

# ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

EDILSON ALMEIDA DE OLIVEIRA

Farmacêutico, residente em Saúde da Família, Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Rua Universitária, 2069, Jardim Universitário, 85.819-110, Cascavel, PR.

Autor responsável: E.A. Oliveira.  
E-mail: proedilson@ibest.com.br

## INTRODUÇÃO

Estudos que destacam a perspectiva médica e do paciente no processo de adesão à terapêutica, utilizam tanto o termo *compliance* como *adherence*<sup>1,2</sup>. Os termos mais utilizados na língua inglesa, *adherence* e *compliance*, possuem significados diferentes, sendo que o termo *compliance* pode ser traduzido como obediência, e pressupõe um papel passivo do paciente, e o termo *adherence*, ou aderência, é utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação<sup>3</sup>. Estas terminologias são discutidas com frequência nas pesquisas que procuram explorar e problematizar estes conceitos na prática clínica<sup>4</sup>.

Partindo do entendimento de que são múltiplos os fatores para a não-adesão ao tratamento, tal como prescrito e recomendado, tem-se que o modelo biomédico não oferece suporte suficiente para compreender a necessidade de controle e manejo da doença por parte do médico, e a decisão favorável ou não do doente ao tratamento<sup>5</sup>.

O processo de não-adesão em algum grau é universal<sup>6</sup> e está relacionado a diversos fatores que envolvem o profissional de saúde, o tratamento propriamente dito, a patologia e o paciente<sup>7,8</sup>. Apesar de que o normal é não aderir<sup>9</sup>, a adesão ao tratamento prescrito depende de vários fatores e sofre uma espécie de triagem para que se concretize, enquanto as indicações populares, como as de vizinhos, amigos e familiares, são aceitas mais facilmente<sup>10</sup>. Alguns estudos demonstram que o conhecimento e as crenças do paciente sobre o tratamento são fatores muito importantes para a adesão<sup>1,11</sup>.

Existe por parte do paciente o desejo de utilização de um tratamento, de avaliar a sintomatologia e da obtenção de alívio, mas há controvérsias quanto à compreensão deste tratamento. A relevância desta questão na terapêutica é indiscutível, pois da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a prevenção de uma patologia, o controle de uma doença crônica e a cura de uma enfermidade<sup>12</sup>.

O presente artigo tem como objetivo principal destacar as diferentes abordagens sobre a temática da adesão

à terapêutica medicamentosa, ressaltando alguns aspectos para o aprofundamento da análise e discussão, tais como os conceitos e pressupostos de adesão adotados, os fatores relacionados à adesão terapêutica e as metodologias utilizadas no estudo deste processo.

## METODOLOGIA

A opção metodológica deve estar fundamentada na natureza do problema a ser estudado, bem como, no recorte da realidade de cada pesquisa<sup>13</sup>. Assim, optou-se pela pesquisa bibliográfica, pois a bibliografia pertinente fornece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram de maneira satisfatória<sup>14</sup> e, dessa forma, a pesquisa bibliográfica não é mera reprise do que já foi escrito ou discorrido sobre determinado tema, mas propicia que façamos uma análise de um assunto sob novo ponto de vista ou abordagem, chegando-se a conclusões inovadoras<sup>15</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo *compliance* (cumprimento), está mais focado no modelo biomédico, no qual o paciente é visto como um cumpridor de recomendações<sup>16</sup>. O indivíduo é tratado com pouca, ou nenhuma, autonomia para desobedecer às recomendações médicas. Nesta relação médico-paciente, o comportamento do paciente e o controle de sua patologia são tidos como parte do profissional.

Nesse caso, o médico e paciente não possuem uma interação e comunicação adequada, fato este que em grande parte, explicita o porquê da *noncompliance* (falta de cumprimento)<sup>4</sup>. Assim, o *compliance* acaba por enfatizar os limites da própria disciplina médica<sup>17</sup>. Este conceito não leva em consideração outros aspectos de igual valor e relacionados ao paciente para discussão, tais como as opiniões e interferências de sua família, do trabalho, dos vizinhos, bem como suas representações de saúde, corpo

e doença, não considerando a inter-relação entre os fatores presentes no todo<sup>16</sup>. Entretanto, é impossível abranger todos os pontos de vista do paciente<sup>5</sup>.

Já os termos *adherence* ou *adhesion* (adesão), procuram ressaltar a perspectiva do paciente, tomando-o como sendo capaz de uma decisão consciente e responsável em relação ao seu tratamento<sup>4</sup>. A adesão ao tratamento compreende que todos os pacientes possuem autonomia (*patient agency*) e habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas, algumas vezes, o termo tem a conotação de atenuar ou retirar a responsabilizar da prática médica, enquanto provedor e participante ativo deste processo.

Assim sendo, se o paciente não adere (*nonadherence*) ao tratamento, é porque ele assim escolheu. Não é de responsabilidade dos médicos ou do sistema de saúde. Todavia, esta "autonomia" para aceitar o tratamento não exime de responsabilidade a saúde pública. Pelo contrário, exige da mesma uma política de atendimento adequada. Entretanto, devido à comprovação de que em alguns pacientes não ocorre a adesão, são desenvolvidos, no âmbito da saúde pública, programas com características cada vez mais controladores<sup>5</sup>.

A utilização do termo adesão justifica-se pela preocupação em abranger os múltiplos fatores que a determina, não concentrando a responsabilidade do tratamento de forma individualizada no paciente. A adesão à terapêutica, por se tratar de um ponto fundamental na resolubilidade de um tratamento, tem sido discutida e estudada por vários profissionais da saúde. Sendo que os fatores relacionados ao tema, envolvem questões referentes ao tratamento, ao profissional de saúde e à doença propriamente dita<sup>12</sup>.

A questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem tomado importância no elenco das preocupações dos profissionais e autoridades de saúde, juntamente com outros fatores que influenciam o uso racional dos recursos terapêuticos.

Se há na população o "folclore hipocondríaco", fica o questionamento do porquê da existência de um grande número de pacientes que não tem adesão ao tratamento prescrito<sup>18</sup>.

Vários conceitos e pressupostos são adotados em relação à adesão. O conceito de adesão, apesar das variações existentes entre os autores, de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos ou outros procedimentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando-se os horários, doses e o tempo de tratamento. No caso da farmacoterapia, representa a etapa final de um processo denominado como o uso racional de medicamentos<sup>12</sup>. E, entre os estudos de adesão disponíveis, o grau de adesão varia muito, dependendo do conceito de adesão e do método utilizado no estudo<sup>19</sup>.

Autores defendem o entendimento do papel do paciente como um sujeito ativo que participa e assume

responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não<sup>16,20,21</sup>.

A maneira como é visto o papel do paciente em seu tratamento reflete a forma de discussão dos fatores relativos ao paciente na adesão, envolvendo desde a tentativa de compreensão de suas crenças e valores em relação à saúde, doença e tratamento, até a identificação da não-adesão como comportamento irracional e desviante, onde a responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou de seus responsáveis sobre a importância do tratamento, e como resultante da pouca educação da população ou ainda como simples desobediência de ordens médicas<sup>12</sup>.

Nenhum homem é uma ilha, e esse ponto de vista é verdadeiro quando se estuda a adesão. A adesão ao uso de medicamentos e ao cuidado de saúde de uma forma geral, é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece<sup>22</sup>. Poucos trabalhos avaliam a questão social e cultural sobre o uso de medicamentos como resultante de um processo em que ocorre uma decisão racional que leva em conta os múltiplos determinantes, que variam da disponibilidade à crença no tratamento proposto<sup>23</sup>, como decorrência da dinâmica de aprendizagem social vivida<sup>3</sup> e resultado da forma de construção do seu enfrentamento à doença<sup>21</sup>. Construção essa, que deve ser compreendida no nível individual e também no nível do macro contexto, de sua comunidade e sociedade como um todo<sup>22</sup>.

Vários autores colocam a necessidade de compreensão das questões relacionadas ao paciente e ao meio sociocultural em que o mesmo está inserido, como importantes no processo de adesão à terapêutica medicamentosa<sup>12</sup>. O ponto de vista do paciente e o envolvimento do contexto social em seu comportamento ampliam a discussão da adesão à terapêutica medicamentosa para além das fronteiras da clínica<sup>24</sup>. As pesquisas sociais e comportamentais sobre as pessoas que aderem ou não ao seu tratamento são de relevância para o acompanhamento e atuação nas mudanças epidemiológicas dos processos patológicos<sup>4</sup>.

Variáveis demográficas e sócio-econômicas como idade, sexo, raça, ocupação, estado civil, renda e educação, são consideradas importantes como indicadores de não-adesão<sup>1</sup>. No entanto, existem estudos em que estas variáveis são vistas como inconsistentes e apontam para outros fatores sobre o paciente para mensurar a não-adesão terapêutica<sup>4,25</sup>.

Entre os múltiplos fatores relacionados à adesão, podemos conjecturar, em primeiro plano, a questão da inacessibilidade ao medicamento. O mercado farmacêutico concentra-se, em países economicamente ricos, e está voltado às classes sociais abastadas, em detrimento dos medicamentos demandados pelas necessidades mais comuns existentes, nos países pobres<sup>26</sup>. Em países como o Brasil, apesar dos gastos com medicamentos representa-

rem grande parte dos investimentos na saúde pública, a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades existentes da população<sup>12</sup>.

Em estudo realizado, o principal fator relatado para a ocorrência da não-adesão ao tratamento farmacoterapêutico em idosos foi o alto custo do medicamento. Sendo que o custo mensal das prescrições dos pacientes que não aderiram ao tratamento era, em média, o dobro do custo mensal das prescrições dos que apresentavam adesão.

Assim, um maior número de fármacos prescritos encarece o tratamento e se adere menos<sup>27</sup>. Após atendimento em pronto-socorro pediátrico, 39,1% dos casos de não-adesão à prescrição teve como motivo alegado o acesso econômico, também um menor custo e menor número de medicamentos melhoram a adesão<sup>28</sup>. Esse fator, sem dúvida, configura o grande obstáculo para a adesão terapêutica e deve ser o primeiro aspecto a ser analisado, pois somente se o paciente tiver acesso ao medicamento, então ele estará em condições para aderir ou não ao tratamento<sup>12</sup>.

O maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico proposto também estão associados à não-adesão, e isto ocorre inclusive quando o medicamento é fornecido gratuitamente<sup>6,8</sup>. Isto se caracteriza como um dos principais fatores, relacionados ao medicamento, que interfere na adesão à terapêutica anti-retroviral, pois seus esquemas terapêuticos geralmente são complicados, exigindo empenho do paciente em adaptar sua alimentação, horários e ritmo cotidiano para cumprir o tratamento.

Foram achadas evidências de que um tratamento composto por duas doses diárias é mais bem cumprido do que um que possua três doses ao dia<sup>29</sup>. Além disso, é importante citar que a percepção, por parte do paciente, dos efeitos colaterais causados pela terapia é um obstáculo à adesão, e pode ser chamado de efeito protetor da não-adesão, o que seria uma não-adesão inteligente à terapêutica<sup>20</sup>. O medicamento possui no mínimo dois significados antagônicos, um positivo, relacionado à cura e ao restabelecimento da saúde, e outro negativo, representado pelos efeitos colaterais, tamanho e paladar<sup>30</sup>.

Conforme Leite & Vasconcelos (2003), vê-se aqui que esses fatores, normalmente identificados ao medicamento, na verdade estão relacionados à decisão do paciente em mudar seu ritmo e estilo de vida ou de aceitar certos efeitos adversos advindos da terapêutica medicamentosa<sup>12</sup>.

Entretanto, fica evidente pelos resultados de alguns estudos que um dos fatores decisivos para que ocorra a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição recebida, na equipe de saúde que o assistiu ou na pessoa do médico que o atendeu<sup>7,31,32</sup>. Pacientes que não confiam no sistema de saúde ou nos médicos que os atendem são mais predispostos à não-adesão ao regime medicamentoso<sup>25</sup>. Já os pacientes crônicos despendem parte

de suas vidas no “papel de paciente” e, nestes casos, a relação médico-paciente é um dos fatores mais importantes na decisão do paciente em aderir ou não às recomendações<sup>16</sup>.

Certas atitudes do prescritor, como a linguagem utilizada, o tempo dispensado na consulta, a realização de um atendimento acolhedor, o respeito para com as verbalizações e questionamentos dos pacientes e a motivação do paciente para o cumprimento da terapia, são fatores citados na literatura para que ocorra a adesão. Apesar da nítida influência sobre a adesão, a relação médico-paciente não é suficiente para explicar o processo da não-adesão à terapêutica. É sim, uma das possíveis barreiras que pode e deve ser trabalhada pelas equipes de saúde<sup>12</sup>.

Analisando o tema da adesão, a partir do ponto de vista do usuário, descrevem um “modelo de decisão terapêutica” em que, segundo eles, existem três tipos de usuários de medicamentos na população: o primeiro, representado por aqueles que aceitam e procuram cumprir a prescrição médica, o segundo constituído pelos que aceitam as prescrições, porém não sem testar suas variações e então optar pelo seguimento ou não, e o terceiro no qual se encontram os sépticos, que não aceitam as prescrições médicas. Também de acordo com os mesmos autores, a aceitação de um tratamento proposto está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores<sup>21</sup>.

Denomina-se este “teste”, que alguns pacientes desenvolvem com seu tratamento, de *self-regulation* (auto-regulação), descrevendo-o como uma forma do paciente avaliar o estado atual de sua doença e da possibilidade de diminuir a dose ou até da retirada dos medicamentos prescritos. Fato este, que acontece principalmente nos portadores de doenças crônicas, isso com a intenção de suplantar o estigma de doente crônico, pois o ato de ingerir regularmente o medicamento evidencia que o paciente é um doente crônico<sup>16</sup>.

A presença de sensações corporais desagradáveis lembra ao paciente constantemente que ele ainda está com algum problema em função de sua doença. Alguns pacientes, quando percebem que os sintomas melhoram, acreditam que não estejam mais doentes, já que o seu entendimento de doença está ligado à presença de sintomas indesejáveis<sup>11</sup>. O ato de tomar os medicamentos é tido pelo paciente como uma forma reviver a sua enfermidade que não mais se manifesta fisicamente<sup>16</sup>.

A adesão à terapêutica depende também de como o indivíduo controla e articula o seu corpo, e de qual é a sua visão do que seja ou não uma boa resposta deste às sensações desagradáveis existentes em função de sua patologia. Assim, quando o paciente percebe que a melhora depende do seu comportamento, tende a seguir, o mais corretamente possível, a terapêutica prescrita<sup>24</sup>. Além disso, estudos sobre adesão a diversos tipos de terapias

dão a entender que o seguimento rigoroso das prescrições implica em certa interferência no dia-a-dia, o que não é desejado pelo paciente<sup>12</sup>. São as expectativas em relação ao tratamento e à cura que demarcam alguns comportamentos durante a terapêutica<sup>2</sup>.

Com relação às metodologias para o estudo da adesão no campo dos medicamentos, geralmente não priorizam o papel do paciente neste processo e nos lembra ainda que vários estudos consideram a adesão pós consulta médica e, em geral, avaliam o cumprimento da prescrição médica como cena fundamental do processo saúde/doença/tratamento<sup>12</sup>.

Quando o foco do estudo é adesão à terapêutica prescrita, os métodos podem ser classificados em dois tipos: diretos e indiretos<sup>33</sup>.

Os métodos diretos fundamentam-se nos ensinamentos de Hipócrates, que já aconselhava suspeitar das informações fornecidas pelos pacientes em relação ao seu tratamento. São baseados em técnicas analíticas que por meio da identificação de metabólitos dos fármacos ou de marcadores químicos, verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência prescrita. Os métodos indiretos incluem entrevistas e a contagem dos quantitativos de medicamentos que o paciente ainda possui em seu poder.

A avaliação do efeito farmacoterapêutico esperado é um método para analisar a adesão ao tratamento, ficando difícil nesse caso estimar se a resposta terapêutica é diretamente proporcional ao tratamento prescrito. Uma das metodologias mais utilizadas para o estudo da adesão à terapêutica é a entrevista estruturada, por sua aplicação acessível e menor custo. Todavia, o maior problema apontado para esse método é a superestimativa da adesão, pois o paciente pode ocultar do entrevistador ou do médico a forma real como ele realizou o seu tratamento<sup>20</sup>.

No caso de métodos qualitativos, são desenvolvidas metodologias que propiciam o estudo de determinados processos em profundidade, como na pesquisa participante, etnografia e entrevistas abertas. Os objetivos do estudo enfocam fatores culturais, psicológicos e sociais e sua influência na utilização de medicamentos. A perspectiva do paciente é uma dos maiores subsídios da abordagem, propiciando a manifestação de fatores complexos até então desconsiderados<sup>8,31</sup>, como nos estudos que identificaram a adesão à terapêutica prescrita como o resultante de um processo de avaliação e aceitação do paciente de sua condição enquanto doente<sup>16,21</sup>.

Motivos julgados sem importância pelo profissional de saúde, muitas vezes são os que realmente determinam a adesão ou não a um determinado tratamento por parte do paciente<sup>31</sup>. Chama especial atenção, a conclusão de um estudo em que a maioria dos pacientes com não-adesão à terapêutica prescrita mencionou para isto apenas poucos motivos<sup>32</sup>.

## CONCLUSÃO

Excetuando-se o quadro em que o paciente não tem acesso ao medicamento, os múltiplos fatores que estão relacionados à adesão dependem da percepção que o paciente possui deste processo, da forma como ele enfrenta a sua doença e os sintomas dela advindos<sup>12</sup>. Os profissionais de saúde só irão conseguir influenciar na adesão à terapêutica medicamentosa, quando atingirem o universo sociocultural do paciente e estabelecerem com este uma comunicação e relacionamentos efetivos.

Para uma adesão efetiva ao tratamento o paciente necessita da oportunidade de expressar suas dificuldades e seu entendimento a respeito de sua doença e do tratamento, há necessidade de que o paciente e os profissionais de saúde tenham uma relação de confiança e sinceridade, o que pode ser alcançado por meio da atenção farmacêutica, pois o paciente ou seu responsável, é objeto e objetivo das investigações e das ações para promover a adesão, neles estão centralizados os fatores que influenciam na adesão à terapêutica medicamentosa, reflexo dos contextos individuais, familiares, culturais, econômicos e sociais.

Entre os pressupostos assumidos para o estudo da adesão, as diferenças mais evidentes encontram-se entre aqueles que focalizam o processo no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente.

Em relação aos fatores relacionados à adesão, a maioria dos estudos focaliza a grande questão que angustia os profissionais de saúde: porque certos pacientes não aderem à terapêutica medicamentosa. Quando o paciente não tem adesão, podemos nos questionar se ele sabe o que é aderir ou se tem consciência da importância da questão.

Devemos ter o bom senso de levar em consideração o papel do paciente ou do responsável por sua saúde no processo saúde/doença/tratamento como um ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que possui valores socioculturais, que produzem uma opinião sobre o uso ou resistência ao uso dos medicamentos.

A não-adesão à terapêutica coloca estes pacientes em uma situação de vulnerabilidade quanto ao seu processo saúde/doença/tratamento, pois ocorre desinteresse por parte do indivíduo em relação a situações de perigo.

No plano social, a vulnerabilidade é avaliada segundo os aspectos de acesso à informação, quantidade de recursos destinados à saúde, acesso e qualidade dos serviços de saúde, nível geral de saúde da população, aspectos sóciopolíticos e culturais de segmentos populacionais específicos, grau de liberdade e expressão, grau de prioridade política e econômica e pelas condições de bem-estar social<sup>34</sup>. Aqui estão representadas as políticas sociais, dentre as quais as políticas de medicamentos e de

assistência farmacêutica do Estado. Pois vulnerável é toda a pessoa que se encontra menos apta a se proteger<sup>35</sup>.

É necessário que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que os conhecimentos estruturais que as tornam vulneráveis ao adoecimento ou que dificultam sua acessibilidade ao tratamento e à adesão terapêutica, sejam de fato modificados.

Esta vulnerabilidade social é fruto de contextos sócio-políticos de opressão e pobreza, onde cidadãos de países em desenvolvimento encontram-se freqüentemente em condição de vulnerabilidade em nome de sua falta de poder político, carência de educação formal, pouca familiaridade com as intervenções médicas, extrema pobreza e ainda necessidade de saúde<sup>36</sup>.

A reflexão sobre o assunto pode ajudar a compreender esse universo complexo, o paciente não está preocupado em desobedecer ou não aderir ao receituário médico, mas sim em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole e liberdade<sup>16</sup>.

O tema da adesão à terapêutica medicamentosa faz jus a uma profunda e continuada reflexão sobre seus significados e “ressignificados” quanto aos atos de prescrição e dispensação e na forma de consumo de medicamentos, por parte dos profissionais de saúde e do paciente<sup>37</sup>.

## REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARNHOORN, F.; ANDRIANSE, H. Search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. *Social Science and Medicine*, v.34, p.291-306, 1992.
2. LIEFOOGHE, R.; MICHIELS, N.; HABIB, S.; MORAN, M. B.; DE MUYNCK, A. Perception and social consequences of tuberculosis: A focus group study of tuberculosis patient in Sialkot, Pakistan. *Social Science and Medicine*, v.41, p.1685-1692, 1995.
3. BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials* v.21, p.156s-163s, 2000.
4. SUMARTOJO, E. When tuberculosis treatment fails: A social behavioral account of patient adherence. *American Review of Respiratory Disease*, v.147, p.1311-1320, 1993.
5. FARMER, P. Social scientists and the new tuberculosis. *Social Science and Medicine*, v.44, p.347-358, 1997.
6. JORDAN, M. S. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: revisão da literatura médica. In PR Teixeira et al. Tá difícil de engolir? Nepaids: São Paulo, 2000.
7. PAULO, L. G. & ZANINI, A. C. Compliance: sobre o encontro paciente/médico. IPEX: São Roque, 1997.
8. NEMES, M. I. B. et al. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
9. CHAISSON, R. Manuseio de infecções oportunistas. II Brazil Johns Hopkins University Conference on HIV/AIDS. Disponível em <<http://www.hopkins-aids.edu/>>, 1998.
10. LEITE, S. N. Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
11. MENEGONI, L. Conception of tuberculosis ant therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, v.10, p.181-401, 1996.
12. LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.8, n.3, p.1-11, 2003.
13. SIMIONI, A. M. C.; LEFÈVRE, F.; PEREIRA BICUDO, I. M. T. Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP. [Série Monográfica nº 2, Eixo – Promoção de Saúde], 1997.
14. MANZO, A. J. Manual para la preparación de monografías: una guía para presentar informes y tesis. Buenos Aires: Humanitas; 1971.
15. MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4ed. São Paulo: Atlas, 1999.
16. CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine* v.20, n.1, p.29-37, 1985.
17. TROSTLE, J. A. Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, v.27, p.1299-1308, 1988.
18. BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Artes Médicas: São Paulo, 1992.
19. JONES, J. G. Compliance with pediatric therapy. *Clinical Pediatrics*, n.4, p.2.262-2.265, 1983.
20. MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, pp. 171-179. In LLC Castro (org.). Fundamentos de farmacoepidemiologia. AG Editora, [s.l.], 2000.
21. DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family Practice* v.14, n.5, p.369-375, 1997.
22. KIDD K.E.; ALTMAN D. G. Adherence in social context. *Controlled Clinical Trials*, v.21, p.184S-187S, 2000.
23. HAAIJER-RUSKAMP, F. M.; HEMMINKI, E. The social aspects of drug use. In MNG Dukes. Drug utilization studies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.
24. GONÇALVES H.; COSTA J. S. D.; MENEZES A. M. B.; KNAUTH D.; LEAL O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública* v.15 n.4 p.1-14, 1999.
25. HULKA, B. S.; KUPPER, L. L.; CASSEL, J. C; BABINEAU, R. Medication use and misuse: Physician-patient discrepancies. *Journal of Chronic Disease*, v.28, p.7-21, 1975.

26. SOBRAVIME. O que é o uso racional de medicamentos? Sobravime: São Paulo, 2001.
27. BRAND, F. N.; SMITH, R. T.; BRAND, P. A. Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. *Public Health Reports* v.92, p.72-78, 1977.
28. PESSOA, J. H. L.; BALIKJAN, P.; FRITTELLA, S.; NASCIMENTO, R.; RIBEIRO, L. Não-adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. *Revista Paulista de Pediatria*, v.14, n.2, p.73-77, 1996.
29. SILVESTRE-BUSTO, C. et al. Multi-centre study of childrens's adherence to antibiotic treatment in primary care. *Atención Primaria*, v.27, p.554-558, 2001.
30. LEFÈVRE, F. O Medicamento como Mercadoria Simbólica. São Paulo: Cortez, 1991.
31. TEIXEIRA, P. R.; PAIVA V.; SHIMMA, E. Tá difícil de engolir? Nepais, São Paulo, 2000.
32. AL-SHAMMARI, S. A.; KHOJA, T; AL-YAMANI, M. J. M. S. Compliance with short-term antibiotic therapy among patients attending primary health centers in Riyadh, Saudi Arabia. *J.Royal Soc. Health*, n.8, p.231-234, 1995.
33. CRAMER, J. A.; MATTSON, R. H.; PREVEY, M. L.; SÉLLER, R. D.; OUELLETTE, V. L. How often is medication taken as prescribed? *JAMA* v.261, n.22, p.:3.273-3.277, 1989.
34. AYRES, J. R. C. M. Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers, *Interface-Comunic, Saúde, Educ* v.7, p.113-28, 2003.
35. DINIZ, D.; CORRÊA, M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.3, 2001.
36. GLANTZ, L.; ANNAS G. J.; GRODIN, M. A. Research in developing countries: Taking "benefit" seriously. *Hastings Center Report*, v.26, p.38-42, 1998.
37. LUZ, M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Campus: Rio de Janeiro, 1988.