

Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos

Adherence to medicine use among hypertensive elderly

Claucia Raquel Aiolfi¹
Márcia Regina Martins Alvarenga¹
Cibele de Sales Moura¹
Rogério Dias Renovato¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Introdução: O crescimento da população idosa está associado à elevada prevalência de doenças crônicas. Tal fato favorece a exposição dessa população ao uso de múltiplos medicamentos, e também ao aumento de incapacidades físicas e mentais, trazendo desafios para as famílias e sociedade. **Objetivo:** Descrever a adesão ao uso de medicamentos em idosos hipertensos com déficit cognitivo, assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), e identificar fatores relacionados. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado em oito ESFs de Dourados-MS. Amostra constituída por 124 idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico de hipertensão arterial. Instrumentos utilizados: questionário para dados sociodemográficos, Minixame de Estado Mental e Autorrelato de Adesão ao Medicamento, composto de oito itens. **Resultados:** Predomínio de idosos do sexo feminino, baixa escolaridade, com pouco rendimento financeiro, residiam acompanhados e autoavaliaram a saúde como muito boa, boa ou regular. Houve diferença significativa entre adesão ao tratamento farmacológico com a faixa etária ($p < 0,001$) e idosos com algum grau de déficit cognitivo ($p = 0,033$). Dos idosos que possuíam algum grau de déficit cognitivo, 76,3% residiam acompanhados e 23,7%, sozinhos. Destaca-se que, dos idosos que moravam acompanhados, 29,0% aderiram à terapêutica medicamentosa, e dos que viviam sós, apenas 9,2%. **Conclusão:** As variáveis “renda *per capita*”, “escolaridade” e “arranjo familiar” não influenciaram na adesão à terapêutica medicamentosa; em contrapartida, “idade” e “déficit cognitivo”, sim. Ressalta-se a possível influência positiva dos familiares na adesão ao tratamento farmacológico, principalmente se o idoso apresentar distúrbios das funções cognitivas.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Adesão à Medicação. Cognição. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: The growth of the elderly population is associated with the high prevalence of chronic diseases. This fact favors the exposure of this population to the use of multiple medications, also to increased physical and mental disabilities, bringing challenges for families and society. **Objective:** To describe the increase in the use of

¹ Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, Curso de Enfermagem. Dourados, MS, Brasil.

medication in elderly hypertensive patients with cognitive impairment, assisted by the Family Health Strategy (FHS), and identify related factors. *Method:* Cross-sectional study with quantitative approach, performed in eight FHS in Dourados-MS, Brazil. Sample included 124 members, of both sexes, with diagnosis of hypertension. Instruments used: questionnaire for demographic data; Mini-Mental State Examination and Accession Self-report to Medicines, with eight items. *Results:* Prevalence of elderly women, low education, with little financial income, living together and self-assessing health as very good, good or regular. There was significant difference between pharmacological treatment with age ($p < 0.001$) and elderly with some degree of cognitive impairment ($p = 0.033$). Among elderly who have some degree of cognitive impairment, 76.3% live together and 23.7%, alone. It is noteworthy that among elderly living with other people, 29.0% adhered to drug therapeutic, and of those living alone, only 9.2%. *Conclusion:* Variables “per capita income”, “education” and “family arrangement” had no effect on adherence to drug therapy, but “age” and “cognitive impairment”, yes. We highlight the possible positive influence of family on pharmacological treatment, especially if the elderly has cognitive function disorders.

Key words: Elderly of the Health. Medication Adherence. Cognition. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado no Brasil e na maioria dos países. O crescente e constante envelhecimento populacional aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), comuns entre os idosos, dentre as quais a hipertensão. Tal fato favorece a exposição da população idosa ao uso de múltiplos medicamentos e também ao aumento das taxas de incapacidades físicas e mentais, trazendo muitos desafios e gastos para as famílias e a sociedade.^{1,2}

As DCNTs influenciam na qualidade de vida do idoso, que, nesse período da vida, apresenta maior probabilidade de incapacidade funcional e mental, acarretando limitações para a realização de atividades básicas da vida diária e dificultando o autocuidado.³ As dificuldades ou limitações na realização das atividades cotidianas podem levar os idosos a depender de terceiros, não simplesmente pelas enfermidades físicas, mas principalmente pelos distúrbios das funções cognitivas, e ambos os fatores acarretam risco aumentado para mortalidade.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos idosos diante dessas limitações é conseguir realizar adequada adesão ao tratamento

farmacológico, entendida como o grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a recomendação do profissional de saúde perante o regime terapêutico, para que este e os hábitos de vida do indivíduo não interfiram negativamente um no outro.^{4,5}

Os principais fatores que influenciam na adesão são a clareza das recomendações, a exequibilidade, o desejo e a capacidade do idoso de cumprir as recomendações propostas, e a satisfação deste com o serviço de saúde,^{4,6} o número de medicamentos a longo prazo, o custo e o acesso a eles.⁷

Há também outros fatores que apresentam forte relação com a não adesão, como o avanço da idade, em que pode ocorrer aumento de morbidades, e assim interferir na adesão ao tratamento, que requer um conjunto de habilidades complexas, tais como leitura de bulas e instruções das medicações, compreensão da linguagem proposta, cumprimento do esquema posológico e sua incorporação às atividades diárias, planejamento do acesso a medicamentos e o manejo em situações de esquecimento de doses.^{2,7}

O déficit cognitivo é outro fator de risco relevante e associado à não adesão ao tratamento

em idosos. Em estudo⁸ de coorte baseado na comunidade e iniciado em 1990, envolvendo a população idosa, verificou-se que o risco de não adesão foi duas vezes maior naqueles com déficit cognitivo moderado em relação àqueles sem comprometimento da cognição. Esses achados foram encontrados em outros estudos.⁹⁻¹¹ A probabilidade de não adesão aumenta em idosos com déficit cognitivo que residem sozinhos.^{8,12}

Partindo do exposto acima, esta pesquisa buscou descrever o tipo de adesão ao uso de medicamentos em idosos hipertensos com déficit cognitivo, assistidos pela Estratégia Saúde da Família, e identificar fatores relacionados.

MATERIAL E MÉTODOS

A cidade de Dourados-MS contava com 40 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e, destas, cinco se localizavam na zona rural em dezembro de 2012.¹³

Trata-se de estudo de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013, em oito ESFs designadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS, distribuídas pelo município representando quatro regiões (Norte, Sul, Leste e Oeste). A pesquisa não foi realizada em todas as ESFs, por fazer parte do estudo “Sistema de Informação para Monitoramento da Saúde do Idoso para a Rede de Atenção Básica”, que tinha o objetivo de avaliar idosos apenas de oito equipes para que o sistema de informação fosse testado.

O cálculo do tamanho da amostra de 124 idosos foi baseado na proporção esperada de 19,7% de idosos com alta adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, considerando-se o nível de confiança de 95% e o valor de distribuição normal de 1,96, com erro amostral de 7%.¹⁴

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, residente no município de Dourados-MS, estar cadastrado

na ESF sorteada, ter diagnóstico de hipertensão arterial e em tratamento medicamentoso. Foram excluídos os idosos que não responderam ao questionário de adesão.

As atividades tiveram início através de contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Dourados (SESAU), no intuito de agendar reunião para informar o objetivo da pesquisa e solicitar autorização para realização da mesma. Após a aprovação formal da SESAU, realizou-se contato com as ESFs para agendamento do início das atividades. Nas datas agendadas, foram sorteados os endereços dos idosos que atendiam aos critérios de inclusão. Por fim, aconteceram as visitas domiciliares e as entrevistas com os idosos. As entrevistas foram realizadas por uma das autoras do estudo e participantes do projeto de ensino “Avaliação Funcional do Idoso na Atenção Básica, com duração de 40 horas e realizado na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Foi utilizado questionário para os dados sociodemográficos, considerando as variáveis: sexo; faixa etária (60 a 70 anos e 71 anos ou mais); arranjo familiar (residir sozinho ou acompanhado); escolaridade (analfabeto ou com algum grau de instrução); renda *per capita* em salário mínimo (até um salário mínimo; mais que um salário mínimo). Incluíram-se a autoavaliação de saúde (muito boa/boa/regular e ruim/muito ruim), o autorrelato de diagnósticos médicos (até dois; três e mais) e o número de medicamentos em uso por dia (de 1 a 3; 4 e mais).

Utilizou-se o Miniexame de Estado Mental (MEEM), que é um teste de rastreio para detectar alteração cognitiva. O estudo adotou os escores medianos por escolaridade propostos por Bruckiet al.,¹⁵ considerando 20 pontos para analfabetos; para 1 a 4 anos de estudo, 25 pontos; e para 5 anos de estudo ou mais, o escore de 26 como ponto de corte.

O Autorrelato de Adesão ao Medicamento, composto por oito itens, proposto por Moriskyet al.,¹⁶ foi adaptado e traduzido para o português por Oliveira-Filho et al.¹⁷ A pontuação dos

itens apresenta como respostas: não = 1; sim = 0; nunca = 1; quase nunca = 0; às vezes = 0; frequentemente = 0; sempre = 0, e o item 8 difere das perguntas anteriores por se tratar de escala de Likert. O instrumento compreende como questionamentos: “Você às vezes esquece-se de tomar os seus remédios para pressão?”; “Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?”; “Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?”; “Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos?”; “Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?”; “Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?”; “Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?”; “Com que frequência você tem dificuldades para lembrar-se de tomar todos os seus remédios para pressão?” (nunca / quase nunca / às vezes / frequentemente / sempre). À exceção da última pergunta, as demais tinham como opção respostas dicotômicas (não / sim). O escore total é classificado de acordo com a pontuação, cada um dos oito itens equivale a 1 ponto, sendo que a somatória máxima de 8 pontos indica alta adesão; entre 6 e 8 pontos, moderada adesão; e inferior a 6 pontos, baixa adesão. Esse instrumento foi aplicado somente aos idosos com hipertensão arterial e que estavam em tratamento farmacológico. Adotou-se o critério “aderem o tratamento” (total de 8 pontos) e “não aderem” (total menor de 8 pontos).

O banco de dados foi elaborado no programa PASW, versão 18.0. Os resultados estão apresentados em tabelas e as variáveis descritas por meio de frequência absoluta, relativa, média aritmética e desvio-padrão (dp).

Para analisar se houve associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-

quadrado de Pearson (quando o resultado foi inferior a cinco, utilizou-se o teste de associação linear por linear) e todas as análises foram conduzidas considerando-se o nível de significância (alfa) = 5%.

Foram cumpridas as exigências da Resolução do CNS nº 196/96, sendo a participação de cada idoso autorizada pelo mesmo ou por seu responsável legal, por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme CAAE nº 08872712.7.0000.0021/2012.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e de saúde dos 124 idosos participantes da pesquisa. Destaca-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com baixa escolaridade (média de 2,6 anos completos de estudo; dp=3,2), idosos jovens (média de idade 71,7 anos; dp=7,2), média de 3,0 diagnósticos médicos (dp=1,5) e de 4,4 medicamentos diferentes por dia (dp=2,3). Trinta e nove (31,5%) idosos aderiram ao tratamento. A adesão foi estatisticamente significativa somente entre os idosos, com idade igual ou superior a 71 anos.

A tabela 2 demonstra que os idosos com déficit cognitivo aderiram mais ao tratamento medicamentoso, diferença estatisticamente significativa ($p=0,033$). Dos 76 idosos (61,3%) que possuíam algum grau de déficit cognitivo, 58 (76,3%) residiam acompanhados e 18 (23,7%), sozinhos. Destaca-se que dos idosos que moravam acompanhados, 22 (29,0%) aderiram aos medicamentos; e dos que viviam sós, apenas sete (9,2%). Essa diferença não foi significativa ($p=0,576$).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) segundo a Escala de Autoadesão. Dourados-MS, 2013.

Variáveis	Escala de Autoadesão			<i>p</i>
	Total n (%)	Não aderem n (%)	Aderem n (%)	
Sexo				
Masculino	40 (100,0)	23 (57,5)	17 (42,5)	0,054
Feminino	84 (100,0)	62 (73,8)	22 (26,2)	
Faixa etária em anos				
60 a 70	55 (100,0)	48 (87,3)	07 (12,7)	<0,001
71 e mais	69 (100,0)	37 (53,6)	32 (46,4)	
Arranjo familiar				
Sozinho	25 (100,0)	15 (60,0)	10 (40,0)	0,213
Acompanhado	99 (100,0)	70 (70,7)	29 (29,3)	
Escolaridade				
Analfabeto	48 (100,0)	31 (64,6)	17 (35,4)	0,288
Com instrução	76 (100,0)	54 (71,1)	22 (28,9)	
Renda <i>per capita</i>				
Até um salário mínimo	91 (100,0)	59 (64,8)	32 (35,2)	0,102
Mais que um salário mínimo	33 (100,0)	26 (78,8)	07 (21,2)	
Nº de diagnósticos				
1 e 2	51 (100,0)	36 (70,6)	15 (29,4)	0,418
3 ou mais	73 (100,0)	49 (67,1)	24 (32,9)	
Autoavaliação de saúde				
Muito boa/boa/regular	109 (100,0)	76 (67,9)	35 (32,1)	0,672*
Ruim ou muito ruim	15 (100,0)	11 (73,3)	04 (26,7)	
Medicamentos por dia				
1 a 3	50 (100,0)	36 (72,0)	14 (28,0)	0,316
4 e mais	74 (100,0)	49 (66,2)	25 (33,8)	
Total	124 (100)	85 (68,5)	39 (31,5)	

*Utilizado teste de associação linear por linear.

Tabela 2. Análise da associação entre a Escala de Autoadesão e Miniexame do Estado Mental (MEEM) de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Dourados-MS, 2013.

Variáveis	Escala de Autoadesão			p
	Total n (%)	Não aderem n (%)	Aderem n (%)	
MEEM				
Com déficit	76 (100,0)	47 (61,8)	29 (38,2)	
Sem déficit	48 (100,0)	38 (79,2)	10 (20,8)	0,033
Total	124 (100,0)	85 (68,5)	39 (31,5)	

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos observados na amostra composta pelos 124 idosos foram corroborados pelos estudos de Krousel-Wood et al.¹⁸ e Lima-Costa & Camarano,¹⁹ nos quais há predominância do sexo feminino, caracterizando a feminização do envelhecimento. A prevalência de idosos no convívio familiar, com baixa escolaridade, baixa renda, presença de várias comorbidades em um mesmo indivíduo e autoavaliação de saúde como “muito boa”, “boa” e “regular”^{1,18,19} também foi constatada. Esses resultados reforçam as principais características específicas dessa população e servem como indicador para a solução de diversos problemas sociais e de saúde.

A taxa de adesão de 31,45% nos idosos pesquisados foi maior que a verificada por Obreli-Neto et al.,²⁰ que também utilizaram o Autorrelato de Adesão ao Medicamento¹⁶ para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico, na qual apenas 14,7% dos idosos apresentaram 8 pontos. As variáveis que apresentaram forte correlação com a adesão foram: satisfação com os serviços de saúde e complexidade do tratamento farmacológico.

Após análise estatística, constatou-se que houve diferença significativa entre adesão ao tratamento farmacológico com a faixa etária

($p < 0,001$) e os idosos com algum déficit cognitivo ($p = 0,033$).

Os idosos mais jovens apresentam maior independência quando comparados aos idosos mais velhos, mas muitas vezes, por não serem o alvo das atenções e da prestação de cuidados por parte de terceiros, mesmo quando vivem em famílias numerosas, ou com cuidadores, gozam de mais autonomia nas tomadas de decisões, inclusive quando decidem abandonar o tratamento ou não segui-lo conforme a prescrição médica, conhecida como “não adesão intencional”.²¹

No entanto, o fator idade na população idosa não constitui um importante preditor da adesão ao tratamento, conforme verificado em estudo sobre o uso de medicamentos de estatinas, em que a persistência no tratamento foi menor entre aqueles com mais de 75 anos.²² Contudo, existem outros componentes que podem interferir, dentre os quais, quando a responsabilidade da adesão é transferida a cuidadores, quer em uma instituição de longa permanência para idosos, ou na própria residência, mas sob a tutela dos familiares. A interferência do cuidador na adesão ao tratamento foi constatada em estudo envolvendo idosos com Alzheimer, em que a taxa de adesão de medicação oral foi significativamente maior naqueles com mais de 86 anos, reforçando o suporte do cuidador em relação ao cumprimento da terapêutica.²³

No Brasil, segundo estudos de Alencar & Pierin,²⁴ é baixa a porcentagem de indivíduos que apresentam hipertensão arterial controlada, ou seja, que mantêm níveis inferiores a 140/90 mmHg. O controle da hipertensão arterial é resultado de um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária, refletindo diretamente na adesão ao tratamento. Em Dourados-MS, não se constatou que as variáveis “renda *per capita*”, “escolaridade” e “arranjo familiar” influenciassem na adesão aos medicamentos.

Dos idosos que apresentaram déficit cognitivo e alta adesão ao tratamento farmacológico, sete (9,2%) residiam sozinhos. Acredita-se haver, assim, influência dos membros familiares na contribuição para a eficácia da adesão ao tratamento farmacológico, pois se o idoso apresentar DCNT e distúrbios das funções cognitivas, poderá contar com o auxílio de terceiros.

Conforme verificado em investigação sobre cuidadores familiares, a tarefa de administração de medicamentos é uma das atividades realizadas,²⁵ sendo um fator a ser considerado em intervenções cujo objetivo é melhorar a adesão do tratamento farmacológico em idosos, visto que o emprego da medicação anti-hipertensiva está associado à preservação da função cognitiva em idosos hipertensos.²⁶

O estudo apresentou limitações, tais como: o caráter regional, com amostra pequena, realizada em oito ESFs da cidade de Dourados-MS, e os critérios de inclusão, que abarcavam apenas idosos com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes no município, assistidos pelas ESFs sorteadas e com condições psíquicas de responder aos questionários.

CONCLUSÃO

Constatou-se diferença significativa entre adesão ao tratamento farmacológico com a faixa etária e os idosos com algum déficit cognitivo. Não foi observado que as variáveis “renda *per capita*”, “escolaridade” e “arranjo familiar” influenciassem na adesão aos medicamentos.

Ressalta-se, ainda, a possível influência positiva dos cuidadores e membros familiares na adesão ao tratamento farmacológico, principalmente se o idoso apresentar distúrbios das funções cognitivas.

Espera-se com os resultados gerados possam nortear estudos com ênfase na saúde de idosos, além de guiar as ações do Programa Saúde do Idoso de Dourados, e que a metodologia aqui empregada possa ser utilizada em outras equipes de saúde do município.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga MAM, Oliveira MAC, Faccenda O, Souza RA. Perfil Social Funcional de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm* 2011;16(3):478-85.
2. Acurcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Klein C H, et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(4):468-74.
3. Yamashita CH, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por unidade de saúde da família no município de São Paulo. *Mundo Saúde* 2010;34(1):20-4.
4. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L; Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúch Enferm* 2009;30(1):62-70.
5. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-96.
6. Guirado AM, Ribeira EP, Huergo VP, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit* 2011;25(1):62-67.
7. Campbell NL, Boustani MA, Skopelja EN, Gao S, Unverzagt FW, Murray MD. Medication adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic evidence-based review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2012;10(3):165-77.

8. Salas M, In't Veld BA, Van der Linden, Hofman A, Breteler M, Stricker BH. Impaired cognitive function and compliance with antihypertensive drugs in elderly: the Rotterdam Study. *Clin Pharmacol Ther* 2001;70(6):561-6.
9. Insel K, Morrow D, Brewer B, Figueredo A. Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61(2):102-7.
10. Stillely CS, Bender CM, Dunbar-Jacob J, Sereika S, Ryan CM. The impact of cognitive function on medication management: three studies. *Health Psychol* 2010;29(1):50-5.
11. Stoehr GP, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CC, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008;6(5):255-63.
12. Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, Orlando L, Jaglal S, et al. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27(12):1275-82.
13. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES [Internet]. [S.l.]: Ministério da Saúde; [2003-] [acesso em 27 jul 2013]. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br>.
14. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra DP Jr. Relação entre a Escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2012;99(1):649-58.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci HFP, Okamoto HI. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(3B):777-81.
16. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* 2008;10(5):348-54.
17. Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, Lyra DP Jr. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm* 2014;10(3):554-61.
18. Krousel-Wood MD, Tareq IMB, Webber L, Richard RMD, Morisky D, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. *Am J Manag Care* 2009;15(1):59-66.
19. Lima-Costa MF, Camarano AA. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 3-19.
20. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS, et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2010;31(3):229-33.
21. Organización Panamericana de la Salud. *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. 2 ed. Washington, DC: OPS; 2011.
22. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002;288(4):455-61.
23. Borah B, Sacco P, Zarotsky V. Predictors of adherence among Alzheimer's disease patients receiving oral therapy. *Curr Med Res Opin* 2010;26(8):1957-65.
24. Alencar NP, Pierin AMG. O Controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(3):65-73.
25. Travis SS, Bethea LS, Winn P. Medication administration hassles reported by family caregivers of dependent elderly persons. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2000;55(7):412-7.
26. Murray MD, Lane KA, Gao S, Evans RM, Unverzagt FW, Hall KS, et al. Preservation of cognitive function with antihypertensive medications: a longitudinal analysis of a community-based sample of African Americans. *Arch Intern Med* 2002;162(18):2090-6.

Recebido: 11/3/2014

Revisado: 26/2/2015

Aprovado: 10/3/2015