicação do médico?.* O nível de adesão é obtido somando os valores de cada item e dividindo o valor total pelo número de itens, em ambos, os valores mais elevados significam maior nível de adesão<sup>(63)</sup>.

Em 2001, Herrera Caranza<sup>(75)</sup> propuseram um teste constituído de quatro perguntas, cujo foco é a compreensão da prescrição e dos possíveis resultados: 1) *Você sabe para que o médico prescreveu tal medicamento;* 2) *Você gostaria de saber como se sente depois de terminar por completo seu tratamento?* 3) *Você sabe como tem que tomar seu medicamento?* 4) *Já levou ao conhecimento do seu médico o término do medicamento?* Nesse caso, os resultados obtidos através da interpretação do questionário pode revelar a incapacidade do paciente entender o que lhe foi prescrito dificultando o uso correto do medicamento.

Em 2002, Knobel et al.,<sup>(76)</sup> descreveram o Questionário Simplificado para Adesão a Medicamentos (SMAQ), validado para a população espanhola que consta de seis perguntas: 1) *Algumas vezes você esquece de tomar o medicamento? SIM/NÃO;* 2) *Toma sempre os medicamentos na hora adequada? SIM/NÃO;* 3) *Alguma vez deixa de tomar os medicamentos quando se sente mal? SIM/NÃO;* 4) *Esqueceu de tomar o medicamento durante o final de semana? SIM/NÃO;* 5) *Na última semana quantas vezes não tomou a última dose? NENHUMA, 1-2, 3-5, 3-10, MAIS QUE 10;* 6) *Desde a última visita quantos dias completos não tomou o medicamento?*

Em 2008, Santa Helena et al.,<sup>(53)</sup> construíram um teste denominado Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiads (QAM-Q – QUALIAIDS)<sup>(16)</sup>, desenvolvido para avaliar o uso de

medicamentos anti- hipertensivos (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias, se pula doses, se toma de modo errado, se faz “feriados”). É constituído de três perguntas: 1) *“Nos últimos sete dias, em quais dias da semana o senhor não tomou ou tomou pelo menos um comprimido desse remédio?” (Assinalar os dias da semana informados pelo entrevistado);* 2) *“Nestes dias quantos comprimidos o senhor deixou de tomar ou tomou a mais” (Assinalar os comprimidos não tomados ou tomados a mais nos horários correspondentes);* 3) *“Como estava sua pressão na última vez que o senhor a mediu?”<sup>(16)</sup>.*

Em 2008, Morisky et al.,<sup>(77)</sup> propuseram a Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky (MMAS-8). A MMAS-8 compreende as quatro perguntas do teste inicial da Escala de Morisky (1986), acrescidas de quatro questões: 5) *“Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?;* 6) *Alguma vez interrompeu a terapia para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?;* 7) *Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma razão que não seja a indicação do médico?;* 8) *Alguma vez sentiu dificuldade de lembrar de tomar os medicamentos para sua doença inflamatória intestinal?.* Cada pergunta teria seis alternativas, pontuadas de 1 a 6: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), por vezes (4), raramente (5), nunca (6). Através dessa escala seria possível classificar a adesão em baixa (menor que 6 pontos), média (entre 6 e 7 pontos) e alta (8 pontos).

Assim, observa-se que a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico não é uma tarefa fácil. Cada método de quantificação da adesão (direto ou indireto) descrito na literatura tem sua limitação, sem haver um método ideal.

## CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, cumpre destacar que há várias denominações para conceituar adesão, dificultando a sua padronização. Por exemplo: o diferente significado de *compliance* e *adherence* utilizado pelos pesquisadores americanos. O termo adesão é o mais indicado, é entendida como papel ativo do paciente que participa e assume responsabilidade sobre seu tratamento.

Propõe-se uma tradução mais adequada para o conceito de adesão proposta pela OMS, que ficaria assim: adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde.

A complexidade de fatores que interferem na adesão ou abandono do tratamento dificulta a criação de métodos de avaliação que seja prático, abrangente e de baixo custo.

Os métodos indiretos baseados de entrevista clínica são os mais utilizados. Baseiam-se em perguntar sobre seu nível de adesão ao tratamento. Entretanto, a eficácia do método depende, em grande parte, da habilidade do entrevistador na hora de fazer as perguntas e na identificação na prática clínica de indivíduos que se beneficiariam de estratégias para aumento da adesão.

Pode-se concluir que não basta fazer o diagnóstico e propor esquemas de tratamento. É preciso compreender os fatores que impedem o paciente de seguir as recomendações dos profissio-

nais de saúde. Somente assim, será possível intervir com eficácia, obtendo-se aumento na taxa de adesão do paciente idoso ao tratamento antihipertensivo, uma das principais formas de controle adequado dos níveis pressóricos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. Ministério da Saúde; Brasília, 2010. [citado 2011 Jul 21]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf)
2. Santos MV, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DA, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med* 2013;11(1):55-61.
3. Brandão AA, Rodrigues CI, Consolim-Colombo F, Plavnik FL, Malachia MV, Kohlmann Junior O, Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 Supl 1):I-III.
4. Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Alves LM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Rev Electronica Enferm*. 2013;15(2):362-7.
5. Daniel AC, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(3):331-7.
6. Bem 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.
7. Grezzana GB, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 Horas. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4):355-61.
8. Barbosa RG, Lima NK. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):35-8.
9. Organização Mundial de Saúde (OMS). Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action [Internet]. Geneva; OMS; 2003. [cited 2010 Jul 21]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
10. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):39-46.
11. Haynes RB, Taylor DW, Sackett ED. Compliance in Health Care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979.
12. Rezende JM. Linguagem Médica. São Paulo: Velpes; 2011.
13. Paulo LG, Zanini AC. Compliance sobre o encontro paciente médico. São Paulo: Ipex; 1997.
14. Leite SN, Vasconcelos MP. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(3):775-82.
15. Rocha CH, Oliveira SA, Ferreira C, Faggiani FT, Scroeter G, Souza AC, DeCarli G, Morrone FB, et al. Adesão a prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008;13(3):703-10.
16. Alves AB, Calixto AA. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2012;30(3):255-60.
17. Andrade DM, Costa DM, Valente GS, César RE. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: um enfoque nas relações de gênero. *Rev Enferm UFPE on line* 2011;5(10):2359-67.
18. Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm* 2014;23(1):38-46.
19. Brito RS, Santos DLA. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. *Rev Eletr Enferm*. J 2011;13(4): 639-47.
20. Carvalho AL, Leopoldino RW, Silva JE, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
21. Carvalho Filha SS, Nogueira LT, Viana LM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Rev Rene*. 2011;12(n. esp):930-6.
22. Coutinho FH, Sousa IM. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 35(2):397-411.
23. Daniel AC, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(3):331-7.
24. Dosse C, Cesarino CB, Martin JF, Castedo MC. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(2):201-6.
25. Dourado CS, Macêdo-Costa KNE, Oliveira JS, et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Sci*. 2011;33(1):9-17.
26. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Pau Enferm*. 2010;23(6):782-7.
27. Franceli AB, Figueiredo AS, Fava SM. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. *Rev Min Enferm*. 2008;12(3):303-12.
28. Gilsogamo C, Oliveira J, Teixeira J, Grossi L, Moreira M, Diniz L. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. *Rev Bras Med Família Comun*. [Internet]. 2010; [citado 2012 Mar 18]; 4(15):179-88. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/170>
29. Guedes MV, Araujo TL, Lopes MV, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1038-42.
30. Lima TM, Meiners MM, Soler O. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2010;1(2):113-20.
31. Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2006;2(7).
32. Marques EI, Petuco VM, Gonçalves CB. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum*. 2010;7(2):267-79.
33. Mendes LV, Luiza VL, Campos MR. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(6):1684.
34. Mendonça LB, Lima FE, Oliveira SK. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16 (2):340-6.
35. Monteiro CF, Fé, LC, Moreira MA, Albuquerque IE, Silva MG,

- Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(1):90-5.
36. Moreira AK, Santos ZM, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis (Rio J.)* 2009;19(4):989-1006.
  37. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2):179-84.
  38. Peixoto C, Prado CH, Rodrigues CP, Cheda JN, Mota LB, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59(4):317-21.
  39. Reiners AA, Seabra FM, Azevedo RC, Sudré MR, Duarte SJ. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Cienc Cuid Saude [Internet].* 2012 [citado 2014 Dez 21];11(3):581-7. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf>
  40. Ribeiro KS, Farias DA, Lucen EM. Avaliação da adesão e vínculo aos serviços de saúde de hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral em Municípios da Paraíba. *Rev Bras Cienc Saúde.* 2012;16(2):25-34.
  41. Ribeiro EG, Costa Neto SB. Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial. *Rev Psicol Saúde.* 2011;3(1):20-32.
  42. Rodrigues F, Moreira J, Souza OS, Ceretta L, Tuon L. O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Rev Saúde Públ Santa Catarina [Internet].* 2012[citado 2012 Jun 21];5(3):44-62. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/139/174>
  43. Sanchez CG, Pierin AM, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(1):90-8.
  44. Saraiva KR, Santos ZM, Landim FL, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(2):263-70.
  45. Silva EA, Oliveira LM, Resende SG, Cardoso RA. Avaliação do impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos. *Rev Bras Farm.* 2008;89(4):315-8.
  46. Silva CS, Paes NA, Figueiredo TM, Cardoso MA, Silva AT, Araújo JS. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(3): 584-90.
  47. Valle EA, Viegas EC, Castro CA, Toledo Junior AC. A adesão ao tratamento. *Rev Bras Clin Ter.* 2000;26(3):83-6.
  48. Reiners AA, Azevedo RS, Vieira MA, Arruda AL. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(2):2299-306.
  49. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsumo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1763-72.
  50. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(2):103-9.
  51. Gusmão JL, Mion JR D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):23-5.
  52. Caprara A, Rodrigues J, Montenegro BJ. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. In: *Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: innovations by educational institutions, health professions and health services*, 2001 Oct 20-25. Londrina (PR).
  53. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Publica.* 2008;42(4):764-7.
  54. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):30-4.
  55. Bastos-Barbosa RG, Ueta J, Santos LA, Nobre F, Lima NK. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. *Hipertensão.* 2005;8:30.
  56. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandes KC, Luz RT, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm [Interent].* 2012[citado 2012 Mar 19];93(4):403-10. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>
  57. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic Saúde Doenças.* 2001;2(2):81-100.
  58. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol.* 2004;19(4):357-62.
  59. Márquez-Contreras E. Evaluación del incumplimiento em la práctica clínica. *Hipertensión.* 2008;25(5):205-13.
  60. Asplund J, Danelson M, Ohman, P. Patients compliance in hypertension. The importance of number of tablets. *Br J Clin Pharmacol.* 1984;17(5):547-52.
  61. Gallagher EJ, Viscoli CM, Horwitz RI. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *JAMA.* 1993;270(6):742-4. Comment in: *ACP J Club.* 1994;120 Suppl 2:46.
  62. Inui TS, Carter WB, Pecoraro RE. Screening for noncompliance among patients with hypertension: Is self-report the best available measure? *Med Care.* 1981;19(10):1061-4.
  63. Osterberg LM, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97. Comment in: *N Engl J Med.* 2005; 353(18):1972-4; author reply 1972-4.
  64. Martins AL, Baldoni AO, Freitas O, Pereira LR. Análise do perfil dos usuários de hidroclorotiazida assistidos no Sistema Único de um município de São Paulo – Brasil. *Rev Bras Farm [Interent].* 2011[citado 2012 Nov 21];92(4):373-7. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-4-22-373-377.pdf>
  65. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):279- 89.
  66. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging.* 2005;22(3):231-55.
  67. Rodrigues Chamorro MA, Garcia-Gimenez E, Busquets GA, Rodrigues Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder EM, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2009;11(4):183-91.
  68. Moreira TM, Araújo TL. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(3):268-77.
  69. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):3507-15.
  70. Batalla Martínez C, Blanquer Laguarda A, Ciurana Misol R, García

- Soldevilla M, Hordi Cases E, Pérez Callejón A, et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 1984;1(4):185-91.
71. 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.
72. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(1):636-41.
73. Jabary NS, Castrodeza J, Monfa JM, Sousa F, Plagaro MF, Martin A. Validación de un nuevo test para determinar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos: test Hermes. *Hipertensión*. 1999;16:298-303.
74. 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.
75. Herrera Carranza J. El incumplimiento terapéutico como problema relacionado con medicamentos diferenciado. *Pharm Care Esp*. 2001; 3:446-8.
76. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, Kindelan JM, Carmona A, Juega J, Ocampo A; GEEMA Study Group. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002;16(4):605-13.
77. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54.