

Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde

Bibliographic production about adherence/non-adherence to therapy

Annelita Almeida Oliveira Reiners¹
Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo¹
Maria Aparecida Vieira¹
Anna Lucia Gawlinski de Arruda¹

Abstract *Critical analysis of the Latin American bibliographical production over the last 10 years regarding the adherence / non-adherence to treatment of people with chronic health problems: leprosy, tuberculosis, hypertension, diabetes and AIDS. Thirty six articles were analyzed identifying the variables: year of publication, publication area and kind of study. Most of the articles (27) were produced by professionals of the medical area, in epidemiological studies, and of the nursing area (7) in qualitative and quanti-qualitative studies. The scientific production on the subject increased until 2002, when it began to drop. The authors repeatedly defended the idea that the role of the patient is to follow the recommendations of the health professional and that the patient is free to follow or not the treatment, the professional however being exempt from the responsibility for the consequences of this decision. The greater part of factors pointed out by the authors as contributing to non-adherence relates to the patient, showing that the major responsibility for the adherence / non-adherence to treatment is conferred upon him. The measures the authors indicate for solving the problem point to responsibility of professionals, health services, governments and teaching institutions.*

Key words *Adherence to treatment, Non-adherence to treatment, Chronic disease*

Resumo *Análise crítica da produção bibliográfica latino-americana dos últimos dez anos, acerca da adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde: hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e aids. Foram analisados 36 artigos, identificando-se as variáveis: ano de publicação, área de publicação e tipo de estudo. A maior parte dos artigos (27) foi produzida por profissionais da área de Medicina em estudos epidemiológicos e da área de Enfermagem (7) em estudos qualitativos e quanti-qualitativos. A produção científica sobre o assunto cresceu até 2002, caindo a partir desse ano. Nas definições descritas pelos autores, a idéia recorrente foi a de que o papel do paciente é o de ser submisso às recomendações dos profissionais de saúde e que ele tem autonomia para seguir ou não o tratamento, mas o profissional exime-se da responsabilidade sobre as consequências dessa decisão. A maioria dos fatores apontados pelos autores como contribuintes para a não-adesão está relacionada ao paciente, mostrando que a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão é conferida a ele. As medidas assinaladas pelos autores para a resolução do problema permitem a identificação da responsabilidade dos profissionais, serviços de saúde, governos e instituições de ensino.*

Palavras-chave *Adesão ao tratamento, Não-adesão ao tratamento, Doença crônica*

¹ Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, Universidade Federal de Mato Grosso. Av. Fernando Corrêia da Costa s/n, Coxipó da Ponte. 78000-000 Cuiabá MT. annelitaa@yahoo.com.br

Introdução

As intensas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas no mundo, desde a metade do século passado, modificaram as características das populações, incluindo seu perfil epidemiológico e o aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde, conferindo alterações na qualidade de vida e de saúde das pessoas.

Doenças crônicas não-transmissíveis são **um grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por: multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão e exacerbação e evolução para incapacidades**¹. Estão incluídas nesse grupo, as neoplasias, as doenças cardiovasculares, o diabetes, dentre outras doenças. A prevalência destas costuma aumentar com a idade e aqueles que sofrem com elas sempre têm comorbidades². Sua importância reside não somente na extensão dos danos físicos causados às pessoas acometidas por elas, mas também no impacto social e psicológico que provocam.

Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular³.

Por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir.

Muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, desde sua definição até as formas de lidar com ela. Vários estudos focalizam-se em estratégias para melhorar a adesão aos medicamentos, em mudanças de comportamento de promoção à saúde e em teorias sobre os motivos apresentados por algumas pessoas para justificar certos tipos de comportamento⁴.

Na literatura latino-americana, nos últimos anos, a produção científica na qual há um levantamento sistematizado sobre adesão/não-adesão de pacientes ao tratamento é incipiente. O estudo de Sarquis *et al.*⁵, sobre a produção acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, no período de 1991 a 1995, detectou apenas dois ar-

tigos publicados na América do Sul (Brasil e Argentina).

Por essa razão, desenvolvemos uma pesquisa com o objetivo de analisar de forma crítica a produção bibliográfica latino-americana dos últimos dez anos, acerca da adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo bibliográfico utilizando uma abordagem quantitativa para identificar as seguintes variáveis: ano de publicação, área de publicação e tipo de estudo.

Na análise relativa ao tipo de estudo, foi utilizada a seguinte classificação: (1) ensaio – estudo que se baseia unicamente na experiência do autor; (2) estudo de caso clínico – estudo de casuística; (3) estudo descritivo – estudo que não envolve metodologia epidemiológica, embora trabalhe os dados quantitativamente; (4) estudo epidemiológico – estudo de distribuição de determinado fenômeno de saúde/doença em determinado espaço, local e grupo populacional; (5) pesquisa qualitativa – estudo de crenças, valores, percepções, representações e sentidos atribuídos; (6) revisão bibliográfica – estudo baseado em consulta bibliográfica; (7) estudo quanti-qualitativo – estudo que articula as duas abordagens⁶.

Também foi utilizada uma abordagem qualitativa para analisar o conteúdo dos textos produzidos, focalizando-se nas seguintes categorias: definições de adesão ao tratamento; fatores que contribuem e que não contribuem para a adesão ao tratamento citados pelos autores na bibliografia consultada; e abordagens utilizadas pelos profissionais e serviços de saúde para lidar com a questão da não-adesão.

Os dados foram coletados por meio de levantamento da bibliografia publicada em forma de periódicos na base de dados LILACS, no período de 1995 a 2005. Os descritores utilizados foram: abandono do tratamento, aderência/não-aderência ao tratamento, adesão/não-adesão ao tratamento, cooperação do paciente, interrupção do tratamento, compliance/noncompliance e doenças crônicas.

Dos textos encontrados, foram eleitos para a análise aqueles que tratavam do assunto adesão/não-adesão ao tratamento dos seguintes problemas crônicos de saúde: hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e aids. Ao todo, 36 artigos foram analisados.

Organizamos os dados nas seguintes categorias: definições, fatores que contribuem para a não-adesão e formas de lidar com a não-adesão. Depois disso, foi realizada uma análise crítica do conteúdo das categorias, tendo como base a literatura nacional e internacional sobre o assunto.

Resultados e discussão

Os 36 artigos analisados foram publicados em periódicos das áreas de saúde pública, Enfermagem, Medicina Clínica, Farmácia e Nutrição. Na Tabela 1, na qual foram distribuídos os artigos por área de publicação e tipo de estudo, pode-se observar que a maior parte dos artigos (27) foi produzida por profissionais da Medicina, sendo a maioria deles (12) de estudos epidemiológicos.

A Enfermagem, assim como outras áreas da saúde, tem discutido sobre o assunto, porém em proporção menor que a Medicina, contribuindo com sete artigos, nos últimos dez anos, resultado de pesquisas qualitativas e quanti-qualitativas. O enfoque nessas abordagens tem sido um aspecto constante nas pesquisas realizadas pela Enfermagem, face à instabilidade da corrente de pensamento positivista⁷.

Esses resultados apontam para a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordam o fenômeno da adesão/não-adesão, principalmente sobre aspectos que vão além da sua epidemiologia. Grandes contribuições podem advir de estudos que discutem os modelos teóricos correntes de compreensão do fenômeno e as estratégias de intervenção nos problemas encontrados.

Da mesma forma, pesquisas que investigam a adesão/não-adesão sob a ótica dos sujeitos que a vivenciam (pacientes, família, profissionais)

podem trazer subsídios para a compreensão mais abrangente dessa problemática.

No Gráfico 1, apresentamos a distribuição dos artigos por ano de publicação. Nele, pode-se observar que, nos últimos dez anos, a produção científica sobre adesão/não adesão ao tratamento dos problemas crônicos elegidos por nós cresceu até 2002.

Uma provável explicação para esse crescimento é o interesse dos profissionais de saúde em entender o fenômeno da adesão/não-adesão que traz grande impacto na morbimortalidade de pessoas acometidas por problemas crônicos de saúde. Por outro lado, a partir de 2002, a quantidade de publicações tornou-se restrita. Será que o interesse dos pesquisadores pelo tema diminuiu?

Esse resultado mostra que, na América Latina, a produção científica sobre adesão/não-adesão necessita de incremento, seja por parte da academia ou dos profissionais da assistência.

Nas definições descritas pelos autores, a idéia recorrente é a de que o paciente deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas. O paciente tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento, mas o profissional não tem responsabilidade sobre as conseqüências dessa decisão⁸⁻¹⁴.

Essa idéia sugere que o papel do paciente é ser submisso àquilo que o profissional de saúde determina. Na medida em que o paciente deixa de observar as recomendações, os conselhos, as indicações e as ações estabelecidas pelo profissional e/ou pelo serviço, é considerado como não-aderente ao tratamento.

Os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não-adesão somente sob suas pers-

Tabela 1. Distribuição dos artigos por área de publicação e tipo de estudo levantados no período de 1995 a 2005.

Área de publicação	Tipo de estudo							Total
	Ensaio	Caso clínico	Quantitativo	Epidemiológico	Bibliográfico	Quanti-qualitativo	Qualitativo	
Enfermagem	-	-	1	1	1	2	2	7
Medicina	5	-	4	12	3	2	1	27
Nutrição	-	-	-	-	-	1	-	1
Farmácia	-	-	-	-	1	-	-	1
Total	5	0	5	13	5	5	3	36

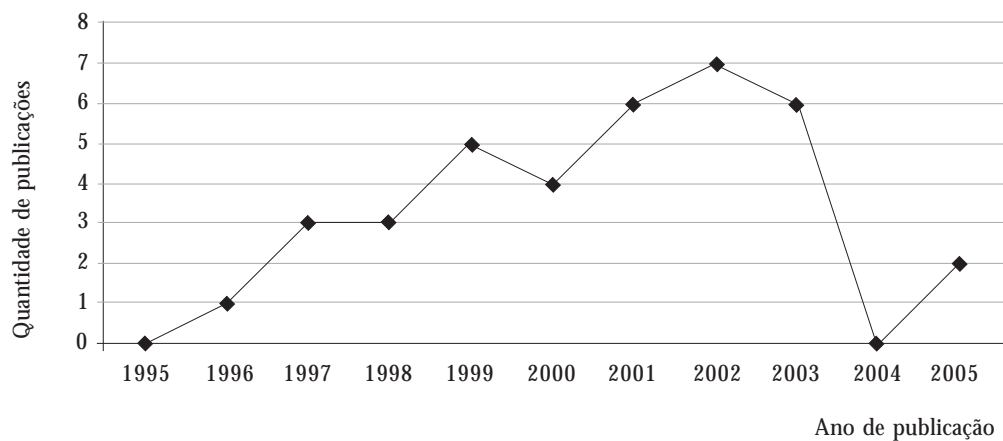


Gráfico 1. Distribuição dos artigos por ano de publicação levantados no período de 1995 a 2005.

pectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los¹⁵.

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão são complexos e difíceis de ser entendidos. Por isso, há que se considerar essa questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações.

A não-adesão ao tratamento foi abordada de diversas formas nos artigos e, nestes, vários fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, a problemas sociais, aos serviços e ao profissional de saúde foram apontados como determinantes do problema (Quadro 1).

Observa-se que a maioria dos fatores citados nos textos pelos autores e que contribuem para a não-adesão ao tratamento estão relacionados ao paciente, principalmente se juntados aos relacionados aos dados demográficos e ao uso de drogas.

Esse resultado revela que tem sido conferida ao paciente a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento. Muitos estudos dos últimos anos têm focalizado o sofrimento dos pacientes com problemas crônicos de saúde e concluído que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles³².

Pesquisas sobre adesão/não-adesão têm sido baseadas nas idéias dos profissionais de saúde que entendem ser dos pacientes a maior responsabilidade pelo problema e que os profissionais falham em promover uma compreensão mais profunda sobre a adesão/não-adesão³³.

Culpar os outros pelas falhas faz parte da natureza humana e os profissionais de saúde, como seres humanos, não são diferentes. Na realidade, há que se considerar a co-responsabilidade que profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente ao tratamento, a fim de que possa ser efetivado, propiciando àquele meios para exercer o seu papel em igualdade de condições³⁴.

Na categoria “formas de lidar com o problema da não-adesão” constatou-se que, para os autores, as medidas a serem adotadas na resolução do problema da não-adesão devem ser desenvolvidas pelos profissionais, serviços de saúde, governos e instituições de ensino (Quadro 2).

Embora essas estratégias sejam apontadas, existe uma lacuna a ser preenchida pelo desenvolvimento de estudos que relatam essas estratégias e avaliam sua eficácia na melhora ou efetivação da adesão dos pacientes ao tratamento.

Esse resultado também reforça a necessidade de investimento dos profissionais, serviços de saúde e instituições governamentais, em programas de atenção aos portadores de problemas crônicos de saúde que privilegiam a educação e que atendam às diversas necessidades dos pa-

Quadro 1. Relação dos fatores que contribuem para a não-adesão ao tratamento levantados dos artigos publicados no período de 1995 a 2005.

Fatores determinantes da não-adesão	
Relacionados ao tratamento ^(12,16-18)	Prescrição de esquemas terapêuticos inadequados (farmacológicos e não farmacológicos); Apresentação dos medicamentos (cor, odor, gosto, tamanho, embalagem); Custo elevado da medicação.
Relacionados à doença ^(19, 20)	Gravidade da doença; Ocorrência de outros problemas de saúde.
Relacionados aos serviços de saúde ⁽²¹⁻²³⁾	Localização da unidade (distante do domicílio, em outra região); Burocracia; Insuficiência de recursos humanos e materiais; Deficiência organizacional; Deficiência nas visitas domiciliares e na busca ativa dos casos.
Relacionados ao profissional de saúde ^(18, 24)	Preparo profissional deficiente (erros terapêuticos, inabilidade para modificar esquemas de tratamento; avaliação insuficiente da situação de saúde do paciente); Rotatividade de profissionais no atendimento ao paciente; Não reconhecimento da responsabilidade do profissional na adesão.
Relacionados ao relacionamento profissional de saúde/paciente ^(17, 25, 26)	Comunicação inadequada e insuficiente do profissional; Dificuldade de relacionamento do paciente com o profissional; Falta de confiança do paciente no profissional; Abordagem do paciente de forma imprópria (desatenção indelicadeza).
Relacionados ao paciente ^(16,23, 25, 27, 28)	Intolerância aos medicamentos; Ausência de sintomas; Melhora dos sintomas; Fatores culturais; Práticas alternativas de cuidado; Dificuldade financeira; Automedicação; Esquecimento da dose diária dos medicamentos; Esquecimento do dia da consulta; Dificuldade para se adaptar às exigências do tratamento; Descrença no serviço de saúde; Pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento; Resistência aos medicamentos; Retirada precoce do esquema terapêutico; Dificuldade psicológica para lidar com a doença; Dificuldade em cumprir as normas do serviço de saúde; Dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento; Prescrição mal entendida; Dificuldade para o autocuidado.
Relacionados a dados demográficos ^(8, 11, 16, 29)	Faixa etária que compreende adolescentes e adultos jovens; Sexo masculino; Solteiros; Baixo nível de escolaridade e analfabetismo; Morar sozinho ou em instituições, sem residência fixa; Baixo nível socioeconômico.
Relacionados ao uso de drogas ^(22, 30)	Alcoolismo; Tabagismo; Drogas.
Relacionados a problemas sociais ^(11, 25, 30, 31)	Discriminação social (no trabalho, na escola); Falta de apoio da sociedade e da família.

Quadro 2. Relação das formas de lidar com a não-adesão ao tratamento levantadas dos artigos publicados no período de 1995 a 2005.

Formas de lidar com a não-adesão	
Serviços e equipe de saúde ^(17, 19, 31, 35, 36)	Adotar medidas de vigilância (supervisão da ingestão dos medicamentos); Implementar visita domiciliar; Realizar busca ativa dos casos de falta e abandono do tratamento; Criar central de informações; Estabelecer fluxograma de atendimento e acompanhamento; Ampliar redes de apoio; Promover campanhas educativas utilizando quadros ilustrativos com embalagens e roteiros de administração de medicamentos, associando desenhos aos horários de jejum, refeições, trabalho e sono; Treinamento em serviço para a equipe; Oferecer suporte às questões sociais, econômicas e psicológicas do paciente que interferem no processo de adesão ao tratamento.
Profissional de saúde ^(11, 13, 20, 37)	Estabelecer vínculo com o paciente; Formar aliança terapêutica; Mudar a postura dos profissionais de saúde: explicar os procedimentos, esclarecer dúvidas, usar adequadamente a linguagem, equilibrar as relações assimétricas, promover o bem-estar do paciente, permitir a participação do paciente nas metas e decisões sobre o seu tratamento; Adequar o esquema terapêutico ao cotidiano do paciente; Auxiliar o paciente na compreensão do processo doença/ diagnóstico/ tratamento; Adotar modelo educativo individualizado.
Estudos científicos ^(21, 38)	Utilizar das Ciências Sociais para compreensão do fenômeno; Promover avaliações sistemáticas dos resultados de pesquisas; Divulgar os trabalhos científicos fora dos muros das instituições de saúde e universidades.
Políticas públicas ^(18, 24, 29)	Implantar e expandir os Programas de Saúde da Família em todos os estados; Descentralizar os programas de saúde; Melhorar as condições socioeconômicas da população; Suprir as irregularidades atribuídas aos serviços com supervisão e suporte técnico às unidades de atendimento; Investir na capacitação dos profissionais de saúde; Estabelecer protocolos de condutas adequadas na rede pública de saúde.

cientes e suas famílias. “É improvável que qualquer intervenção que ignore a multidimensionalidade dos problemas tenha sucesso nas mudanças de comportamento”³⁹.

Conclusão

É evidente que houve avanço no conhecimento científico sobre a adesão/não-adesão de pessoas com problemas crônicos de saúde ao tratamen-

to, na última década. Entretanto, esta pesquisa bibliográfica mostrou que ainda são poucos os estudos sobre o assunto na América Latina, principalmente pesquisas com abordagens qualitativas e estudos teóricos.

A investigação também mostrou que as idéias de adesão/não-adesão contidas nos textos revelam uma concepção reduzida do papel do paciente no seu processo de aderir ao tratamento, pois o considera submisso ao profissional e ao serviço de saúde e não como um sujeito ativo no

seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento.

O estudo evidenciou que a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento é conferida ao paciente e que é necessário que os profissionais e serviços de saúde sejam co-responsáveis nesse processo.

Por fim, a pesquisa mostrou que existe a necessidade de se desenvolver estudos que relatem e avaliem a implementação de estratégias de lidar com o problema da não-adesão ao tratamento.

Colaboradores

AAO Reiners trabalhou na concepção e delimitação da pesquisa; coleta dos dados; análise e interpretação dos resultados; concepção e redação final do artigo. RCS Azevedo trabalhou na coleta dos dados; análise e interpretação dos resultados e redação final do artigo. MA Vieira trabalhou na coleta dos dados; análise e interpretação dos resultados e redação final do artigo e ALG Arruda trabalhou na coleta e análise dos dados.

Referências

1. Lessa I. Doenças não-transmissíveis. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. 4ª ed. São Paulo: Medsi; 1994. p. 269-279.
2. World Health Organization. *Current and future long-term care needs: an analysis based on the WHO study. The global burden of disease and the international classification of functioning, disability and health*. France: Creative Publications; 2002.
3. Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
4. Green CA. What can patient health education coordinators learn from ten years of compliance research? *Patient Educ Couns* 1987; 10:167-174.
5. Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, Pierin AMG. Adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev. Esc. Enf. USP* 1998; 32(4):335-353.
6. Gomes R, Fonseca EMGO, Veiga AJMO. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2002 Jun [acessado 2005 Mai 28]; 10 (3): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13350.pdf>
7. Almeida VCF, Damasceno MMC, Araújo TL. Saúde do trabalhador em saúde: análise das pesquisas sobre o tema. *R. Bras. Enferm* 2005; 58(3):335-340.
8. Natal S. Revisão bibliográfica – tratamento da tuberculose: causas da não-aderência. *Bol. Pneum. Sanit* 1997; 5(1):50-70.
9. Canchola VHO, De la V GC, Ortega AD. Falta de adherencia al tratamiento em el enfermo diabético: um problema de salud publica. *Rev. Fac. Med UNAM* 1998; 41(2):76-79.
10. Quintaes KD, Garcia RWD. Adesão de pacientes HIV positivos à dietoterapia ambulatorial. *Rev. Nutr* 1999; 12(2):175-181.
11. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Jr AC. A adesão ao tratamento. *Rev. Bras. Clín. Terap* 2000; 26(3):83-86.

12. Lignani Junior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(6):495-501.
13. Knai RMT, Camargo EA. Terapia de aderência anti-retroviral. *J. Bras. Med* 2002; 82 (1/2):14-20.
14. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2):593-604.
15. Trostle JA. Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med* 1988; 27(12):1299-1308.
16. Gonçalves H, Costa JSD, Meneses ANB, Knauth D, Leal OF. Adesão a terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4):777-787.
17. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79(4):380-384.
18. Goulart IMB, Arbex GL, Carneiro MH, Rodrigues MS, Gadia R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um centro de saúde da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* [periódico na Internet]. 2002 Set/Out. [acessado 2005 Ago 8]; 35 (5): [cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000500005&ln
19. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3): 775-782.
20. Rocha A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. *Rev. Bras. Hipertens* 2003; 10(3):213-215.
21. Pereira WSB, Lima CB. Tuberculose: sofrimento e ilusões no tratamento interrompido. *R. Bras. Enferm* 1999; 52(2):303-318.
22. Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(5):437-443.
23. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Acurcio FA, Comini CC. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(2):183-190.
24. Branco BPC, Sousa RL, Diniz RV, Melo FC. O problema da não adesão ao tratamento da tuberculose. *Pulmão* 1999; 8(4):319-326.
25. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital nacional " Almazor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo 2000. *An Fac Med Univ Nac Mayor San Marcos* 2002; 63(3):185-190.
26. Moreira TMM, Araújo TL. Compreensão da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir do modelo de King. *R. Enferm UERJ* 2002; 10(2):120-124.
27. Benute GRG, Galletta MA, Kahhale S, Lucia MCS, Zugaib M. Gestantes hipertensas: crenças, mitos e conhecimentos permeando a adesão ao tratamento. *Rev Ginec Obst* 2002; 13(1):8-12.
28. Gupta N, Silva ACS, Passos LN. The role of integrated home-based care in patient adherence to anti-retroviral therapy. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2005; 38(3):241-245.
29. Costa JSD, Gonçalves H, Meneses AMB, Devéns E, Piva M, Gomes M, Vaz M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(2):409-415.
30. Lima MB, Mello DA, Moais AP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):877-885.
31. Caldas AJM, Queiroz LS. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luis- MA. *Nursing* 2000; 3(21):13-15.
32. Hallett CE, Austin L, Caress A, Luker KA. Community nurses' perceptions of patient 'compliance' in wound care: a discourse analysis. *J Ad Nursing* 2000; 32(1):115-123.
33. Dowell J, Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1997; 14:369-375.
34. Reiners AAO. *Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.
35. Ignotti E, Andrade VLG, Sabrosa PC, Araújo JG. Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro. "Abandonos ou abandonados". *Hansen Int* 2001; 26(1):23-30.
36. Oliveira HB, Marin-León L, Gardinali J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas - SP. *J Bras Pneumol* [periódico na Internet]. 2005 Mar/Abr. [acessado 2005 Fev. 8]; 31 (2): [cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000200008
37. Cade NV. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Cogitare Enferm* 1997; 2(2):10-15.
38. Fogos AR, Oliveira ER, Garcia MLT. Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da unidade de saúde em Carapina/ES. *Hansen Int* 2000; 25(2):147-156.
39. Becker MH, Maiman LA. Strategies for enhancing patient compliance. *J Community Health* 1980; 6(2):113-135.

Aprovado em 27/12/2006

Versão final apresentada em 30/07/2007