



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
Curso de Bacharelado em Farmácia

Jetro Lopes da Cruz

Revisão Sistemática: Adesão medicamentosa no Brasil.

Cuité
2013

Jetro Lopes da Cruz

Revisão Sistemática: Adesão medicamentosa no Brasil.

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rand Randall Martins

Co-orientador: Msc. Jesiel Ferreira Gomes

Cuité

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C957r Cruz, Jetro Lopes da.

Revisão sistemática: adesão medicamentosa no Brasil. /
Jetro Lopes da Cruz. – Cuité: CES, 2013.

63 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro
de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientador: Dr. Rand Randall Martins.
Co-orientador: Msc. Jesiel Ferreira Gomes.

1. Medicamentos. 2. Adesão medicamentosa. 3. Revisão
sistemática. I. Título.

CDU 615.4

Jetro Lopes da Cruz

REVISÃO SISTEMÁTICA: ADESÃO MEDICAMENTOSA NO BRASIL

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Prof. Dr. Rand Randall Martins – Orientador - UFCG

Msc. Jesiel Ferreira Gomes – Co-orientador UFCG

Prof. Dr. Carlos Mácio Ponce de Leon - UFCG

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sempre me dar ânimo e coragem para prosseguir e por sempre fazer as coisas acontecerem na minha vida no tempo certo;

A minha família por ser um alicerce que me dá sustentação para lutar pelos meus ideais e por compartilhar minhas conquistas;

Ao Prof. Dr. Rand Randall Martins, pelas orientações para desenvolvimento desse estudo e ao qual tenho enorme apreço, respeito e admiração.

Ao Dr. Jesiel Ferreira Gomes pela co-orientação e correções que tornaram esse trabalho possível;

A todos os professores e funcionários da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, que tanto contribuíram com meu crescimento como pessoa e como profissional.

RESUMO

A adesão ao uso de medicamentos é amplamente abordada na literatura, possuindo várias vertentes e metodologias diversas. Essa grande oferta de publicações acarreta dificuldades na identificação de metodologias e informações mais acuradas sobre o tema. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre a adesão medicamentosa no Brasil. Buscou-se no portal eletrônico LILACS os descritores “adesão” e “medicamento”, sendo 67 artigos selecionados. 17 foram excluídos, por se enquadrarem nos seguintes critérios: artigos de revisão/debate, teses, dissertações e artigos em língua estrangeira. Observou-se predomínio de publicações das regiões do sul/sudeste do Brasil e crescimento do número de publicações no decorrer dos anos, principalmente a partir de 2009. Das patologias abordadas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (24%), tratamento de portadores de HIV (24%), portadores de tuberculose (8%), transtorno afetivo bipolar (6%), portadores de asma (4%) e hipotireoidismo (4%). A metodologia mais utilizada foi o Teste de Moriky-Green; nenhum dos artigos foi considerado “bom” pela escala de Jadad. Dentre os fatores mais frequentemente associados a não adesão destaca-se: posologia complexa, efeitos colaterais, falta de acesso ao medicamento e esquecimento. Também merece destaque a não compreensão da gravidade da doença e da necessidade do uso de medicamentos, atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes.

Palavras - chave: Adesão Medicamentosa, Revisão Sistemática.

ABSTRACT

Adherence to the use of drugs is widely discussed in the literature, having multiple strands and different methodologies. This wide range of publications entails difficulties in identifying methodologies and more accurate information about the theme. The aim of the study was to conduct a systematic review of medication adherence in Brazil. Searched in the electronic portal LILACS descriptors "adherence" and "medicine", and 67 selected articles. 17 were excluded because they fit the following criteria: review articles / debate, theses, dissertations, and articles in a foreign language. Predominance of publications from regions in southern / southeastern Brazil and the growing number of publications over the years, especially from 2009. Pathologies addressed, there is hypertension (24%), treatment of patients with HIV (24%), tuberculosis patients (8%), bipolar disorder (6%), patients with asthma (4%) and hypothyroidism (4%). The methodology used was the Test Moriky-Green; none of the articles was considered "good" by the Jadad scale. Among the factors most frequently associated with non-adherence stands out: complex dosage, collateral effects, poor accessibility medicine and forgetfulness. Also highlighted the lack of understanding of the severity of the disease and the need to use drugs, the prescriber attitudes, such as language, time dedicate for consultation, welcoming service, respect for the verbalizations and questioning of patients.

Keywords: Medication Adherence, Systematic Review.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos artigos por regiões do Brasil	24
Figura 2 - Números de publicações de 2000 até 2012	25
Figura 3 - Patologias Pesquisadas	26
Figura 4 - Testes utilizados nos artigos	27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das patologias por idade, escala de jaded e número de participantes 2000 - 2012..... 28

TABELA 2 - Distribuição das patologias por participação do sexo feminino, método de avaliação de adesão e porcentagem dos aderentes ao tratamento 2000 - 2012..... 28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

ADA - Avaliação Domiciliar da Adesão,

AEC - Adesão por parte de Enfermeiro no Consultório.

AF - Anemia Falciforme.

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

AMI - Atitudes Referentes à Ingestão de Medicação.

BMQ - Brief Medication Questionnaire.

DC - Doença de Crohn.

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course.

DRC - Doença Renal Crônica.

HIV - Human Immunodeficiency Virus.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos.

MS - Ministério da Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

QAM-Q - Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids

RS – Revisão Sistemática.

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar.

TARV - Tratamento Anti-Retroviral.

TB - Tuberculose.

TMG - Morisky-Green.

WHO - World Health Organization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral:	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Revisão sistemática	14
3.2 Adesão terapêutica	15
3.3 Adesão medicamentosa.....	18
4. METODOLOGIA.....	23
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSSÃO	29
6.1 Adesão no tratamento da hipertensão arterial sistêmica	29
6.2 Adesão no tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).	33
6.3 Adesão ao tratamento da tuberculose.	38
6.4 Adesão ao tratamento transtorno afetivo bipolar.....	40
6.5 Demais patologias identificadas.....	41
7. CONCLUSÃO.....	45
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	46

1. INTRODUÇÃO.

A Revisão sistemática (RS) caracteriza-se como uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. A investigação usada em uma RS disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. (SAMPAIO, MANCINI, 2007). A RS viabiliza, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, permitindo incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos (LEITE, 2008). As RS possibilitam uma análise eficaz e rápida da produção literária, sobretudo, quando o tema abordado é controverso, multifatorial e abundante em metodologias; como é o caso dos estudos publicados sobre adesão medicamentosa (LINDE; WILLICH, 2003).

Há divergências entre os autores quanto à definição do termo adesão, alguns relacionam o termo ao tratamento medicamentoso, ou seja, associa-se ao grau de comprometimento no seguimento de uma orientação profissional na utilização de medicamentos (HAYNES, TAYLOR, SACKETT, 1981; OSTENBERG, 2005). No entanto, outros autores associam o tratamento farmacológico a vários fatores como: peculiaridades da doença, do tratamento, dos serviços de saúde e características individuais (GUSMÃO, JUNIOR, 2006). Observar-se também uma grande quantidade de modelos teóricos que têm como finalidade interpretar a adesão terapêutica, destacando-se os modelos: educacional, da crença em saúde, de estímulo as emoções, comportamental, de autorregulação e biomédico (JARDIM, JARDIM, 2006).

Juntamente com os modelos disponíveis, várias ferramentas para medir o grau de adesão foram desenvolvidos. Neste contexto, merecem destaque o teste de Morisky-Green (TMG), atitudes referentes à ingestão de medicação (AMI), avaliação da adesão por parte de enfermeiro no consultório (AEC), Avaliação Domiciliar da Adesão (ADA), Questionário de Adesão a Medicamentos (QAM-Q), medida de adesão aos tratamentos

(MAT) (BASTOS-BARBOSA, 2012; CARVALHO et al, 2010; SANTA-HELENA, et al 2010).Devido a esta infinidade de fatores, modelos e metodologias, percebe-se a complexidade da adesão medicamentosa e a importância de uma revisão sistemática sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Avaliar a literatura relacionada a adesão medicamentosa no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar as doenças mais abordadas;
- Traçar o perfil das metodologias empregadas e qualidade do estudo;
- Sintetizar os resultados e conclusões obtidas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Revisão sistemática

Na pesquisa científica existem várias alternativas para obtenção de dados e informações requeridas no trabalho; uma delas é a pesquisa bibliográfica. Essa pesquisa é desenvolvida com base nas contribuições de diversos autores que trabalharam determinado assunto relacionado com o objeto da pesquisa, mediante consulta a documentos onde os dados e informações desses autores não receberam um tratamento analítico; outra é a pesquisa documental são as revisões sistemáticas onde os dados e informações que recebem um tratamento analítico (TOZONI-REIS, 2009).

Na revisão da literatura se faz um levantamento da literatura relevante, já publicada na área, que serve de alicerce à investigação, não é uma transcrição (plágio) de textos, mas uma discussão sobre as ideias, fundamentos, inferências e conclusões de autores selecionados, relacionando suas fontes conforme normas e técnicas pertinentes. Essa técnica permite conhecer as contribuições de outros pesquisadores, com informações e dados, elaborados ou não, sobre determinado assunto de interesse para o trabalho do pesquisador. A revisão da literatura deve ser o mais completo, atualizado e oportuno possível (LINDE, WILLICH, 2003).

A estratégia de revisão mais popular é a bibliográfica, caracterizada fundamentalmente pela pesquisa das contribuições de diversos autores sobre um determinado assunto, se aproximando muito da pesquisa documental que se valia de matérias que não receberam um tratamento analítico. Em contraposição ao caráter mais “democrático” da revisão bibliográfica, temos a metanálise (GONSALVES, 2007). A Metanálise é a análise da análise, ou seja, é um estudo de revisão da literatura em que os resultados de vários estudos independentes são combinados e sintetizados por meio de procedimentos estatísticos, de modo a produzir uma única estimativa ou índice

que caracterize o efeito de uma determinada intervenção. Em estudos de metanálise, ao se combinar amostras de vários estudos, aumenta-se a amostra total, melhorando o poder estatístico da análise, assim como a precisão da estimativa do efeito do tratamento (LAW; PHILP, 2002).

Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (LINDE, WILLICH, 2003).

Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos. Outras vantagens incluem a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento. É importante destacar que esse é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, isto é, a revisão é usualmente desenhada e conduzida após a publicação de muitos estudos experimentais sobre um tema. Dessa forma, uma revisão sistemática depende da qualidade da fonte primária (AKOBENG, 2005).

3.2 Adesão terapêutica

Os termos utilizados para definir adesão refletem a compreensão que os autores possuem sobre o papel dos atores no processo. O termo mais utilizado em língua

inglesa é *compliance*, que pode ser traduzido por cumprimento ou obediência e pressupõe um papel passivo do paciente, originário de um modelo médico-hegemônico orientado ao controle. Mais recentemente tem-se o termo *adherence* traduzido como adesão ou aderência em língua portuguesa, no qual identifica uma escolha livre das pessoas que aderem ou não a determinadas recomendações, denotando certa interação colaborativa entre profissional e paciente. (HAYNES, TAYLOR, SACKETT, 1981; OSTENBERG, 2005).

Compliance é um termo muito criticado, pois, permite a interpretação de que o paciente encontra-se numa posição passiva no que tange as decisões a serem tomadas sobre o tratamento, isto é, na relação médico-paciente o poder se encontra com o primeiro, que deve assumir a responsabilidade de ditar o tratamento, enquanto ao segundo cabe a submissão, o cumprimento das regras propostas. Assim o *non-compliance* (desobediência ou não cumprimento) denota o desvio da conduta cobrada pelo médico (SANTA HELNA, 2007; UNGARI, 2007).

Entretanto, segundo Gusmão e Junior (2006) a adesão é um construto (conceito teórico não observável) multidimensional, já que o indivíduo pode não ter adesão a outros determinados pelos cinco fatores: o sistema de saúde, fatores socioeconômicos, aspectos relacionados ao tratamento, paciente e a própria doença. A opinião de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o equívoco de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento

Vários modelos de estudo sobre a adesão foram desenvolvidos com o objetivo de explicar e orientar quando a abordagem deve-se ter para que se obtenha o comprometimento dos pacientes com tratamento, destacam-se os modelos: educacional, da crença em saúde, de estímulo as emoções, comportamental, de autorregulação e biomédico (JARDIM, JARDIM, 2006).

O modelo educacional usa o princípio de que o conhecimento e nível de informação que o paciente tem sobre a doença e o tratamento, resultam em indivíduos mais comprometidos, com comportamento mais responsivo e constante ao tratamento (JARDIM, JARDIM, 2006). No entanto, Sackett, Haynes e Gibson (1975). questionaram esta teoria, demonstrando que a informação não determina maior comprometimento de

pacientes crônicos .

O chamado “modelo de crença na saúde” surgiu diante da comprovação de que há resistência nos indivíduos em aceitar o tratamento de doenças assintomáticas. O modelo não funcionava, por exemplo, em pacientes hipertensos, pois a hipertensão arterial é uma doença com sinais e sintomas obscuros e, muitas vezes ausentes, o paciente não perceber o seu real estado de saúde. Surgiu assim a necessidade de um modelo que conscientize o paciente sobre a seriedade da doença e os benefícios do tratamento. O estudo desse modelo mostrou maior efetividade em ações preventivas e á curto prazo, mas não atende as necessidades de longo prazo como em doenças crônicas (APÓSTOLO et al, 2007; GOMES, 2010).

Um outro modelo relevante é o “modelo de auto-regulação”. De acordo com este, o indivíduo é a soma total de suas experiências passadas com as condições atuais. Cada situação vivenciada gera aprendizados que se acumulam. Inicialmente, há a tomada de conhecimento sobre a doença. Em seguida, planejam-se ações para adoção do comportamento desejado. Finalmente, pela obtenção inicial de resultados, a manutenção do comportamento é estimulada, sendo necessária, e fundamental para a continuidade dos benefícios. Esta teoria se mostra interessante no escopo das doenças crônicas de tratamento contínuo (HAYNES, 1982)

Skinner, em 1957, propôs o modelo comportamental onde o estímulo e a recompensa estão sempre presentes, o individuo aprende que determinado comportamento produzem bem-estar aumentando a probabilidade de que o mesmo volte a ocorrer ao passo que conseqüências que trazem prejuízos aos organismos ou mal estar, têm as respostas que as geraram punidas, reduzindo a probabilidade de que a mesma volte a ocorrer (BRANDÃO, 2003).

Os “modelos de estímulo às emoções” procuram despertar no paciente o medo pela doença, pelas limitações que ela causa e suas conseqüências. Apresentam estreita relação com os modelos educacional e de crença na saúde, por envolver educação para saúde, fornecendo informações sobre a doença. Estudos que utilizaram essa técnica apresentam sucessos e fracassos além de permanecerem os problemas nos seguimentos à longo prazo (JARDIM, JARDIM, 2006).

O modelo biomédico se caracteriza principalmente por identificar as características dos doentes, da doença e dos profissionais de saúde que preveem a não adesão, tentando promover estratégias para a adesão terapêutica dos indivíduos. O modelo identifica dados demográficos relacionados com a adesão, que podem estar relacionados ao paciente (tais como idade, sexo, e autoestima consequências tardias); as crenças de saúde hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema desconhecimento experiência no contexto familiar) ao tratamento, (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos) à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera e tempo de atendimento) e ainda o relacionamento com a equipe de saúde (GOMES, 2010; GUSMÃO, JUNIOR, 2006).

3.3 Adesão medicamentosa.

Nos últimos anos, a adesão terapêutica, por causa da sua complexidade, tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores (HIGGINS; REGAN, 2004).

Em trabalho realizado por Chamorro et al. (2006) na Espanha, observou-se que 18,61% dos pacientes não utilizavam o medicamento por desconfiança do tratamento, 16,28% por serem curados, 11,62% devido à presença de reações adversas, 9,3% por sensação de excesso de medicação prescrita pelo médico, 4,65% por desconfiança do médico e 2,33% por não adquirirem o medicamento receitado. A não adesão por esquecimento ou por não compreensão das instruções correspondeu a 11,62% dos casos e, por problemas econômicos, 2, 33%.

Em estudos realizados no Brasil, procurando estimar a falta de adesão especificamente em casos de hipertensão arterial sistêmica, destaca-se o estudo realizado em São Luís, Maranhão, com uma amostra de 462 pacientes cadastrados no Programa de Hipertensão em Unidades de Saúde, com diagnóstico de hipertensão

arterial sistêmica há mais de 6 meses e maiores de 18 anos de idade, revelou que dos pacientes entrevistados, 25% não aderiam ao tratamento medicamentoso; entre os pacientes que não seguiam o tratamento foi relatado como motivos principais: esquecimento, sensação de não necessidade do uso da medicação e efeitos colaterais provocados pela medicação (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). A porcentagem de não adesão foi maior ainda em um trabalho que investigou a prevalência de hipertensão em uma cidade de Minas Gerais: 33,3% dos indivíduos com conhecimento prévio da doença referiam não fazer uso regular da medicação (CUNHA et al, 2012).

Vários métodos têm sido utilizados na avaliação da baixa adesão, tais como autorrelato, contagem manual e eletrônica de comprimidos, retirada de medicamentos em farmácias, dosagens laboratoriais de fármacos ou metabólitos de fármacos e questionários. A seguir estarão descritos alguns questionário mais utilizados para avaliação da adesão farmacológica (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2011).

O teste de morisky-green é uma ferramenta para medir o grau de adesão permitindo avaliar se a eventual não-adesão do paciente se deve a comportamento intencional (deixar de tomar a medicação por sentir-se bem ou por sentir-se mal) ou não intencional (esquecimento e descuido quanto ao horário da medicação). O teste é composto de quatro questões a serem respondidas com "sim" ou "não": (1) Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio? (2) Às vezes você não é cuidadoso tomando o medicamento? (3) Quando você se sente melhor, às vezes para de tomar o remédio? (4) Às vezes, se você se sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los? A pessoa é considerada como não tendo adesão se responder afirmativamente pelo menos uma questão (MORISKY, 1986).

O teste medida de adesão ao tratamento (MAT) É instrumento composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. As respostas são obtidas por meio de escala ordinal de seis pontos que varia de sempre (1) a nunca (6). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, ou seja, variam de 1 a 6. Posteriormente, os valores 5 e 6 são computados como um (o que corresponde a aderente) e os demais são computados como zero (não aderentes), finalizando em uma escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente) (CARVALHO et al 2010).

O *Brief Medication Questionnaire* (Questionário breve sobre medicamentos, BMQ) é um instrumento de pesquisa dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2011).

O questionário de adesão a medicamentos – Qualiaids (QAM-Q) é um questionário composto de três perguntas e resulta em uma medida composta, em que somente é considerado aderente o indivíduo que relata ter tomado 80% a 100% das doses prescritas, de modo correto (sem “feriados”, “tomada errática”, “meia-adesão” ou abandono) (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010).

Quanto aos fatores envolvidos com a não adesão ao tratamento medicamentoso pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento. O mercado farmacêutico está concentrado nos países economicamente mais ricos e voltado às classes sociais mais abastadas. Sabe-se que os maiores investimentos estão no desenvolvimento de tratamentos para problemas que atingem essas populações, em detrimento dos medicamentos demandados pelas necessidades mais comuns nos países mais pobres (SOBRAVIME, 2001). Ainda com relação ao acesso ao medicamento, em países como o Brasil, este é um problema crucial e deve ser o primeiro fator analisado: se o paciente tem acesso ao medicamento, então ele está em condições para aderir ou não ao tratamento. (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

O maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico também estão associados à não-adesão mesmo quando o medicamento é fornecido. Esse é um dos principais fatores relacionados ao medicamento que interferem na adesão aos anti-retrovirais, pois os esquemas terapêuticos normalmente são complicados e exigem um grande empenho por parte do paciente, que precisa adaptar sua alimentação, horários e ritmo diário para cumprir o tratamento (JORDAN et al., 2000).

É importante citar que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia é um entrave para a adesão, o que pode ser chamado de efeito protetor da não-adesão, que seria uma não-adesão inteligente à terapêutica (MILTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000). Outro fator citado na literatura é a própria doença. Vários estudos relatam que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser lido como a forma como o paciente vê seu estado e

compreende sua enfermidade. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não-adesão à terapia da Aids (TEIXEIRA, PAIVA, SHIMMA, 2000), assim como atrapalha o seguimento do tratamento da tuberculose (GONÇALVES et al., 1999). Alguns estudos de adesão em pediatria citam o fato de os pais não compreenderem a importância do tratamento ou a gravidade da enfermidade como um entrave para a adesão (PESSOA et al., 1996; JONES, 1983), mas também que a percepção de maior gravidade da patologia está associada a maior adesão, mesmo em tratamentos mais longos (SILVESTRE-BUSTO, 2001).

Algumas publicações trazem como questão central a importância do profissional de saúde para a adesão; algumas tratam a questão com importância extrema, como se a adesão ao tratamento fosse determinada exclusivamente pelo poder do médico de fazer seu paciente obedecer a sua prescrição e dos meios que utiliza para tal. De qualquer forma, fica evidente, pelos resultados de diversos estudos, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente (TEIXEIRA, PAIVA, SHIMMA, 2000; NEMES, 2000). Certas atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia (LEITE, 2000).

Há ainda, estudos sobre a adesão a diversas terapias sugerindo que o seguimento rígido das prescrições implica certa interferência no cotidiano, o que não é desejado pelo usuário. Os autores analisados colocam a necessidade de se compreender questões relacionadas ao paciente e ao meio em que está inserido, sociocultural, como importantes no procedimento de adesão à prescrição medicamentosa. Considerando os fatores citados relacionados à doença, ao tratamento e ao serviço de saúde, o que se percebe nos estudos é que mesmo alterando as situações, o grau de adesão continua sendo baixo (JONES, 1983).

O tratamento medicamentoso por depender da colaboração e participação ativa do indivíduo para controle de sua enfermidade, constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde. Tomando por exemplo indivíduos hipertensos, que não tratam adequadamente o quadro de hipertensão, esse comportamento pode acarretar

graves consequências, pois, aumenta-se o risco do desenvolvimento de doença cardiovascular, justificando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das mortes por doença arterial coronariana, insuficiência renal, infarto do miocárdio, entre outras (DOSSE et al, 2009).

4. METODOLOGIA.

Foram selecionados os artigos publicados na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) entre 1º de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2012, indexados pelos seguintes descritores: “adesão” – palavras do título e “medicamentos”. Dos 67 artigos selecionados, 17 foram excluídos, por não se enquadrarem nos seguintes critérios: artigos de revisão/debate, teses, dissertações e artigos em língua estrangeira.

Dos artigos foram extraídas informações em relação a: tipo de estudo, população e amostra, métodos de estudo empregados, local do estudo, ano de publicação, qualidade do trabalho (JADAD, 1996) e a porcentagem de adesão medicamentosa.

A escala de Jadad para avaliação de casos clínicos obedece aos seguintes critérios de pontuação: Um ponto para cada resposta positiva e menos um ponto para cada resposta negativa. A escala busca responder as seguintes perguntas: se houve descrição da randomização? Há descrição dos vendamentos? Há descrição das perdas de seguimento? O artigo pode ser elevar sua pontuação caso o Vendamento tenha sido feito de maneira apropriada ou Randomização apropriada ou despontuado caso o Vendamento tenha ocorrido de maneira inapropriado ou Randomização inapropriada; podendo alcançar notas de 0 a até 5 pontos; artigos com menos de 3 pontos são considerados de má qualidade.

Estas informações foram organizadas em quadros e analisadas em categorias analíticas. Esta nova categorização dos estudos baseou-se nos resultados mais relevantes dos estudos e sua discussão para a compreensão de temas importantes na adesão medicamentosa, independentemente dos objetivos iniciais descritos no estudo.

5. RESULTADOS

Foram analisados 50 trabalhos, a maioria proveniente de regiões do sul/sudeste do Brasil (Fig. 1).

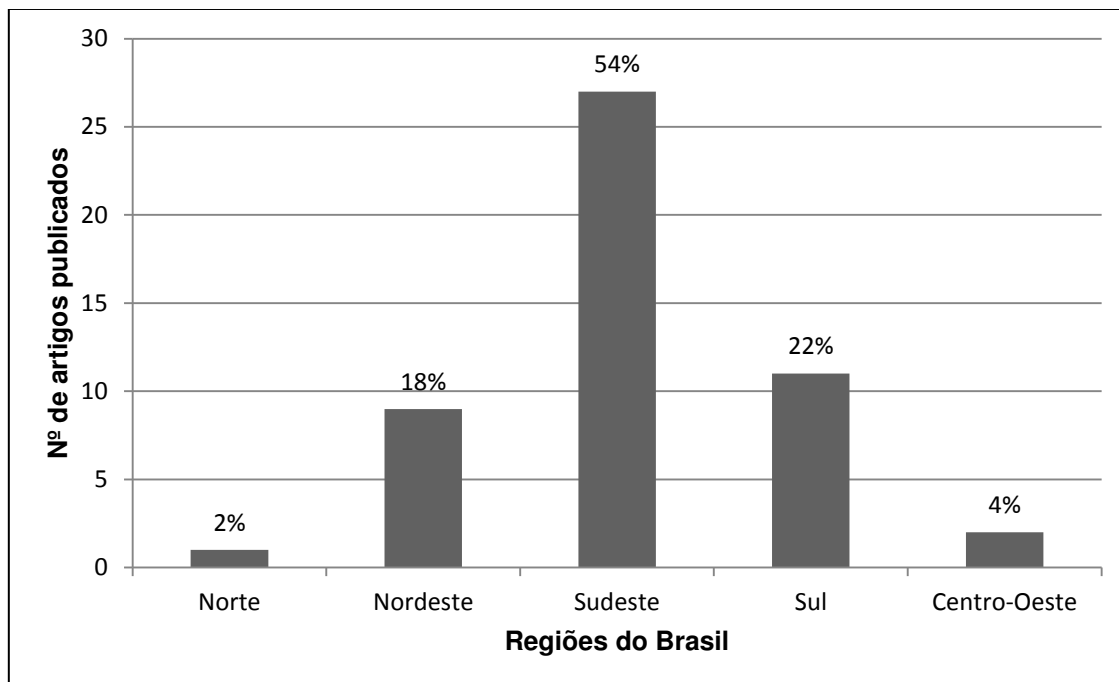


Figura 1. Distribuição dos artigos por regiões do Brasil.

Observou-se, ainda, crescimento do número de publicações no decorrer dos anos, principalmente a partir de 2009 (Fig. 2).

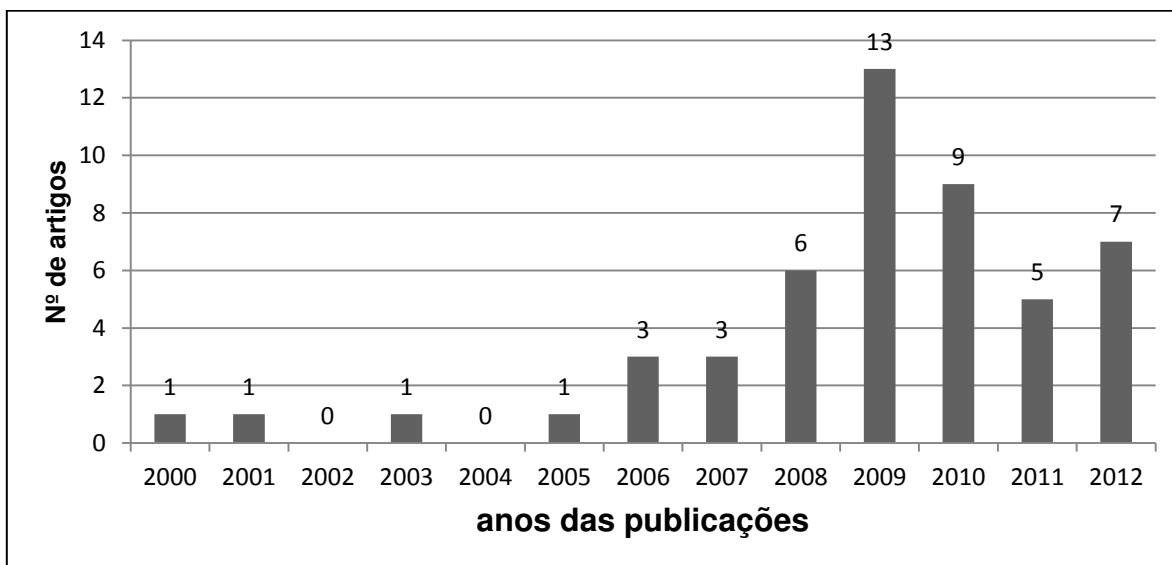


Figura 2. Números de publicações de 2000 até 2012.

Várias patologias foram abordadas (Fig. 3), contudo destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (26%), tratamento de portadores de HIV (26%), portadores de tuberculose (8%), transtorno afetivo bipolar (7%), portadores de asma (4%), hipotireoidismo (4%) e outras patologias, com somente um trabalho analisado, representando 25% dos artigos.

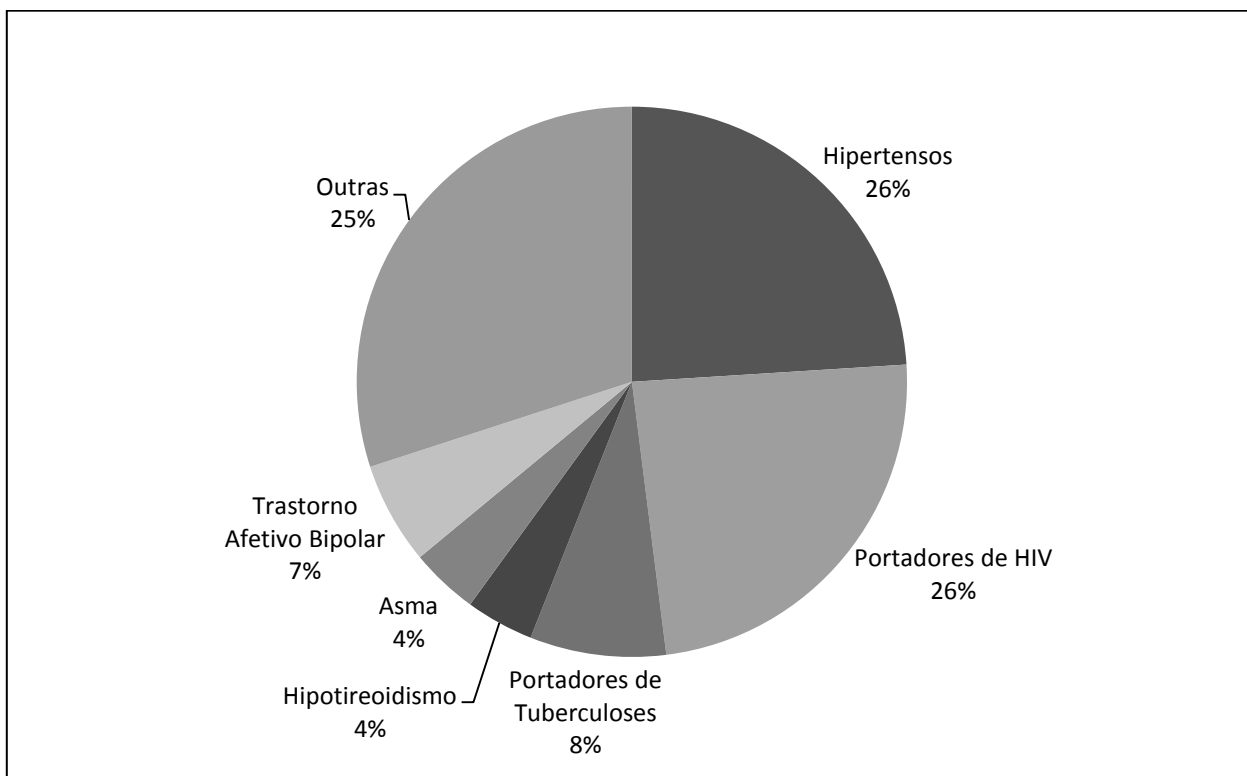


Figura 3. Patologias Pesquisadas

Dentre os métodos utilizados (Fig. 4), houve clara preferência pelo teste de Morisky-Green, usado em 11 artigos. Outros tipos de testes não ultrapassaram 2 artigos, o restante dos artigos não utilizaram questionários como forma de “medir” adesão.

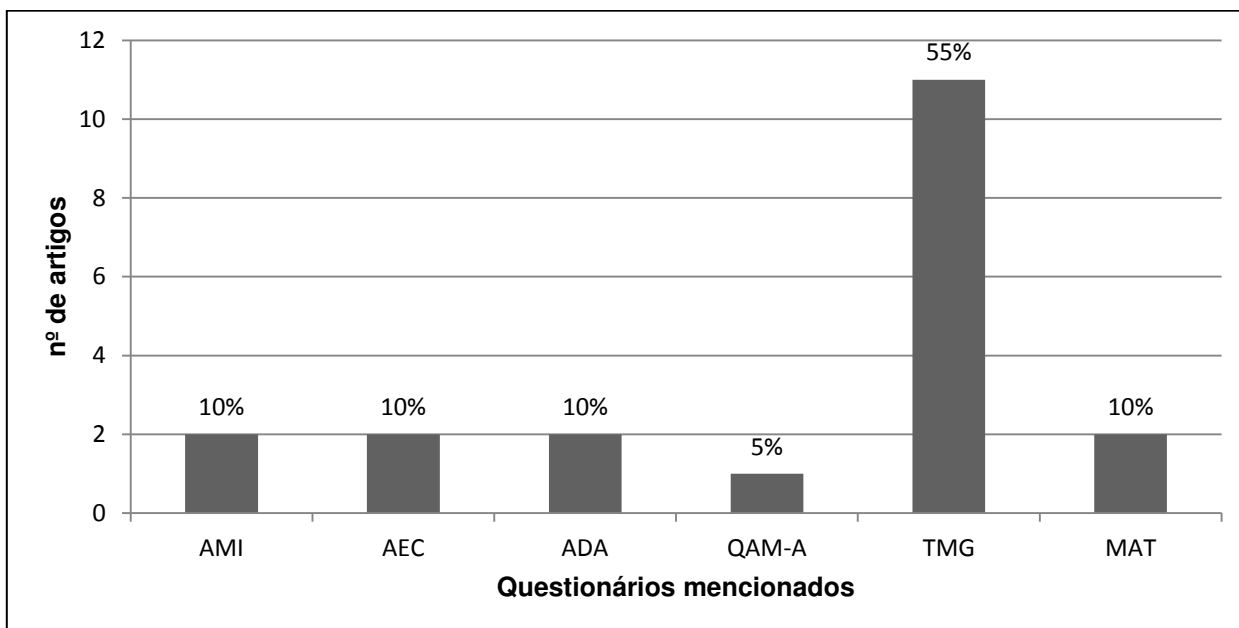


Figura 4. Testes utilizados nos artigos.

A faixa etária variou de acordo com o foco de estudo (Tab. 1), entre os indivíduos mais velhos estão os estudados nos artigos que tratam da hipertensão arterial sistêmica, a idade média foi de 65,6 anos já os que apresentaram menor idade foram os portadores de tuberculose com média 34 anos.

No que se refere à qualidade dos artigos, nenhum dos artigos atingiu a pontuação considerada boa pela escala de jasad (3 pontos) o melhor resultado foram os artigos que abordaram a hipertensão com média de 1,27 pontos.

Os estudos que apresentaram maior número de participantes foram os artigos que abordaram a hipertensão arterial com uma média de 186; no outro extremo, os artigos que tratavam do transtorno afetivo bipolar apresentaram a menor média, 46,33 participantes.

Tabela 1. Distribuição das patologias por idade, escala de Jaded e número de participantes 2000 - 2012.

Patologia	Idade	Escala de Jaded	Amostra
Hipertensos	65,60 ± 4,51	1,27 ± 0,65	186 ± 178,78
Portadores de HIV	37 ± 15	0,92 ± 0,51	87 ± 133,97
Portadores de Tuberculoses	34 ± 10,26	0,75 ± 0,5	87,75 ± 86,46
Portadores de Transtorno afetivo bipolar	46,33 ± 37,38	1	46,33 ± 47,38
Hipotireoidismo	36,5 ± 9,2	1	108 ± 11,31
Outros	54,02 ± 14,30	1 ± 0,50	106,47 ± 50,39

Observar-se (Tab. 2) que o gênero feminino foi mais frequente entre os portadores de transtorno afetivo bipolar com média de 77,49% chegando, em alguns artigos, a mais de 80% dos indivíduos estudados.

O método mais utilizado para medir a adesão foi o teste de Morisky-Green, observa-se, que na maioria dos estudos, os questionários estavam ausentes.

Quanto à porcentagem de pacientes que aderiram ao tratamento, verifica-se que os portadores de HIV apresentam maior adesão ao tratamento, média de 68,3%; vale a pena destacar que os portadores de tuberculose apresentaram a menor média de adesão 6,1%.

Tabela 2. Distribuição das patologias por participação do sexo feminino, método de avaliação de adesão e porcentagem dos aderentes ao tratamento 2000 - 2012.

Patologia	% mulheres	Método mais usado	% de adesão
Hipertensos	61,5 ± 11,6	TMG	50,96 ± 21,79
Portadores de HIV	35,01 ± 13	Ausente	68,3 ± 11,43
Portadores de Tuberculoses	50,29 ± 10,42	Ausente	6,1
Portadores de Transtorno afetivo bipolar	77,49 ± 7,75	TMG	25,71 ± 12,84
Hipotireoidismo	71 ± 12,73	Ausente	23 ± 7,07
Outros	65,24 ± 20,30	TMG	68,53 ± 25,42

6. DISCUSSÃO

6.1 Adesão no tratamento da hipertensão arterial sistêmica

De acordo com as V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2007), são considerados hipertensos aqueles que apresentam a pressão arterial superior a 140 e 90 mmHg, sistólica e diastólica respectivamente. Indivíduos controlados apresentam valores inferiores aos citados acima. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um fator de risco contínuo para doença cardiovascular, pois resulta em complicações, incluindo doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares das extremidades (LEWINGTON *et al*, 2003). Cerca de 40% das mortes por derrame cerebral e 25% por doenças coronárias relacionam-se a HAS, sua prevalência varia entre 15% a 20% na população adulta (PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006).

Os estudos pesquisados tinham como local de coleta unidades básicas de saúde (SANTA-HELENA *et al*, 2010, LANDIN *et al* 2010, PUCCI *et al* 2012), ambulatórios (CAVALARI *et al* 2012, BASTOS- BARBOSA *et al*, 2012, DOS SANTOS *et al* 2010), em iguais proporção, exceto Souza *et al*, 2012 e Amarante *et al* 2010 que fizeram coletas de dados em visitas domiciliares e farmácias comunitárias respectivamente. A maioria optou por pesquisar indivíduos acima de 18 anos, com exceção de Bastos-Barbosa *et al*, 2012 que teve como foco idosos com idade mínima de 71 anos e Cavalari *et al*, 2012 indivíduos de 60 anos. A maioria dos trabalhos utilizava menos de 75 indivíduos (BASTOS- BARBOSA *et al*, 2012; LANDIN *et al* 2010; AMARANTE, 2010; CAVALARI *et al* 2012; SOUZA, *et al* 2011), enquanto os demais, acima de 200 indivíduos (SARAIVA, *et al* 2007; PUCCI *et al* 2012; SANTA-HELENA *et al*, 2010; SANTOS, *et al* 2009). Destaca-se o estudo de Santa-Helena 2010 que chegou a 595 participantes. O teste de Morisky-Green foi utilizado por quase todos os estudos com exceção do estudo de Santa Helena *et al*, (2010) que utilizou o teste QAM-Q, ressalta-se Bastos-Barbosa

et al (2012) que utilizou também os testes AMI, AEC e ADA. No entanto não houve boa concordância entre o teste de Morisky-Green e os outros teste aplicados.

Informações acerca da fisiopatologia, medicamento e tratamento não farmacológico não estariam presentes em grande parte dos portadores de HAS. Bastos-Barbosa (2012) observou que 42% dos idosos não tinham ciência do carácter crônico da hipertensão. Por outro lado, Saraiva, et al (2007) pode constatar, que os indivíduos apresentaram algumas noções sobre a doença e o tratamento; relacionando ao uso excessivo de sal, gordura animal e de álcool como fatores de risco para a HAS, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e miocardiopatias. Todavia, o mesmo autor, observou a cefaleia como uma manifestação clínica clássica da HAS identificável pelos entrevistados, assim como recomendações dietéticas e uso correto do medicamento, apesar ignorarem os efeitos terapêuticos e adversos da droga.

Em relação a adesão medicamentosa, o conhecimento sobre a doença e tratamento repercutiu positivamente nesta. O conhecimento da doença pelos portadores de doenças crônicas é um fator importante na adesão ao tratamento, pois o paciente se comporta de acordo com suas representações, sobretudo em relação a saúde-doença e ao conceito de cura, que pode, inclusive, contrapor-se aos saberes médicos (SARAIVA, et al 2007). Amarante et al (2010) chegou à conclusão que o conhecimento da enfermidade é um dos fatores importantes que contribuem para a adesão. Pucciet al (2012), de forma mais específica, afirmou que somente uma questão sobre o conhecimento da doença (“O tratamento é para vida toda.”) apresentou acarretou melhoria na adesão ao tratamento. O mesmo foi observado por Bastos-Barbosa et al (2012), pacientes com hipertensão controlada conheciam melhor a duração da doença dos que não tinham a pressão arterial controlada. Ainda neste contexto, Cavalari et al (2012) notou que a percepção do paciente quanto a gravidade da patologia está associado a maior adesão mesmo em tratamentos mais longos.

Em contradição com os autores, citados até o momento, Pucci et al (2012) demonstrou que apesar do conhecimento adequado dos hipertensos, as questões sobre conhecimento da doença não foram suficientes para exercer influência sobre a adesão ao tratamento. Em geral os pacientes entrevistados demonstraram conhecimento satisfatório em relação à doença. No entanto, analisando isoladamente as questões,

observou-se que apenas o indivíduo que tem consciência de que a HAS é para toda a vida aderiram fortemente ao tratamento, expressando importância estatística com a adesão.

Posologia complexa refere-se a prescrições que apresentam grande número de medicamentos e/ou maiores dificuldades na sua administração (NETO et al, 2011; SECOLI, 2010). Pucci et al (2012) verificou uma correlação inversa entre o número de medicamentos anti-hipertensivos e a adesão ao tratamento. Da mesma forma Landim et al (2010) e Bastos-Barbosa et al (2012), demonstraram que maior quantidade de comprimidos recebidos diariamente implica em menor adesão ao tratamento farmacológico. Ainda de acordo com Bastos-Barbosa (2012), observa-se na polifarmácia maior o risco de potenciais interações perigosas e efeitos adversos resultando em baixa adesão ao tratamento. Contudo, Santa-Helena et al (2010) observou o inverso, ou seja, menor número de medicamentos consumidos associou-se com não adesão. Ela atribui isso a fato de que indivíduos com maior tempo de tratamento apresentariam maior hábito de uso, mesmo com maior quantidade de medicamentos; mas não houve mensuração deste critério.

Amarante (2010) observou como um dos principais motivos da não adesão ao tratamento medicamentoso o esquecimento da administração, também relatado por Bastos-Barbosa (2012) onde metade dos indivíduos pesquisados relataram esquecimento da ingestão de medicamentos no horário prescrito. Amarante (2010) ainda atribui os resultados da alta porcentagem de esquecimento das administrações do medicamento (67%), a idade dos pacientes avaliados ou, ainda, ao número de medicamentos utilizados para hipertensão e outras enfermidades concomitantes.

O acesso a medicamentos é caracterizado por um sistema confiável para suprimento de medicamentos de qualidade, na quantidade adequada e a preços razoáveis (HUNT; KHOSLA, 2008). O estudo de Pucci et al (2012) chega a conclusão que o custo dos medicamentos anti-hipertensivos influencia de forma significativa a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, dificultando seu acesso. Santa-Helena et al (2010) mostrou mais especificamente que pessoas inseridas no mercado de trabalho, em especial aqueles trabalhadores não qualificados e com baixo poder aquisitivo apresenta maior risco de não-adesão. Bastos-Barbosa (2012) observou ainda, o

comprometimento da adesão em pacientes de baixa renda que utilizam mais que quatro medicamentos ou o aparecimento de efeitos adversos. Para Pucci et al (2012) a dificuldade para marcar consultas apresenta associação com adesão ao tratamento no limite para ser considerada significativa. Santa-Helena et al (2010) observou as variáveis relativas aos serviços de saúde chegando a conclusão que pacientes que tiveram sua última consulta há mais de seis meses apresentaram maior risco de não-adesão.

Outros fatores também se mostraram associados a adesão, apesar do menor destaque na literatura consultada, assim como observou-se ausência de relação entre a adesão e outras características. Santa-Helena et al (2010) notou a presença de transtornos mentais manteve forte associação à não-adesão. A não adesão a atividade física relaciona-se a não adesão em um contexto geral (BASTOS-BARBOSA, 2012). Santa-Helena et al (2010) As variáveis relativas aos serviços de saúde, comparecimento a consultas ou a grupos, e procurar hospital no último ano também não se mostraram associadas à não-adesão. Dentre as características das pessoas, sexo, estado civil, religião consumo atual de tabaco e álcool não estavam associadas à não-adesão.

Para Bastos-Barbosa (2012) uma das mais importantes estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da HAS é simplificar o tratamento. Saraiva, et al (2007) aponta outras estratégias que podem ser traçadas, como o apoio familiar em relação ao tratamento, e melhor escolaridade para maior compreensão sobre a doença e o cuidado. Conseqüentemente, a instrução e o apoio familiar se tornam um elemento relevante e contribuinte na busca da adesão da pessoa hipertensa ao tratamento.

Cavalari et al (2012) propõem ações voltadas aos profissionais de saúde para diminuir as barreiras em relação a adesão, mostrando benefícios através de uma visão realística do portador HAS e não só focada no tratamento. Landim et al (2010), recomenda ações que poderão garantir maior efetividade ao tratamento medicamentoso; ações educativas sobre doenças e tratamento com participação ativa do usuário; prescrições farmacológicas de menor complexidade possível por meio de associações fixas de drogas anti-hipertensivas; prescrições com maior legibilidade principalmente para idosos; viabilizar a figura do cuidador familiar para pacientes com

sinais de não-adesão ao tratamento. Amarante (2010) ressalta ainda que os fatores, como a falta de informação sobre a doença e a não compreensão sobre como utilizar os medicamentos, podem ser sanados com a intervenção farmacêutica.

6.2 Adesão no tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou, com é mais comumente conhecida, AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*) caracteriza-se como uma doença crônica causada pela infecção do vírus HIV (*human immunodeficiency virus*). O HIV ataca células do sistema imunológico, mais especificamente os linfócitos T CD4+ gerando diminuição na capacidade de defesa contra infecções oportunistas (BRASIL, 2012). Estas doenças, como hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, são desencadeadas em estágios avançados da infecção pelo HIV e associam-se a falta de adesão medicamentosa (BRASIL 2012; KOURROUSKI; LIMA, 2008). De acordo com o último Boletim Epidemiológico do ministério da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o Brasil apresentou 656.701 casos de AIDS entre 1980 a 2012; a taxa de incidência é de 20,2 casos por 100 mil habitantes, sendo mais frequente entre 25 a 49 anos.

Todos os estudos pesquisados abordavam indivíduos acompanhados ambulatorialmente. A maioria dos trabalhos optou por pesquisar indivíduos com idade acima de 18 anos (da Silva et al, 2008, Blatt et al, 2009, Dos santos, 2011), destacando-se Padoin, et al (2011) que estudou indivíduos de 50 a 59 anos. Por outro lado, Kourrouski, Lima (2009) estudou adolescentes entre 13 a 18 anos; Feitosa et al (2008), crianças com idade entre de 5 a 9 anos e Trombini; Schermann (2010) estudou indivíduos de 18 meses a 13 anos. A maioria dos trabalhos utilizavam menos de 72 indivíduos na amostra (PADOIN ,et al 2011; DOS SANTOS et al 2012; TROMBINI; SCHERMANN, 2008; KOURROUSKI; LIMA, 2008; NEMES et al 2009 BLATT, et al 2009; DA SILVA, et al 2009; FEITOSA et al 2008; SANTOS, 2006) com uma média de $95,64 \pm 137,5$ indivíduos. Outros trabalhos utilizaram uma maior quantidade de

indivíduos, 323 indivíduos (GOMES et al, 2009;) e Silva et al 2009 com 412 participantes.

Não foi observado testes de adesão comumente utilizados na literatura, como Morisk-Green. Prevaleceu a avaliação através de questionários próprios da quantidade de doses restantes (TROMBINI; SCHERMANN, 2008; SANTOS, 2006; PADOIN, et al 2011; NEMES et al 2009; KOURROUSKI; LIMA, 2008; FEITOSA et al 2008; DOS SANTOS et al 2012; DA SILVA, et al 2009; BLATT, et al 2009) e/ou cumprimento das datas para nova dispensação (GOMES et al, 2009;).

Da Silva et al (2009) observaram que a conscientização sobre a gravidade da doença e a importância do tratamento anti-retroviral (TARV) e de suas características constituem um fator importante para a adesão. Contudo, Gomes et al (2009) deixa a questão um pouco controversa ao notar que o conhecimento sobre o significado da contagem de linfócitos TCD4+ diminuía a adesão; já que Indivíduos orientados e com valores acima de 200 células/mm³ tiveram uma maior chance de abandono do tratamento. Porém o mesmo autor concorda que a não percepção da gravidade da doença na ausência de sintomas, acarreta diminuição do uso da medicação. Padoin et al (2011) chega a conclusão semelhante a de Gomes et al (2009), a variável conhecimento do motivo do tratamento apresentou-se como fator associado à não adesão no que se refere ao cotidiano medicamentoso e ao cuidado de si. Logo, o conhecimento sobre a doença e sobre a necessidade dos medicamentos, não representa necessariamente adesão ao tratamento (PADOIN et al 2011). Assim a lembrança do HIV, o fato de tomar uma medicação para algo que não tem cura e a não aceitação da doença constituem fatores negativos que influenciam, diretamente, na adesão medicamentosa (KOURROUSKI; LIMA, 2009).

Dos Santos et al (2010) observa que a maioria dos entrevistados relatou a complexidade do tratamento como um aspecto dificultador da adesão a TARV. Os sujeitos em uso constante de antirretrovirais relacionam a medicação a uma espécie de prisão, relatando que suas vidas estão totalmente relacionadas as dosagens e horários impostos pelo tratamento (DOS SANTOS et al 2010). Feitosa et al (2008) destaca o efeito negativo do número de medicamentos empregados, a grande ingesta de comprimidos/dia, os horários de utilização e o sabor desagradável dos medicamentos

sobre a adesão à terapêutica. Há, contudo, autores que afirmam que a dificuldade na adesão a TARV pela complexidade posológica não é algo absoluto. É correto afirmar que a quantidade de medicamentos e a complexidade do tratamento desfavorece a adesão; mas não seria um fator determinante em vista da quantidade significativa de indivíduos com posologia complexa e boa aderência (DA SILVA et al 2009). Ainda em relação às características da TARV, Dos Santos et al (2010) constatou correlação entre a ocorrência de efeitos colaterais e baixa adesão aos medicamentos. Feitosa et al (2008) ainda acrescenta que além do incômodo causado pelos efeitos colaterais, a saída do ambiente doméstico acarreta esquecimento do uso.

No que diz respeito aos serviços de assistência a pessoas com AIDS, Gomes et al (2009) relacionou intervalos entre consultas superiores a 6 meses com uma chance quase oito vezes maior de abandonar a terapia. Outro fato interessante notado por Gomes, et al (2009) foi o fato de muitos pacientes que não fizeram uso de outros medicamentos diferente dos TARV abandonaram a terapia. Os pacientes acompanhados por outros profissionais não diretamente relacionados ao TARV, como outros especialistas médicos, enfermeiros e farmacêuticos, ficariam mais motivados em seguir adequadamente o tratamento prescrito. Nemes et al (2009) aponta para a associação entre adesão e características de qualidade dos serviços, o acompanhamento de grupos menores de 100 pacientes mostraram risco estimado bruto de não-adesão significativamente maior que os serviços com mais de 500 pacientes. Isto talvez se deva ao porte do serviço em relação a quantidade de profissionais e estruturas necessárias para acompanhar uma maior demanda.

Com relação aos cuidadores, nos casos de crianças e adolescentes, Trombini; Schermann, (2010) observaram que quanto pior for a comunicação entre a criança e seu cuidador, maior será o estresse, menor a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. Estes autores ainda afirmam que a baixa adesão em jovens associa-se fortemente a pouca escolaridade, baixa renda, idade avançada do cuidador (em geral avó) e desintegração do meio familiar (mãe solteira ou viúva, muitos filhos na família e alto grau de pobreza). Feitosa et al (2008), destacou o sabor desagradável dos medicamentos, não adequados para crianças e voltados exclusivamente para TARV em adultos.

Da Silva et al (2009) observou que muitos pacientes não aceitam a condição de serem portadores de uma doença estigmatizante, interferindo na aderência a seu tratamento. O medo do preconceito e da discriminação ultrapassaria a fronteira da família, tornando-se presente no ambiente de trabalho, associado ao sentimento de viva inquietação ante a noção do perigo real ou imaginário da ameaça, do temor de perder o emprego. Padoin et al (2011) demonstra que o fato de trabalhar fora de casa também se mostrou um fator de não adesão, uma vez que os pacientes deixavam de tomar a medicação no período de trabalho, o que remete ao medo do preconceito dos colegas de trabalho.

A variável uso de álcool apresenta associação estatística significativa com o abandono da terapia medicamentosa. (GOMES et al 2009). Padoin et al (2011) relataram que alguns indivíduos deixam de fazer uso dos TARV devido a ingestão de bebida alcoólica. Isso estaria relacionado, de acordo com Dos Santos et al (2010), ao medo de uma possível “intoxicação” relacionada a interação entre TARV e álcool, além de deixarem de tomar medicamentos para cumprirem suas funções sociais como ir a festas e bares, locais onde lhe são oferecidas bebidas.

Outros fatores menos citados, também relacionavam-se a baixa adesão em portadores de HIV. Dos Santos et al (2010) observou que o baixo poder aquisitivo diminui a adesão, isto deve-se a falta de transporte gratuito pra realização do tratamento e ao acesso limitado a uma alimentação adequada. Dos Santos et al (2010) também relata a dificuldade de conservação da TARV, principalmente quando estes necessitam de refrigeração, foi outro aspecto definido a não adesão a medicação. Santos (2006) acredita que os pacientes tolerem a dor em função da motivação e do otimismo causados pelos resultados apresentados com o uso da medicação, como o aumento de CD4 e a diminuição da carga viral.

Em relação aos fatores associados a melhoria na adesão medicamentosa do TARV pode se destacar alguns fatores. Trombini; Schermann, (2010) perceberam a alta adesão no Brasil pode estar relacionada ao acesso universal gratuito a TARV. Dos Santos et al (2010) acrescentou ainda o fato dos indivíduos se sentirem bem fazendo uso da medicação e a ausência de efeitos colaterais. Com relação a ausência de efeitos colaterais, Da Silva et al (2009) aponta-o como o principal fator facilitador a

adesão, seguidos da quantidade de medicamentos ingeridos e posologias menos complexas.

Da Silva et al (2009) revelou outro aspecto favorável a adesão a TARV que seria a presença de uma memória dos sintomas da doença. Os portadores costumam referir que não querem passar pelo que já passaram anteriormente, e por isto tentam seguir corretamente o tratamento. Dos Santos et al (2010) chega a mesma conclusão, as lembrança dos sintomas da doença faz com que indivíduos façam uso correto da medicação por medo de conviver novamente com as doenças oportunistas e hospitalizações.

Para Blatt et al (2009) as variáveis que se mostraram associadas a adesão foram a escolaridade (mais de oito anos de estudo) e o fato de viver com a família. O ultimo ponto teve muita importância para autores como Dos Santos et al (2010), afirmaram que o apoio ofertado as pessoas que vivem com HIV/AIDS pela sua rede social (amigos, familiares e profissionais da saúde) podem influenciar a adesão a TARV. Da Silva et al (2009), observou, de forma similar, que os indivíduos que apresentavam melhor aderência ao tratamento eram aqueles que possuíam uma rede social, ou seja, que referiam procurar colegas de igreja ou o marido para ajudar na resolução dos problemas, enquanto os não-aderentes não pertenciam a nenhum grupo social. No entanto, o próprio autor afirma que há ressalvas, o fato de serem apoiados em excesso pode tanto estimular quanto desestimular a adesão (DA SILVA et al 2009). Kourrouski; Lima (2009) colocou como facilitador da adesão as crenças no benefício da TARV para a saúde e sobrevivência, ter consciência de que a não ingestão de medicações pode agravar a enfermidade, a vontade de viver e de ter um futuro. Como estratégias para promoção da adesão, merece destaque o observado por Da Silva et al (2009), onde a atuação dos profissionais no início do tratamento seria extremamente importante. A boa adesão nesse período pode significar adesão em longo prazo, uma vez que pacientes quando em estágios mais avançados da doença, tornam-se mais resistentes e temerosos, o que pode dificultar a realização do autocuidado.

6.3 Adesão ao tratamento da tuberculose.

A tuberculose (TB) é uma infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado Bacilo de Koch. Este microrganismo é transmitido através de gotículas eliminadas pela respiração, espirros e tosse. Nos alvéolos, o bacilo destrói sua estrutura formando cavidades no tecido pulmonar, ocorre rompimento de vasos sanguíneos, reação inflamatória intensa, hipersecreção de muco e tosse produtiva (BRASIL, 2002). O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. O Brasil detecta em média 90% de casos novos anualmente, com uma notificação aproximada de 70 mil. Morrem cerca de 4.600 portadores de TB no país ao ano (BRASIL, 2010).

Os estudos pesquisados abordavam indivíduos acompanhados em unidades básicas de saúde (VIEIRA; RIBEIRO, 2010) e ambulatórios (SOUZA et al, 2009, QUEIROZ; NOGUEIRA, 2009, COSTA et al, 2011) A maioria dos trabalhos optou por pesquisar indivíduos com idade acima de 18 anos, exceto Vieira; Ribeiro (2010) que se destaca por estudar indivíduos com maior diferença entre idades: de 4 a 84 anos. A maioria dos trabalhos utilizavam no mínimo 28 indivíduos (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2009) e no máximo 173 indivíduos (VIEIRA; RIBEIRO, 2010) chegando a uma média de $117 \pm 77,93$ indivíduos.

A fim de garantir a adesão e o sucesso do tratamento da tuberculose, em 1993 a OMS propôs a seus países-membros a estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (Tratamento supervisionado de curta duração) (DOTS). Nessa estratégia, o profissional de saúde ou agente comunitário de saúde, observa-se a administração correta pelo paciente associada a acesso garantido a terapêutica (WHO, 1999). A DOTS melhora os vínculos positivos entre profissionais e paciente, melhorando a adesão (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010). Esta relação também foi apoiada por Vieira; Ribeiro, (2010) ao relatar que a adesão ao tratamento foi 6,1% maior no grupo sobre tratamento supervisionado do que no grupo em que o tratamento ocorreu pelo próprio paciente e sem supervisão, ou seja, autoadministrado. Souza et al (2009) foram mais além e afirmaram como os principais achados para um bom percentual de adesão: a

presença da equipe de saúde completa, a presença do visitador do programa ou do auxiliar de enfermagem. Queiroz; Nogueira, (2010) ressaltaram ainda que a boa relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, melhora o quadro geral de saúde além de ser um fator benéfico para a adesão. No entanto, Costa et al (2011) questiona a efetividade da implantação da estratégia DOTS quando realizada por um membro da família. O autor aponta que se comprovada a necessidade da implementação de estratégias que se envolvam os familiares, estes também devem ser alvo de educação em saúde.

Vieira e Ribeiro, (2010) relataram como associados à melhora da adesão os seguintes pontos: desjejum para os pacientes sob DOTS após cada dose; suplementação mensal de alimentos não perecíveis (cesta básica), transporte gratuito para o local de tratamento, administração da medicação no local de trabalho/domicílio e horários estendidos nas unidades básicas de saúde. Contudo, ainda em relação a estes fatores, Queiroz; Nogueira, (2010) observara que falta ou demora no fornecimento de cesta básicas e vale-transporte prejudicam a adesão. Além disso, o paciente não contemplado com esses benefícios sente-se em conflito; surtindo um efeito contrário entre aqueles que não receberam. Queiroz; Nogueira, (2010) observaram também outra barreira importante: o efeito colateral causado pela medicação.

No que diz respeito aos fatores socioeconômicos, conclui-se que homens casados, empregados e com inferior ao ensino médio apresentam maiores dificuldades para aderir ao tratamento. Já as mulheres solteiras ou divorciadas, empregadas e com nível de escolaridade entre o ensino fundamental completo e ensino médio completo também falharam no seguimento do tratamento. (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010)

Na relação existente entre o conhecimento da doença tuberculose e a adesão ao tratamento, Costa et al (2011). Supôs que quanto maior o conhecimento sobre a continuidade do tratamento, maiores são as chances de adesão. O autor ainda afirma que a tese também se aplica ao conhecimento que aos familiares possuem sobre a tuberculose, propiciando melhores resultados no tratamento (COSTA et al 2011).

6.4 Adesão ao tratamento transtorno afetivo bipolar.

O Transtorno afetivo bipolar (TAB) difere de outras síndromes depressivas por ser um transtorno crônico caracterizado por oscilações entre depressão e mania. A etiologia da doença é explicada pela hipótese das monoaminas, em que o déficit funcional das monoaminas, em certos locais do cérebro, causa depressão, enquanto a mania é resultado do excesso funcional destas (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009). O indivíduo com TAB apresenta maior risco de suicídio, alta prevalência de comorbidades mentais e físicas e maior presença de fatores de risco cardiovascular que associados a baixa adesão ao tratamento contribuem para altos custos financeiros ao sistema de saúde. O TAB freqüentemente acomete indivíduos em idade média de 20 anos de idade. No Brasil sua prevalência, ao longo da vida, é de 8,3% (COSTA, 2007).

Os estudos pesquisados abordavam indivíduos acompanhados em ambulatórios (MIASSO; CARMO; TIRAPPELLI, 2011; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009) e em domicílio (CRUZ et al, 2011), A maioria dos trabalhos optou por pesquisar indivíduos com idade acima de 18 anos, exceto Cruz et al, (2011), que estudou indivíduos com idade acima dos 60 anos. A maioria dos trabalhos utilizavam no mínimo 17 indivíduos (CRUZ et al, 2011), e no máximo 101 indivíduos (MIASSO; CARMO; TIRAPPELLI, 2011) chegando a uma média de $46,33 \pm 47,38$ indivíduos.

Em relação ao tratamento medicamentoso, o portador de TAB é exposto a acentuadas reações adversas, acarretando consequências físicas e emocionais significativas (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009). A administração de cinco ou mais comprimidos diários associa-se a falta de adesão devido à maior probabilidade de efeitos colaterais, além da dificuldade de ingestão (MIASSO; CARMO; TIRAPPELLI, 2011). Cruz et al (2011) relata o receio constante das reações adversas como dificultador da adesão, sobretudo devido ao desconforto e restrição de atividades cotidianas. Ainda de acordo com Cruz et al (2011), a adesão é afetada pela posologia complexa, acarretando confusão e dependência de familiares para seguimento correto dos medicamentos prescritos.

É comum portadores de TAB apresentarem negação em relação a doença, não

identificando os motivos para seguir a terapêutica medicamentosa e acarretando abandono frequentes (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009). Há ainda, segundo Cruz et al, (2011), a desinformação como fator importante na falta de adesão levando a questionamentos sobre a necessidade do tratamento prescrito. O desconhecimento leva a omissões de doses e doses extras, expondo a inefetividade farmacológica e toxicidade. Pesa ainda a demora na melhoria da sintomatologia com o uso do medicamento e o início precoce das reações adversas (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Cruz et al (2011) descreveu o esquecimento por parte de idosos como um acontecimento banal e relativamente frequente, por isso os mesmos adotam várias estratégias para não esquecer o horário dos medicamentos, fazendo-se uso do apoio familiar para que a terapêutica seja seguida corretamente. Porém foi nem todos os idosos, encontram o apoio que necessitam.

6.5 Demais patologias identificadas.

Na literatura pesquisada, outras patologias foram alvo de estudo sobre adesão, contudo com uma menor frequência. Foram identificados trabalhos voltados para anemia falciforme, glaucoma, doença de Crohn, urticária, doença renal crônica, asma e esquizofrenia.

Anemia falciforme (AF) é uma doença hereditária caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, caracteriza-se por aspecto de foice e intensa hemólise. A causa deriva de uma mutação no cromossomo 11 que acarreta a produção de uma hemoglobina defeituosa, denominada S (BRASIL, 2007). Em crianças, observa-se tendência dos cuidadores em suspender a profilaxia com antibióticos, temporária ou permanentemente até ocorrência de crise. Como estratégia para melhoria da adesão destaca-se: maior interação entre medico-família/criança, a assistência social e de outros profissionais, e a colaboração no planejamento e realização de programas educativos para os profissionais de saúde, para os pais, cuidadores e professores das

escolas frequentadas pelas crianças são atividades que, seguramente, redundarão na melhor qualidade da atenção a criança com AF. (BITARÃES; OLIVEIRA; VIANA, 2008).

O Glaucoma pode ser definido como uma lesão do nervo óptico associada ao aumento da pressão intraocular, de caráter progressivo, com perda de campo visual e risco de cegueira (SILVA et al, 2004). A realização de cirurgias corretivas de glaucoma leva a não-adesão, devido a ideia errônea de que ocorre cura invariavelmente. Como estratégias para a melhoria da adesão destacam-se informações acerca da continuidade do uso de colírios após cirurgias corretivas e melhoria do acesso a estes medicamentos de custo considerável (CASTRO; MESQUITA, 2008).

A doença de Crohn (DC) é agrupada na categoria de doenças inflamatórias intestinais, é crônica de natureza sistêmica e pode afetar qualquer segmento do sistema digestório. A causa mais provável da DC é a desregulação do sistema imunológico. A DC se comporta como a colite ulcerativa, No entanto, a DC todas as camadas da mucosa estão inflamadas mais pode haver segmentos de intestino saudável entre os segmentos do intestino doente (SANTOS, 1999). Na Doença de Crohn, a não adesão deve-se a um comportamento não intencional, ou seja, esquecimento ou descuido, sobretudo em jovens e pardos/negros. O estudo sugere uma relação médico-paciente mais estreita e estabelecida na base da confiança mútua, como maneira de aumentar o grau de adesão ao tratamento (CORNÉLIO et al 2009).

A urticária de natureza alérgica é um de hipersensibilidade desencadeado por diversos agentes como alimentos, fármacos, agentes químicos de contato, picadas de insetos, agentes físicos (ex: calor, frio) decorrentes de infecção por vírus ou infestações parasitárias, doenças sistêmicas, síndrome da deficiência de inibidor de C1 esterase e reação à transfusão sanguínea (CHAMBEL; ANTUNES; PRATES, 2011). Uma das principais dificuldades a adesão ao tratamento deve-se ao fato de que o portador de uma doença crônica tem grande parte de seus comportamentos controlados por consequências imediatas, ou seja, apenas nos momento de crise. Pôde-se confirmar que o relacionamento estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente durante as consultas quando bem estabelecida é uma das principais ferramentas para aumentar a probabilidade de o paciente aderir ao tratamento (FERREIRA et al, 2007).

A asma costuma ocorrer abruptamente e é causada principalmente, por

espasmos da musculatura lisa brônquica, sua etiologia é de natureza imunológica onde o organismo apresenta hiper-responsividade brônquica a pólen, ácaros, pelos de animais, frio e outros fatores (SANTOS et al, 2008). A principal barreira à adesão ao tratamento é o esquecimento das administrações em fins de semana ou de uma das doses de cada dia. Como medida corretiva, atribui-se a dispensação adequada papel primordial onde viabilizaria o controle das quantidades de medicamentos utilizadas, além da captação precoce do paciente faltoso à farmácia. A indústria farmacêutica, por sua vez, contribuiria nesta importante tarefa de elevar as taxas de adesão, com a fabricação de inaladores de preço acessível e que trouxessem dispositivos com medidores de doses (LASMAR et al, 2007).

A Doença renal crônica (DRC) que se baseia em alterações na taxa de filtração glomerular e/ou presença de lesão parenquimatosa condição na qual os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas, tornando-se incapazes de remover produtos de degradação metabólica ou de realizar as funções hormonais reguladoras por um período de pelo menos 3 meses (BASTOS; KIRSTA, 2011). Entre os indivíduos em tratamentos com relato de não-adesão, os principais motivos alegados pelos pacientes foram a incapacidade de adquirir o medicamento, esquecimento e ocorrência de reação desagradável. Como medida para melhorar a adesão ao tratamento foi sugerido melhorias no processo da assistência farmacêutica no âmbito do SUS, como também a investigação de outras causas da não-adesão e a efetividade das intervenções direcionadas para melhorar a adesão entre os pacientes com DRC (MOREIRA, et al, 2008).

A Esquizofrenia é um tipo de sofrimento psíquico grave, em que ocorre principalmente alteração no contato com a realidade (psicose). A esquizofrenia é caracterizada por dois ou mais dos seguintes sintomas por pelo menos um mês: alucinações visuais, sinestésicas ou auditivas, delírios, fala desorganizada (incompreensível), catatonia ou/e sintomas depressivos (SILVA, 2006). Como fatores que afetam a adesão há indivíduos que não se percebem doentes e, desse modo, não veem necessidade de seguir o tratamento prescrito. Há relatos que evidenciam a falta de conhecimento sobre o transtorno. Em casos em que ocorre a melhora dos sintomas a pacientes que creem já estarem curados. Há ainda pacientes, que por vivenciarem os

efeitos colaterais dos medicamentos e não perceberem melhora na sintomatologia do transtorno, passam a não acreditar nos benefícios dos mesmos e optam pela não adesão (SILVA et al, 2012). Foram verificadas as seguintes barreiras ao seguimento da terapêutica medicamentosa: dificuldade no manejo do tratamento (sobretudo as alterações frequentes na prescrição medicamentosa), insatisfação com a terapêutica instituída, crença de que a medicação pode lhe prejudicar, crença de que o medicamento é ineficaz porque não pode promover a cura, dificuldade para a aquisição da receita ou medicamento, falta de *insight* acerca do transtorno, efeitos colaterais. Como estratégias para melhoria da adesão estar o incentivo aos pacientes para que se esclareça dúvidas em relação ao transtorno e tratamento. Os profissionais devem, ainda, reforçar junto aos pacientes os aspectos positivos referentes à percepção dos benefícios em aderir ao tratamento medicamentoso (NICOLINO et al, 2010).

7. CONCLUSÃO

As seguintes considerações merecem ser destacadas ao final do estudo:

- O estudo demonstrou a carência de estudos sobre adesão medicamentosa nas regiões norte e centro-oeste do Brasil e contraste ao crescimento das publicações sobre adesão medicamentosa no Brasil nos últimos cinco anos.
- Quando a temática é adesão medicamentosa, ocorre pouca variedade de patologias abordadas: hipertensão arterial sistêmica (26% dos trabalhos), portadores de HIV (26%), portadores de tuberculose (8%), transtorno afetivo bipolar (7%) e outras (33%).
- Quanto aos aspectos metodológicos, o teste de Morisk-Green foi o mais utilizado como metodologia para avaliação da adesão e constatou-se baixa qualidade metodológica, de acordo com a escala de Jadad, em todos os trabalhos avaliados.
- Os fatores, mais citados, que podem influenciar a adesão são: os conhecimentos do paciente sobre a doença, posologia complexa, acesso aos medicamentos, reações adversas, variáveis relativas aos serviços de saúde como a disponibilidade para marcar consultas médicas, medo do preconceito em caso de doença estigmatizante como AIDS, consumo de bebidas alcoólicas e escolaridade
- Dentre as estratégias mais citadas para melhorar a adesão estão à simplificação do tratamento medicamentoso, instrução aos familiares do paciente quanto ao tratamento, implementação do serviço de atenção farmacêutica e acesso gratuito aos medicamentos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AKOBENG, A. K. Understanding systematic reviews and meta-analysis. **Archives of Disease in Childhood**, v. 90, n. 4, p.11-19, 2005.

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 209-216, 2010.

APÓSTOLO, J. L. A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p.59- 67, 2007.

BASTOS, M. G.; KIRSTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BASTOS-BARBOSA, R., G. ET AL. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 5, 2012.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública.**, v. 14, n. 4, p. 11, 2011.

BITARÃES, E. L.; OLIVEIRA, B. M.; VIANA, M. B. Adesão à antibioticoprofilaxia na anemia falciforme. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 4, p. 636-641, 2008.

BLATT, C. R. et al. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 2, p. 131-136, 2009.

BRANDÃO, W. L. O. Adesão ao tratamento por pacientes portadores de diabetes tipo 1 e tipo 2: Efeitos do treino de discriminação de dicas internas e externas. **Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Belém.** v. 1, n. 1, p. 144-150, 2003.

BRAND, F. N.; SMITH, R. T.; BRAND, P. A. Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. **Public Health Reports**, v. 92, n. 2, p. 72-78, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Boletim Epidemiológico de AIDS**. Disponível em <http://www.aids.gov.br> (acessado em 08/04/13).

BRASIL, **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.

BRASIL, **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**, Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto contexto de enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 81-86, 2008.

CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 53-59, 2010.

CASTRO, A. N. B. V.; MESQUITA, W. A. Não-adesão à terapêutica medicamentosa do glaucoma. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 71, n. 2, p. 13-19, 2008.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista de enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012.

CHAMBEL, M.; ANTUNES, J.; PRATES, S. O mundo da urticária, com e sem alergia. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 4, p. 84-94, 2011.

CHAMORRO, M. A. R.; CHAMORRO, A. R.; JIMENÉZ, E. G. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. **Pharmatical Care del Espanhã**, v. 8, n. 2, p. 72-80, 2006.

CORNÉLIO, R. C. A. C. et al. Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de crohn: prevalência e fatores de risco. **Arquivo de Gastroenterologia**, v. 46, n. 3, p. 74-79, 2009.

COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 3, p. 183-189, 2007.

COSTA, S. M. et al. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 92-98, 2011.

CRUZ, L. P. et al. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 98-104, 2011.

CUNHA, P. R. M. S. et al. prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 11-16, 2012.

DA SILVA, A. L. C. N.; WAIDMANL, M. A. P.; MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 82-88, 2009.

DOS SANTOS, B. R. M. I. et al. Níveis de pressão arterial e adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, usuários de uma farmácia escola. **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 11-23, 2010.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 45-52, 2009.

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

FEITOSA, A. C. et al. terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 515-521, 2008.

FERREIRA, E. A. P.; MENDONÇA, M. B.; LOBÃO, A. C. Adesão ao tratamento da urticária crônica. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 539-549, 2007.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento antihipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010.

GOMES, C. A. P. F. Esperança e a adesão terapêutica em adultos hospitalizados e não hospitalizados: estudo exploratório. **dissertação (mestrado em psicologia clínica e da saúde) Universidade Fernando Pessoa, Porto.**, v. 1, n. 1, p. 95, 2010.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**, Campinas, Editora Alínea, 2007.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HAYNES, R. B. Management of Patient Compliance in the Treatment of Hypertension. **The National Heart, Lung, and Blood Institute**, v. 24, n. 4, p. 415-423, 1982.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. Compliance in Health Care. **Canadian Medical Association Journal**, v. 121, n. 1, p. 1495-1496, 1981.

HIGGINS, N.; REGAN, C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. **Age and Ageing**, v. 33, n. 3, p. 53-59, 2004

HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a Medicamentos como um Direito Humano. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 43-65, 2008.

JADAD, A. R. et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? **sciencedirect**, v. 17, n. 1, p. 32-44, 1996.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

JONES, J. G. Compliance with pediatric therapy. **Clinical Pediatrics**, v. 62, n. 2, p. 262-265, 1983.

JORDAN, M. S. Aderência ao tratamento antiretroviral em Aids: revisão da literatura médica. **Tá difícil de engolir? Editora Nepaids, São Paulo, 2000.**

KOURROUSKI, M. F. C.; LIMA, R. A. G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 9, p. 37-42, 2009.

LANDIM, M. P. et al. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 14, n. 2, p. 132-138, 2011.

LASMAR, L. M. L. B. F. et al. Adesão ao uso de corticoide inalatório na asma: taxas relatadas pelos responsáveis e mensuradas pela farmácia. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 5, p. 471-476, 2007.

LAW, M.; PHILP, I. Evidence-based rehabilitation: a guide to practice. **Slack Incorporated Publisher**. v. 9, n. 3, p. 69-74, 2002.

LEITE, S. N. Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública. **Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.**

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-130, 2008.

LEWINGTON, S. et al. Relevância específica para a idade da pressão arterial normal para mortalidade vascular: uma meta-análise de dados individuais para um milhão de adultos em 61 prospectivo estudos. **The lancet**, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913, 2003

LINDE, K.; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews? **Journal of the royal society of medicine.**, v. 96, n. 1, p. 103-106, 2003.

LINDE, K.; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 93, n. 3, p. 123-124, 2003.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação a pesquisa em enfermagem. **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 17, n. 4, p. 53-61, 2008.

MIASSO, A. I.; CARMO, B. P.; TIRAPELLI, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 46, n. 6, p. 689-695, 2011.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 114-122, 2009.

MILTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. **AG Editora**, 2000.

MOREIRA, L. B. et al. Adesão ao Tratamento Farmacológico em Pacientes com Doença Renal Crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, n. 2, p. 72-78, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive of a self-reported measure of medication adherence. **Medical care**, v. 24, n. 1, p. 72-79, 1986.

NETO, J. A. C. et al. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **Revista Hospital Universitário**, v. 37, n. 3, p. 93-102, 2012.

NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 45, n. 3, p. 82-90, 2011.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to Medication. **The new england journal of medicine**, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PADOIN, S. M. M. et al. Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Adultos acima de 50 Anos que Têm HIV/Aids. **Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 23, n. 4, p. 194-197, 2011.

PESSOA, J. H. L. et al. Não-adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 14, n. 2, p. 73-77, 1996.

PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 4, p. 322-329, 2012.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P. A. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. **Saúde e Sociedade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 627-637, 2010.

SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B.; GIBSON, E. S. Randomized Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension. **The Lancet**, v. 12, n. 5, p. 1205-1212, 1975.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista brasileira de fisioterapia**, v. 11, n. 1, p. 72-79, 2007.

SANTA-HELENA, E. T. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC. **Tese (doutorado) Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo. São Paulo.**, 2007.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SANTOS, J. C. M. Doença de crohn - Aspectos clínicos e diagnósticos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 19, n. 4, p. 276-285, 1999.

SANTOS, P. M. et al. Preditores da adesão ao tratamento em pacientes com asma grave atendidos em um centro de referência na Bahia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 12, p. 995-1002, 2008.

SANTOS, W. J. et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1028-1037, 2012.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 263-270, 2007.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SILVA, M. J. L. et al. Conhecimentos sobre prevenção e tratamento de glaucoma entre pacientes de unidade hospitalar. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 67, n. 5, p. 785-790, 2004.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia da Universidade de São Paulo**. v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SILVA, T. F. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012.

SILVESTRE-BUSTO, C. Multi-centre study of childrens's adherence to antibiotic treatment in primary care. **Atención Primaria**, v. 27, n. 8, p. 554-558, 2001.

SOBRAVIME. O que é o uso racional de medicamentos? **Sobravime, São Paulo**. 2001.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.

SOUZA, W. K. S. B. et al. Automedida da Pressão Arterial para o Controle das Cifras Tensionais e para a Adesão ao Tratamento. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 98, n. 2, p. 167-174, 2012.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. Tá difícil de engolir? Editora Nepaids, São Paulo. 2000.

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da Pesquisa**, Curitiba, IESDE Brasil S.A., 2009.

TROMBINI, E. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 419-425, 2010.

UNGARI, A. Q. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, SP. **Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) faculdade de Medicina. universidade de São Paulo. 95f.** 2007.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 2, p. 223-231, 2011.

WHO - world health organization. *What is DOTS?: a guide to understanding the WHO recommended TB control strategy known as DOTS.* Geneva, 1999.