

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO DA LITERATURA

ANTÓNIO MADUREIRA DIAS ¹

MADALENA CUNHA ¹

ALEXANDRA MARGARIDA MARQUES DOS SANTOS ²

ANA PATRÍCIA GANDRA NEVES ²

ANDREIA FILIPA COIMBRA PINTO ²

ANDREIA SOFIA ANJOS SILVA ²

SÓNIA ARMINDO CASTRO ²

¹ Docente da Escola Superior de Saúde
e investigador(a) do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: madureiradias@gmail.com; madac@iol.pt)

² Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: alexandramargarida@hotmail.com; ticha_gandra@hotmail.com;
andrea_silva08@hotmail.com; andreiafcpinto@hotmail.com; s.a.castro@portugalmail.pt)

Resumo

Na actualidade, uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adoptar medidas para controlar e tratar, tanto as patologias agudas como as crónicas.

Os doentes portadores de patologia crónica são os que menos aderem à terapêutica. Estima-se que, nos países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes crónicos cumprem o tratamento acordado com o profissional de saúde, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. A compreensão deste fenómeno implica tomar conhecimento dos vários modelos conceptuais existentes, bem como analisar os seus pressupostos teóricos.

É de capital interesse conhecer os factores que influenciam a adesão, percebendo a associação estabelecida entre variáveis internas e externas ao doente, assim como as variáveis relacionais. Desta forma, poder-se-ão delinear estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico, quer a nível educacional, quer comportamental, ou conjugando as duas dimensões.

Na avaliação da adesão terapêutica poder-se-á recorrer a métodos directos e indirectos, sendo os directos mais fidedignos, mas menos utilizados devido ao seu elevado custo.

Palavras-chave: adesão à terapêutica; doença crónica.

Abstract

Nowadays, a significant percentage of world population faces the need to take medication and take measures to control and treat both acute conditions such as chronic.

Patients who suffer from chronic disease are the ones that least adheres to therapy. It is estimated that in developed countries, only 50% of chronic patients comply with treatment agreed with the health professional, affecting the economy, the welfare and society life's quality. Understanding this phenomenon means to familiarize yourself with the various existing conceptual models, as well as, examine their theoretical assumptions.

Patients who suffer from chronic disease are the ones that least adheres to therapy. It is estimated that in developed countries, only 50% of chronic patients comply with treatment agreed with the health professional, affecting the economy, the welfare and society life's quality. Understanding this phenomenon means to familiarize yourself with the various existing conceptual models, as well as, examine their theoretical assumptions.

It is relevant to know the factors that influence adherence, noting the association established between internal and external variables to the patient, as well as, relational variables. Therefore, it make possible to outline strategies that promote adherence to therapy, whether educational, behavioral or combining this two dimensions.

In the evaluation of adherence will be able to use both direct and indirect methods, being the direct ones the most reliable, but the less used because of its high cost.

Keywords: adherence; chronic disease.

1 – Introdução

A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hipócrates há 2400 anos. No entanto, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido no século XX por Haynes, em 1979 (Teles-Correia *et al.*, 2007).

A *adesão ao regime terapêutico*, *adesão terapêutica* ou ainda *adesão ao tratamento* são diferentes modos de nomear a mesma entidade (Vermeire *et al.*, 2001). A World Health Organization – WHO (2003) refere existir adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

A adesão à terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crónicas, pois estas têm um grande impacto na população. Verifica-se que, com o avanço da Medicina, há uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população, contribuindo, assim, para um aumento da incidência destas doenças. Esta realidade apresenta consequências para a economia mundial, representando cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo, prevendo-se o seu crescimento até 2020, quer a nível mundial, quer nacional, o que obriga à procura de novas estratégias e alternativas respeitantes aos cuidados de saúde (Bugalho e Carneiro, 2004). Assim, é de extrema relevância definir doenças crónicas, que segundo a WHO (2003, p. 4) são:

“Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care”.

Neste artigo prevê-se uma revisão actualizada da literatura sobre a adesão à medicação em doenças crónicas.

2 – Adesão

Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes *et al.*, 2008). Pode também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (Almeida *et al.*, 2007). Leite e Vasconcelos (2003) referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.

Etimologicamente, a palavra adesão¹ deriva do latim “adhaesione” sendo definida como acto ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa (Ferreira, 1996). Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2005, p. 81) surge o conceito definido como:

“Volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”.

Mais recentemente, surge o termo *adesão parcial* que se refere a situações em que o doente não manifesta uma adesão total. Exemplo desta situação é quando o doente toma a dose na hora errada ou a dose incorrecta. A adesão parcial pode ser *intencional* e acontece frequentemente numa fase mais aguda da doença (e.g. quando se sentem pior tomam a medicação e, ao contrário, quando não há sintomatologia, ignoram o tratamento medicamentoso). A adesão parcial *não intencional* é mais comum em idosos e crianças e é causada pelo esquecimento da dose prescrita (causa mais comum), pela confusão nos esquemas de tratamento, rótulo impreciso e/ou incapacidade de abrir as embalagens (Rudd, 1995 cit. por Faria, 2008).

Os conceitos de *concordância (compliance)* e de adesão terapêutica surgem perto dos anos 60, havendo registos de que os doentes eram incrédulos ao regime terapêutico e não revelavam confiança no profissional de saúde. Era uma questão problemática porque, embora alguns autores refiram que o médico tem que reconhecer e aceitar a responsabilidade pela concordância do indivíduo, a investigação demonstra que são estes que decidem se aderem ou não ao tratamento, independentemente dos conselhos do profissional, sustentando a sua tomada de decisão em diversos factores (Steiner e Earnest, 2000).

A definição de *compliance*, termo desenvolvido por Haynes (1979), reporta-se ao grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação e cumprir outras prescrições médicas, como dieta e mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição

¹ O termo “adesão” possui variações, como “aderência”, “concordância”, “cooperação” (em inglês, *compliance, adherence*), “cumprimento” (em espanhol, *cumplimiento*), “falha com a terapia” (em holandês, *therapietrouw*) e “observância” (em francês, *observance*). Tal proliferação de termos reflecte a sua ambiguidade e, conseqüentemente, o impacto no doente, médico, farmacêutico, enfermeiro e outros cuidadores de saúde.

clínica. *Compliance*, termo usado frequentemente na literatura médica e farmacêutica, refere-se, pois, à capacidade do doente seguir a prescrição médica. Esta aceção tem sido criticado por se basear numa relação em que o clínico decide e a posição do doente é unicamente a de cumprir as indicações. Nesta perspectiva, quando se verifica *não compliance* o comportamento do doente pode ser interpretado como incompetência em seguir as indicações, ou como um comportamento desviante. Neste contexto, Conrad (1985) advoga que o termo *compliance* estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o doente visto como um cumpridor de recomendações. Ainda Conrad (1985) e Osterberg e Blaschke (2005) enfatizam que esse termo implicaria uma visão do doente como um cumpridor de recomendações, sem autonomia para decidir se segue ou não um tratamento. Trostle (1988) assinala que *compliance* acaba por enfatizar os limites da própria disciplina médica.

O termo *adesão* foi proposto como alternativo à *concordância* e tem vindo a ser usado com mais frequência, pois sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde – doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento. Nesta aliança são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos (directa ou indirectamente) no tratamento (Vermeire *et al.*, 2001; Osterberg e Blaschke, 2005).

Todas as definições assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, por isso o comportamento racionalmente mais adequado é seguir essas recomendações (Vermeire *et al.*, 2001). Contudo, o médico ou enfermeiro só pode controlar o medicamento que o doente toma quando é ele próprio a administrá-lo. Quando isto não acontece, o seu papel é limitado, cabendo-lhe somente o ensino e aconselhamento, sendo sempre o doente que decide até que ponto cumpre ou não as recomendações transmitidas (Steiner e Ernest, 2000).

A *não adesão* foi reconhecida pela North American Nursing Diagnosis Association como um diagnóstico de enfermagem, em 1973 (Russel, 2003 cit. por Machado, 2009). Pode ser considerada como “universal”, estando relacionada com diversos factores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao doente (Jordan, 2000, Paulo e Zanini, 1997 e Nemes, 2000, cit. por Leite & Vasconcelos, 2003). São exemplos de não adesão o não cumprimento do regime medicamentoso, o facto de o doente não comparecer às consultas médicas e não seguir as mudanças no estilo de vida recomendadas (Telles-Correia *et al.*, 2008).

A não adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (Telles-Correia *et al.*, 2008). Assim, não

aderir ao regime terapêutico influencia o sucesso dos tratamentos, o que implica custos significativos em termos médicos e sociais. Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (Vermeire *et al.*, 2001).

A não adesão terapêutica pode ser classificada em *intencional*, quando o doente não cumpre o tratamento, apesar de o conhecer, ou *não intencional*, quando este não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, quando se esquece ou sente dificuldade em gerir a medicação, muitas vezes resultado de má comunicação entre o doente e o profissional (WHO, 2003).

3 – Adesão à terapêutica: doença crónica

Entende-se por *doença crónica* a enfermidade de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas (Machado, 2009).

A World Health Organization (2003) afirma que:

“Chronic diseases (...) are by far the leading cause of mortality in the world, representing 60% of all deaths. Out of the 35 million people who died from chronic disease in 2005, half were under 70 and half were women. This invisible epidemic is an under-appreciated cause of poverty and hinders the economic development of many countries. Contrary to common perception, 80% of chronic disease deaths occur in low and middle income countries.”

Para ser considerada doença crónica esta terá que apresentar uma ou mais das seguintes particularidades: ser permanente; produzir incapacidade/deficiência residual; ser causada por alterações patológicas irreversíveis; exigir uma formação especial do doente para a reabilitação; exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (WHO, 2003). A WHO destaca cinco factores de risco associados ao aparecimento da doença crónica, que podem ser facilmente prevenidos, e são eles a hipercolesterolemia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e consumo de álcool.

O aparecimento de uma doença crónica implica, frequentemente, a modificação dos hábitos de vida e também a necessidade de recorrer a métodos terapêuticos. Muitas vezes a pessoa não é capaz de integrar estas mudanças no seu dia-a-dia, resultando daí riscos para a sua saúde (Johnson, Maas e Moorhead, 2004 cit. por Machado, 2009). O regime que o doente deve seguir pode apresentar-se complexo, sendo fundamental o papel do profissional de saúde junto deste, pois, segundo Bastos (2004, p. 21) “controlar a doença crónica exige uma abordagem aos diferentes níveis de prevenção”. Logo, a intervenção do profissional deve dirigir-se para o controlo dos

sintomas e manutenção da qualidade de vida do doente, mais do que para a cura da doença em causa (Sousa, 2003).

Nos países desenvolvidos, a adesão entre os doentes com doenças crónicas ronda os 50%, sendo que esta percentagem diminui significativamente quando se reporta aos países em desenvolvimento. A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde transformam a não adesão num problema de grande magnitude, em determinados países (WHO, 2003).

Em instituições hospitalares, aproximadamente 100% dos doentes cumprem o regime terapêutico prescrito. Apesar do referido regime se mostrar na maioria dos casos (cerca de 90%) adequado e eficaz e de contribuir para o alívio da sintomatologia, quando regressam a casa, muitos doentes deixam de seguir o tratamento recomendado (terapêutica e actividades de vida diária) (Dunbar-Jacob, Mortimer-Stephens, 2001).

Há fortes evidências de que muitos indivíduos portadores de doença crónica, como a asma, a hipertensão, a diabetes e o HIV/SIDA, têm dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos recomendados, o que leva a uma deficiente gestão e controlo da doença. Contudo, a investigação sugere que existem problemas de adesão em todas as situações em que a auto-administração do tratamento é necessária, independentemente do tipo de doença ou da sua gravidade. (WHO, 2003).

A ineficácia da terapêutica prescrita e/ou o tratamento inadequado à condição do indivíduo, podem conduzir a uma baixa adesão ao regime terapêutico, tanto em patologias agudas como nas crónicas, conseqüentemente o número de internamentos poderá aumentar (Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens, 2001).

A compreensão do fenómeno da adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas, implica tomar conhecimento dos vários modelos conceptuais existentes, bem como analisar os seus pressupostos teóricos, pelo que faremos a sua apresentação no capítulo seguinte.

4 – Modelos e teorias de adesão

Vários modelos ou teorias têm procurado explicar a adesão ao regime terapêutico, tentando identificar os factores que determinam a disposição dos indivíduos para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde. É possível, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos, planear uma intervenção junto destes para modificar os comportamentos, com o objectivo de promover a saúde.

Leventhal e Cameron (1987), cit. por Pais-Ribeiro, (2007), referem que a adesão poderá ser explicada tendo por base cinco orientações teóricas, de seguida mencionadas:

- O *Modelo Biomédico* pressupõe que o doente seja um elemento passivo, cumpridor de “ordens” médicas, tendo em conta o diagnóstico e terapêutica

prescrita (WHO, 2003). O doente é, assim, visto como um executor que deve obedecer ao que lhe é solicitado, não participando activamente nas decisões que lhe dizem respeito (Machado, 2009). “A não adesão à terapêutica é vista como resultado directo de uma aberração da personalidade do doente” (Pais-Ribeiro, 2007, p. 239). O modelo biomédico impulsionou o desenvolvimento de novas formas de administração de terapêutica, no sentido de facilitar a adesão do doente, para além de permitir o conhecimento dos níveis de adesão, utilizando para isso medidas directas, e.g. valores bioquímicos (Machado, 2009).

- O *Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social* enfatizam a importância do reforço positivo e negativo, como mecanismo que influencia o comportamento do doente na adesão ao regime medicamentoso (WHO, 2003). Este modelo é mais adequado quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar actividades referentes ao regime terapêutico, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento, às recompensas que o reforçam, e à sua automatização após repetição suficiente (Machado, 2009; Pais-Ribeiro, 2007).

- A *Abordagem Comunicacional* surgiu nos anos setenta e incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes (WHO, 2003). Permitiu que fosse enfatizada a educação dos doentes e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estes e os profissionais de saúde (Machado, 2009). Este modelo tem demonstrado o aumento da satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde prestados. É necessário que o profissional interaja e crie relações cordiais com o paciente, no entanto estas por si só não são suficientes para efectuar mudanças nos comportamentos de adesão à terapêutica (WHO, 2003). Assim, uma boa adesão envolve factores como *produção da mensagem*, incluindo informação sobre os objectivos específicos e o modo de os alcançar; *recepção, compreensão e retenção* da mensagem; *aceitação* ou *crença* na substância da mensagem e, por último, *acção de adesão* (Pais-Ribeiro, 2007).

- A *Teoria da crença racional* “assume que todo o comportamento humano é causado por um processo de pensamento lógico e objectivo” (Pais-Ribeiro, 2007, p. 240). Tendo em conta os riscos, benefícios e consequências que possam interferir na saúde do indivíduo, este adopta comportamentos de preservação da sua saúde. Logo, a falta de conhecimentos neste âmbito estará na origem da não adesão ao regime terapêutico (Pais-Ribeiro, 2007).

- Por sua vez, na *Teoria dos Sistemas* o indivíduo é visto como alguém que se envolve e que resolve de forma activa os seus próprios problemas. As representações cognitivas que o indivíduo detém acerca da sua saúde, as suas expectativas, projecções acerca do seu estado, planos e técnicas para o alterar influenciam a adesão ao tratamento (Pais-Ribeiro, 2007).

Devido ao grande leque de doenças e de regimes terapêuticos, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que uma abordagem com recurso a vários parece ser a estratégia mais eficaz (Machado, 2009).

Após a abordagem sucinta de alguns modelos que explicam os comportamentos de saúde, torna-se fundamental explicar os factores que influenciam a adesão do doente à terapêutica, dado que a maioria dos estudos da adesão é focada na grande questão que atormenta os profissionais de saúde: porque é que certos doentes não aderem ao tratamento medicamentoso?

5 – Factores que influenciam a adesão do doente à terapêutica

A não adesão ao tratamento de doenças crónicas é um problema de etiologia multifactorial. Diversas abordagens têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão a tratamentos de saúde.

Os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde. A crença que os doentes são os únicos responsáveis pela adesão representa um equívoco, dado existirem diversos factores que afectam o seu comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento (WHO, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004).

A WHO (2003) agrupa os diferentes factores que poderão influenciar a adesão ao regime terapêutico em cinco grupos, seguidamente descritos, enfatizando o facto de que estes exercerão uma influência variável:

- *Factores sociais, económicos e culturais* em que se destacam o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância ao local de tratamento e ainda, as guerras, raça, crenças culturais e as desigualdades sociais (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009). Neste grande grupo de factores, Machado (2009) inclui ainda os *factores sociodemográficos* como a idade, o sexo e o estado civil. Porém segundo a WHO (2003), a idade, sexo, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, raça, religião, etnia e vida urbana versus rural não têm sido claramente associadas à adesão.

- *Factores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde*, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de participação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças

crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Oliveira *et al.*, 2007; Machado, 2009). Conclui-se que 28,8% dos indivíduos não seguem a prescrição médica, devido aos custos e falta de conhecimentos (Vasconcelos *et al.*, 2005):

- *Factores relacionados com a doença de base e co-morbilidade*, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida (Bugalho e Carneiro, 2004) e o carácter da doença, isto é, se é uma situação de doença aguda ou crónica e se esta é sintomática ou assintomática (Giorgi, 2006). Fischer (2002), cit. por Bastos (2004), calcula que aproximadamente 80% dos doentes crónicos não demonstram uma adesão eficaz ao regime terapêutico. Outras doenças concomitantes, como a depressão ou o consumo de substâncias ilícitas ou não, também podem afectar o comportamento de adesão (Bugalho e Carneiro, 2004);

- *Factores relacionados com o tratamento* em que se incluem, a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009).

- *Factores relacionados com a pessoa doente*, destacando-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as percepções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer à actual, e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de auto-eficácia para gerir o regime terapêutico (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Oliveira *et al.*, 2007; Machado, 2009).

Turk e Meichenbaum (1991), cit. por Machado (2009), propunham que os aspectos anteriormente referidos, como determinantes da adesão, eram factores psicossociais envolvidos em grau variável no processo de empenhamento das pessoas em cumprir o regime terapêutico, na permanência em tratamento e na prevenção.

Almeida *et al.* (2007) referem que os factores enunciados devem ser agrupados em: *factores externos, factores relacionais e factores internos* ao doente. Os primeiros dizem respeito ao acesso aos medicamentos, às características da doença e ao regime terapêutico, sendo uma das situações preocupantes prende-se com o facto de parte da população mundial, principalmente idosos, não ter acesso aos fármacos (Rozenfeld, 2003). Está também demonstrado que quanto maior for o número de medicamentos ou de tratamentos, menor será a adesão (Leite e Vasconcellos, 2003; Valle, 2000 cit. por Almeida *et al.*, 2007; Santos, 2008). No que diz respeito aos factores relacionais, Almeida *et al.* (2007) salientam a importância dos apoios sociais e a relação entre o profissional de saúde e o doente, sendo que, em diversos estudos, se comprovou que

quanto mais elevados forem os referidos apoios e quanto melhor for a qualidade da relação profissional de saúde – doente, melhores serão os resultados ao nível da adesão (Sabaté, 2003; Leite & Vasconcellos, 2003). No que concerne aos factores internos, Almeida *et al.* (2007) destacam: factores psicológicos, *locus* de controlo, crenças relativas à saúde e características sócio-demográficas. Nestas últimas, como já referido, não existe um consenso acerca da influência da variável idade, sabendo-se que com o avanço desta, a cognição do doente fica afectada. Relativamente ao sexo parece não haver influencia ao nível da adesão, mas já o baixo nível sócio-económico e o baixo grau de escolaridade demonstram influenciar negativamente a mesma (WHO, 2003).

Giorgi (2006) e Oliveira *et al.* (2007) partilham da mesma opinião, ressaltando a extrema importância do relacionamento que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido correctamente e sem desistências. O profissional e o doente estabelecem uma relação na qual coexistem os dois níveis de saber: crenças leigas e crenças profissionais, interagindo numa “*diáde*” em que a comunicação vai influenciar a adesão, expectativas e decisões do doente (Ogden, 2004). Este facto surge como uma grande problemática na adesão à terapêutica, pois, tal como refere Santos (2008), actualmente existe um défice na comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes. Este aspecto dificulta a exposição das opiniões relativamente ao tratamento por parte do doente, mantendo-se assim as falsas crenças que estes têm em relação à terapêutica, comprometendo a relação de confiança que deveria existir entre eles.

Também Vázquez e Ring (1993), cit. por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006, p. 34, falavam na importância do papel dos profissionais de saúde relativamente aos doentes crónicos, afirmando que “a responsabilidade pelo tratamento reside, em última instância, no doente e/ou na sua família. No entanto, parece consensual a ideia de que o cumprimento de prescrições não depende exclusivamente da vontade destes últimos.” Vários estudos acerca da adesão à terapêutica têm sido realizados, demonstrando a influência que as crenças e as percepções do indivíduo exercem sobre a toma da medicação, sendo que é frequente estes doentes pararem de tomar a medicação por a considerarem ineficaz ou com efeitos secundários desagradáveis (Leite & Vasconcellos, 2003).

McNabb (1997), cit. por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006), reflecte ainda sobre as mudanças comportamentais que os doentes crónicos se vêem obrigados a adoptar para que o regime terapêutico tenha sucesso, visto não existir uma “prescrição comportamental” que possa ser dada e que seja válida ao longo de todo o período de doença, pois são múltiplas as situações que influenciam o curso de uma doença crónica.

A adesão por parte do doente ao regime terapêutico depende de vários factores que devem ser considerados. A partir destes procurar-se-ão estratégias que possam facilitar este processo, com o princípio de que cada doente é um ser social único, em interacção com o ambiente, com um projecto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (Machado, 2009).

6 – Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

Para Osterberg e Blaschk (2005) os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser agrupados em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco; a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta activa e de uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial (Machado, 2009).

Bugalho e Carneiro (2004) apresentam dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais.

6.1 – Intervenções educacionais

“As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar” (Machado, 2009, p.58).

As intervenções educacionais (Quadro 1), promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. É obrigatória a clareza e a objectividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação. (Bugalho e Carneiro, 2004; Machado, 2009).

Quadro 1- Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica - intervenções educacionais

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS
<ul style="list-style-type: none">• Administração de informação• Oral• Escrita• Audiovisual e/ou informática• Programas educacionais individuais• Programas educacionais em formato de grupo

Fonte: António Bugalho; António V. Carneiro, Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas, 2004.

As intervenções educativas que envolvam os doentes, os seus familiares ou os seus cuidadores informais, têm-se revelado eficazes na adesão ao regime terapêutico. Para além disso, a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente é um ponto fulcral e eficaz para o impulsionar a seguir um regime de tratamento (Osterberg e Blaschke, 2005).

6.2 – Intervenções comportamentais

As intervenções comportamentais (Quadro 2) têm como objectivos: incorporar na prática diária mecanismos de adaptação; facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver os doentes no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Bugalho e Carneiro, 2004).

É fundamental que haja uma melhoria da *comunicação* e do *aconselhamento* directo, tanto para o doente como para a sua família, podendo-se aproveitar a consulta médica e de enfermagem para o realizar. Poderá também ser utilizado o contacto directo por via telefónica ou por mensagens de correio electrónico. Deverá ainda, haver uma *simplificação do esquema terapêutico*, ou seja, uma diminuição do número de doses e do número total de fármacos. (Bugalho e Carneiro, 2004). A explicação e compreensão das suas indicações, efeitos secundários e a forma de os ultrapassar, bem como as exigências ou restrições alimentares, são algumas das estratégias que facilitam a adesão, sendo imprescindível manter o doente informado sobre os progressos e os resultados dos exames laboratoriais (Machado, 2009).

Os *doentes devem envolver-se* activamente no seu *tratamento*, através da auto-administração da terapêutica, permitindo a monitorização e o controlo da sua doença. Para o efeito, o doente deverá recorrer a *estratégias de forma a prevenir o esquecimento* da toma da medicação, socorrendo-se de memorandos, tais como a utilização de caixas de contagem com a medicação diária distribuída, a marcação das consultas no calendário e a necessidade de adquirir novas receitas médicas. Dever-se-á, tanto quanto possível, evitar a alteração dos esquemas terapêuticos, pois este é um factor que interfere desfavoravelmente na correcta memorização, levando consecutivamente a esquecimentos e à não adesão (Bugalho e Carneiro, 2004).

A adesão à medicação é um comportamento que deve ser incentivado e reforçado, podendo ser utilizados *meios de recompensa*. Deve-se, por isso, facilitar a aquisição de equipamentos de saúde necessários para melhorar a qualidade de vida e bem-estar e reduzir a frequência das consultas médicas (Bugalho e Carneiro, 2004).

Quadro 2- Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica – intervenções comportamentais

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS
AUMENTO DA COMUNICAÇÃO E ACONSELHAMENTO: <ul style="list-style-type: none">• Directo (por exemplo em consulta médica);• Seguimento directo por via telefónica;• Mensagens telefónicas automáticas;• Mensagens geradas automaticamente por computador;• Intervenção familiar;
SIMPLIFICAÇÃO DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS: <ul style="list-style-type: none">• Diminuição do número de doses medicamentosas;• Diminuição do número total de fármacos;• Fornecimento da medicação no local de trabalho (saúde ocupacional, medicina do trabalho);
ENVOLVIMENTO DOS DOENTES NO SEU TRATAMENTO: <ul style="list-style-type: none">• Auto-monitorização da doença (por exemplo: glicémia, tensão arterial, função respiratória);• Auto-administração do tratamento;
MEMORANDOS: <ul style="list-style-type: none">• Embalagens especiais (por exemplo o empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário);• Informação visual sobre a toma da medicação;• Caixas de contagem e distribuição da medicação;• Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica;• Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador);
REFORÇO OU RECOMPENSA PELA MELHORIA DA ADESÃO À MEDICAÇÃO E RESULTADOS TERAPÊUTICOS: <ul style="list-style-type: none">• Redução da frequência das consultas médicas;• Incentivos monetários;• Facilitação da aquisição de bens (por exemplo: esfignomanómetro em doentes com HTA).

Fonte: António Bugalho; António V. Carneiro, *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*, 2004.

Para facilitar a adesão dos doentes ao regime terapêutico, Turk e Meichenbaum (1991), cit. por Pais Ribeiro, (2007), propuseram uma lista de acções para orientar os profissionais de saúde, nas quais incluem: escutar o doente; pedir ao doente para repetir as acções que deve realizar; efectuar prescrições simples, com linguagem acessível e de fácil compreensão; recorrer a formas de contar os comprimidos ingeridos; contactar o doente caso este falhe a uma consulta; prescrever um regime de tratamento que tenha em consideração os horários diários dos doentes; salientar a importância da adesão ao regime terapêutico em cada consulta efectuada; adaptar a frequência das consultas, consoante as necessidades do doente; realçar e elogiar os esforços do doente para aderir ao regime terapêutico proposto; envolver o cônjuge ou outra pessoa significativa no processo de adesão.

MacLaughlin *et al.* (2005), cit. por Henriques (2006), através de uma abordagem multidisciplinar, recorrendo a intervenções combinadas (educacionais e comportamentais) e ajudas electrónicas, constataram que a taxa de adesão foi de 70 a 90%, enquanto que (Bugalho e Carneiro, 2004) referem apenas um aumento da taxa de

adesão de 4 a 11% com a utilização de cada um dos vários tipos de intervenções de forma isolada.

Devido aos múltiplos factores que contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico, é necessária uma abordagem multifactorial, uma vez que uma única abordagem não será eficaz para todos os doentes (Osterberg e Blaschke, 2005).

Monitorizar o processo de adesão ao regime terapêutico implica validar o seu comportamento, existindo para o efeito diversos métodos de avaliação cuja revisão sumária é descrita no capítulo seguinte.

7 – Medidas de avaliação da adesão à terapêutica

Existem inúmeros métodos para avaliar a adesão dos doentes ao regime terapêutico, agrupando-se em directos e indirectos, apresentando ambos vantagens e desvantagens (Margalho *et al.*, 2009).

Os métodos indirectos são os mais comumente utilizados. Para além de serem simples, de fácil utilização e apresentarem alta especificidade, requerem a colaboração dos doentes (Oliveira, Pedrosa e Gonçalves, 2008). No grupo dos mais utilizados incluem-se:

- O *relatório do doente* é, sem dúvida, o teste mais utilizado, visto que apresenta um baixo custo e é de simples aplicação. Um exemplo concreto desta medida de avaliação é o Teste de Morisky-Green, sendo que ao ser um teste de reprodução limitada é susceptível de nele ocorrerem erros. O Teste de Morisky-Green foi adaptado para a língua portuguesa, incluindo quatro questões: 1 - Às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? 2 - Às vezes descuida-se e não toma o seu medicamento? 3 - Quando se sente melhor, às vezes pára de tomar o seu medicamento? 4 - Às vezes, se se sentir pior ao tomar a medicação, pára de a tomar? Considera-se que o paciente adere à terapêutica quando responde não a todas as perguntas (Bloch, Melo e Nogueira, 2008, p. 2980);

- A *opinião do médico* constitui um método fácil, económico e de alta especificidade, porém apresenta baixa sensibilidade e valoriza a adesão total;

- O *método do diário do doente*, quando correctamente preenchido, permite realizar uma correlação simples com os eventos pertinentes relativos à sua patologia, que ocorrem no seu quotidiano, e a sua situação clínica. Todavia, nem sempre existe cooperação do doente ou observação do efeito terapêutico;

- A *contagem dos comprimidos* é aparentemente o método mais adequado para avaliar a taxa de adesão ao regime terapêutico. No entanto, este é um método de fácil manipulação pelo doente (pode perder ou deliberadamente retirar os comprimidos), podendo haver relutância em entregar as caixas da terapêutica vazias. Exige grande colaboração por parte do doente;

- O *reabastecimento de terapêutica*, como o anterior, fornece a média da taxa de adesão. É um teste trabalhoso que necessita de programas informáticos para recolha da informação nas farmácias e de uma centralização de dados;
- A *resposta clínica* é um teste pouco dispendioso e de fácil aplicação. Contudo há influência de outros factores além da terapêutica (Oigman, 2006).
- Na *monitorização electrónica da terapêutica* ou *System MEMO CAPS – Medication Event Monitoring*, os frascos para a colocação da terapêutica estão dotados de uma tampa com um microchip que regista a data e hora a que o frasco é aberto e fechado. São dispositivos utilizados pelos doentes como uma caixa de medicamentos normal e a informação recolhida é lida através de um software específico (Martins, Ferreira, Costa e Cabrita, 2006).

Os métodos directos procuram confirmar se houve a ingestão do fármaco. São por isso mais fidedignos, no entanto mais dispendiosos e menos aplicados à prática (Gusmão *et al.*, 2009). Para além disso, é necessária muitas vezes uma intervenção invasiva junto dos doentes, o que leva à não-aceitação. Dentro destes encontram-se: a **avaliação das concentrações séricas**, realizada através da recolha de várias amostras de fluidos, permitindo assim determinar a concentração do medicamento no organismo. Porém, nem sempre a análise quantitativa está disponível, pois, para além de ser dispendiosa, pode ser influenciada por factores biológicos; a **análise sanguínea ao marcador biológico** é um teste bastante preciso, mas tal como o método anterior é bastante dispendioso e é necessária a recolha de diversas amostras de fluidos corporais; a **toma de observação directa** embora precisa, é impraticável no quotidiano, pois entre outros factores, os doentes podem esconder a terapêutica e\ou descartá-la posteriormente (Gusmão *et al.*, 2009; Margalho *et al.*, 2009).

Escolher a melhor estratégia de avaliação tem sempre a ver com a condição da pessoa e do estudo específico e deve ter-se em conta a validade e a especificidade do instrumento de medida que se vai utilizar.

8 – Conclusão

Esta revisão literária permite compreender que a adesão ao regime terapêutico é uma temática bastante actual, especialmente nos idosos e nos doentes crónicos. É relevante referir que as doenças crónicas e o envelhecimento da população têm repercussões não só a nível social, pessoal e familiar, mas também ao nível da economia. A não adesão ao regime terapêutico tende a agravar esta situação, dado que se o doente não cumprir o tratamento irá necessitar de mais internamentos, o que significa mais despesas para o sistema de saúde.

É importante perceber quais os modelos e factores que podem influenciar a adesão à terapêutica. Existem diversos modelos que explicam a adesão e são também

diversas as causas que a determinam, logo, ao analisar esta temática como um todo, conclui-se que é importante que os profissionais de saúde tenham em conta, no planeamento e abordagem das suas intervenções, as atitudes e valores dos indivíduos. Tendo por base estes pressupostos, torna-se mais fácil ultrapassar as barreiras à adesão ao tratamento, que poderão prender-se com crenças e percepções individuais, questões económicas e socioculturais ou com a conjectura dos sistemas de saúde. Não basta conhecer e compreender estas barreiras, é necessário que sejam tomadas medidas, quer a nível político (relacionadas com questões de acessibilidade aos medicamentos, tratamentos e apoios sociais), quer a nível institucional (cabendo aos profissionais de saúde procurar a origem de comportamentos prejudiciais à saúde e, posteriormente, incutir alterações no estilo de vida dos doentes).

A adesão está intimamente associada à relação dos profissionais de saúde com o doente. Assim sendo, é necessário que os primeiros se preocupem em estabelecer um diálogo proveitoso com os doentes, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado, atendendo às suas necessidades de esclarecimento, tendo em conta o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação económica. O desenvolvimento de uma relação de empatia entre o profissional de saúde e o doente é muito importante para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança entre ambos, mostrando-se de extrema relevância para a aceitação das sugestões dadas relativas ao tratamento.

Não existe um “modelo ideal” que possa ser seguido por todos e para todos, existem sim estratégias que podem e devem ser adoptadas, mediante as circunstâncias, os indivíduos e suas características individuais e, também, as características do profissional de saúde.

Por último, é de extrema importância a avaliação do processo de adesão, pois é sempre relevante analisarmos se as medidas e estratégias adoptadas para a resolução de um problema conseguiram produzir o efeito desejado. Sendo assim, para avaliar a adesão à terapêutica estão disponíveis dois métodos, os métodos directos (que são fidedignos, porém muito dispendiosos e por isso pouco utilizados na prática) e os métodos indirectos (comummente utilizados, sendo úteis, económicos, mais acessíveis e de fácil utilização).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aderência à terapêutica. *O Papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar*. Entrevista a Dr. António Ferreira Santos (2008). *Revista Factores de Risco*. N.º 11 (Outubro/Dezembro 2008). Pp. 8-10.
- Almeida, Helcia *et al.* (2007). *Adesão a Tratamentos entre Idosos. Comunicação em Ciências da Saúde*. 18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007). Pp. 57-67.

- Bastos, Fernanda Santos (2004). *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico do Diabético Tipo 2: Participação das Esposas no Plano educacional*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Porto. Faculdade de Medicina.
- Bloch, Katia Vergetti; Melo, André Nascimento; Nogueira, Armando R. (2008). *Prevalência da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo em Hipertensos Resistentes e Validação de Três Métodos Indirectos de Avaliação da Adesão*. *Caderno Saúde Pública*. 24 (12): 2979-2984.
- Bugalho, António; Carneiro, António Vaz (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Conrad, P. (1985). *The meaning of medications: Another look at compliance*. *Social Science & Medicine*, 20. Pp. 29-37.
- Dunbar-Jacob, J.; Mortimer-Stephens, M. K. (2001). *Treatment adherence in chronic disease*. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54 (12), Suppl. 1. Pp. S57-S60.
- Faria, Heloisa Turcatto Gimenes (2008). *Factores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Ferreira, A.B. H. (1996). *Dicionário Aurélio Electrónico*. Editora Nova Fronteira.
- Giorgi, Dante Marcelo Artigas (2006). *Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo*. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). Pp. 47-50.
- Gusmão, Josiane Lima; et al. (2006). *Adesão ao Tratamento - Conceitos*. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). Pp. 23-25.
- Gusmão, Josiane Lima; et al. (2009). *Adesão ao Tratamento em Hipertensão Arterial Sistólica Isolada*. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 16 (1). (Janeiro/Março 2009). Pp. 38-43.
- Haynes, RB et al. (2008). *Intervention for Enhancing Medication Adherence*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. [Consult. 7 Out. 2009] em http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
- Henriques, Maria Adriana Pereira (2006). *Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos*. Tese de Doutoramento não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- International Council of Nurses (ICN), (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: ICN.
- Leite, Silvana Nair & Vasconcellos, Maria da Penha (2003). *Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura*. *Ciência e Saúde Colectiva*. 8 (3). Pp. 775-782.
- Machado, Maria Manuela (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Instituto de Educação e Psicologia. [em linha]. (2009) [Consult. 29 Set. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf>>
- Margalho, R. et al. (2009) *Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARv*. *Psicologia.com.pt* [em linha]. (2009). [Consult. 7 Out. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0466.pdf>>
- Martins, Ana Paula; Ferreira, Ana Patrícia, Costa, Filipa Alves da; Cabrita, José (2006). *Como Medir (ou Não Medir) a Adesão à Terapêutica de Erradicação*. *Pharmacy Practice*. 4 (2). Pp. 88-94.
- Ogden, Jane (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Oigman, Wille (2006). *Métodos de Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo*. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). Pp. 30-34.
- Oliveira, Ernani Coimbra de et al. (2007). *Verificação e Análise do Conhecimento e Adesão à Terapêutica Medicamentosa Prescrita Durante a Alta Hospitalar*. *Revista Científica da FAMINAS*. 3(1). Muriaé.
- Oliveira, Thiago Rodrigues Pinto; Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje; Gonçalves, Rejane Maria Dias de Abreu (2008). *Estudo Da Hipertensão Arterial Sistêmica: Repercussões Quanto a Adesão ao Tratamento*. *Revista Triangulo*. 1 (1). Pp. 97-110.
- Osterberg, Lars; Blaschke, Terrence (2005). *Drug Therapy: Adherence to Medication*. *The New England Journal of Medicine*. 353. Pp. 487-497.
- Pais-Ribeiro, José Luís (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Rozenfeld, Suely (2003). *Prevalência, Factores Associados e Mau Uso de Medicamentos Entre os Idosos: uma revisão. Caderno Saúde Pública. 19 (3) (Maio/Junho). Rio de Janeiro. Pp. 717-724.*
- Silva, Isabel; Pais-Ribeiro, José; Cardoso, Helena (2006). *Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus: A Importância das Características Demográficas e Clínicas. Referência. IIª Série. 2. Pp. 33-41.*
- Sousa, Maria Rui Miranda (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2.* Dissertação de Mestrado não publicada. Braga. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia Braga.
- Steiner, John F.; Earnest, Mark A. (2000). *The Language of Medication-Taking. Annals of Internal Medicine. American College of Physicians. 132 (11). (June 2000). Pp. 926-930.*
- Telles-Correia, Diogo *et al.* (2007). *Adesão nos Doentes Transplantados. Acta Médica Portuguesa, 20 (1). Pp. 73-85.*
- Telles-Correia, Diogo *et al.* (2008). *Validação do Questionário Multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático. Acta Médica Portuguesa. 21 (1). Pp. 31-36.*
- Trostle, J. A., (1988). *Medical compliance as an ideology. Social Science & Medicine, 27. Pp. 1299-1308.*
- Vasconcelos, Francisca de Fátima *et al.* (2005). *Utilização Medicamentosa por Idosos de uma Unidade Básica da Família de Fortaleza. Acta Paulista de Enfermagem. 18 (2). Pp. 178-183.*
- Vermeire, E. *et al.* (2001). *Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 26 (5). 331-342.*
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114).*

Recebido: 30 de Setembro de 2010.

Aceite: 5 de Dezembro de 2010.