



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CLAUDETE STABILE RIBEIRO ROMANISZEN

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ADEÇÃO A
TRATAMENTOS DE SAÚDE:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA REALIZADA NO
BRASIL**

CLAUDETE STABILE RIBEIRO ROMANISZEN

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ADEÇÃO A
TRATAMENTOS DE SAÚDE:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA REALIZADA NO
BRASIL**

Dissertação apresentada para
cumprimento dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em Análise
do Comportamento.

Orientadora: Prof^a. Maria Rita Zoéga
Soares.

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R758e Romaniszen, Claudete Stabile Ribeiro.

Estratégias de intervenção para adesão a tratamentos de saúde : análise da produção científica realizada no Brasil / Claudete Stabile Ribeiro Romaniszen. – Londrina, 2013.

66 f. : il.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Comportamento – Análise – Teses. 2. Adesão – Teses. 3. Pacientes – Cuidado e tratamento – Teses. 4. Cooperação (Psicologia) – Teses. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 159.9.019.43

CLAUDETE STABILE RIBEIRO ROMANISZEN

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO A
TRATAMENTOS DE SAÚDE:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA REALIZADA NO BRASIL**

Dissertação apresentada para
cumprimento dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em Análise
do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Rita Zoega
Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Elizabete de Fátima P. A. Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 27 de setembro de 2013.

Dedico este trabalho ao Luiz e ao
Frederico:

Muito obrigada por:
tudo, tudo , tudo, tudo, tudo, tudo, tudo,
tudo,tudo tudo, tudo, tudo, tudo, tudo,
tudo, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo ...

AGRADECIMENTOS

A Deus: “Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente...”.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Rita, por acreditar e me apoiar na proposta deste trabalho e pela compreensão nos momentos difíceis ao longo desta trajetória.

Aos professores do Mestrado, pela contribuição para meu enriquecimento intelectual profissional e pessoal: “... Principalmente por poder voltar, a todos os lugares aonde já cheguei; pois lá deixei um prato de comida, um abraço amigo, um canto pra dormir e sonhar...”.

Aos colegas da turma de Mestrado em Análise do Comportamento, em especial à Lays Belineli e à Mariana Chagas, que tantas vezes me constrangeram pela inteligência, capacidade e companheirismo: “... E é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho, por mais que pense estar...”

Aos meus colegas de trabalho, em especial à Renata, pelo apoio nos piores e melhores momentos desta etapa: “... E aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente...”

A toda minha família (aos que aqui se encontram e aos que já partiram) e aos meus amigos, pois colaboraram indiretamente neste trabalho: “... Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas...”

*Frases da música “Caminhos do Coração” (Gonzaguinha)

“ We shall not cease from exploration
And the end of all our exploring
Will be to arrive where we started
And know the place for the first time.”*
T. S. Eliot

*“Não desistiremos de explorar/E o fim de toda nossa exploração/Será chegar aonde começamos/E conhecer o lugar pela primeira vez.”

ROMANISZEN, Claudete Stabile Ribeiro. **Estratégias de intervenção para adesão a tratamentos de saúde**: análise da produção científica realizada no Brasil. 2013. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

A adesão (AT) pode ser definida como o grau em que o comportamento do doente (tomar medicação e cumprir outras instruções médicas) coincide com a prescrição clínica e tem sido apontada como fator fundamental para o resultado do tratamento. O presente trabalho é composto por um artigo, que será submetido à revista *Psicologia & Sociedade*, e um capítulo de livro. O objetivo do primeiro foi identificar e caracterizar a produção e publicação científica sobre estratégias práticas para a AT no Brasil. Optou-se por realizar a busca nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se o descritor “cooperação do paciente” encontrado no sistema Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram encontrados 20 artigos e a análise dos perfis dos autores mostra que a maioria dos profissionais tem graduação em Medicina ou Enfermagem e possui doutorado e pós-doutorado. Os artigos foram publicados no período compreendido entre 1999 e 2012 e apresentam intervenções em tratamentos de Anemia, Asma, Câncer de mama, Diabetes, Doença de Graves Basedow, Epilepsia, Glaucoma, HIV/AIDS, Obesidade Mórbida, Patologias Odontológicas, Sequelas de Violência sexual, Síndrome Metabólica e Tuberculose. A maioria das intervenções foi realizada em serviços de tratamento ambulatorial, Unidades de Saúde e Centros de Referência. Os artigos foram publicados em revistas de áreas clínicas específicas e incluem tanto estratégias para AT medicamentoso como a outros tratamentos e programas de saúde. As estratégias identificadas nos estudos incluem a aplicação de questionários e testes de conhecimento, apoio familiar, capacitação da equipe, Directly Observed Treatment Short-course (DOTS), equipe multidisciplinar, fornecimento de medicamentos, de vale transporte e de cestas básicas, programas educacionais individuais e em grupo, simplificação ou modificação do tratamento, entre outros. O objetivo do segundo estudo foi agrupar os referidos artigos segundo a patologia tratada, além de descrever e analisar as estratégias implementadas. Os dados demonstraram que é possível melhorar a AT dos pacientes aos tratamentos de saúde e que é importante identificarem-se estudos sobre intervenções no Brasil que possam subsidiar o planejamento de ações e contribuir para a melhora nos resultados na saúde.

Palavras-chave: Adesão. Cooperação do paciente. Estudos de intervenção. Revisão.

ROMANISZEN, Claudete Stabile Ribeiro. **Intervention strategies for adherence to health treatments:** analysis of scientific production in Brazil. 2013. Dissertation (Mestrado em Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina. Londrina.

ABSTRACT

Adherence can be defined as the degree to which the behavior of the patient (taking medication prescriptions and complying others) coincides with the clinical instructions and has been identified as a key factor in the treatment outcome. The present work consists of an article to be submitted to the Psychology & Society journal, and a book chapter. The aim of the first is to identify and characterize the scientific production on practical strategies for adherence to treatment in Brazil. We chose to use the available databases on the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), using the descriptor "cooperação do paciente" found in Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). In this survey 20 articles have been found. The authors profiles were analyzed which demonstrated that most professionals are graduated in Medicine or Nursing and held doctoral and post-doctoral titles. The articles were published in the period between 1999 and 2012 and presented interventions in treatment of Anemia, Asthma, Breast Cancer, Diabetes, Graves Basedow disease, Epilepsy, Glaucoma, HIV / AIDS, Morbid Obesity, Dental Diseases, Sequelae of Sexual Violence, Metabolic Syndrome and Tuberculosis. Most interventions were performed in outpatient treatment services, Health Care Units and Reference Centers and were published in journals of the specific clinical areas, and included both specific strategies for drug treatment as for other treatments and health programs adherence. The strategies identified in the study include questionnaires and knowledge tests, family support, staff training, Directly Observed Treatment Short-course (DOTS), multidisciplinary staff, medication, transportation vouchers and food baskets supply, individual and group educational programs, treatment simplification or modification, among others. The aim of the second study is to group the referred articles according to the pathology treated, besides describing and analyzing the implemented strategies. The results show that it is possible to improve patient adherence and that it is important to identify intervention studies in Brazil, as they can support the planning of actions that contribute to the improvement in health outcomes.

Key words: Adherence. Patient Compliance. Intervention Studies. Review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos 20 artigos selecionados de acordo com o ano de publicação	17
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos publicados com o descritor “cooperação do paciente.....	15
Tabela 2 - Graduação/formação dos dois primeiros autores	17
Tabela 3 - Titulação dos autores.....	18
Tabela 4 - Patologias referentes às intervenções.....	20
Tabela 5 - Periódicos	20
Tabela 6 - Local de realização da pesquisa.....	22

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO A TRATAMENTOS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA.....	12
MÉTODO.....	14
RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25
ADESÃO AO TRATAMENTO: DESCRIÇÃO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS NO BRASIL E ANÁLISE SEGUNDO DIMENSÕES PROPOSTAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	28
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES	61
APÊNDICE A – Ficha de Avaliação dos Artigos	62

APRESENTAÇÃO

Atuando como Fisioterapeuta, desde 1986, tanto em serviços privados como públicos, sempre me deparei com dificuldades na adesão de pacientes ao tratamento. Intuitivamente, percebo que um trabalho integrado com outros profissionais da área leva a um melhor resultado neste aspecto. O campo da saúde é composto por uma diversidade de disciplinas que, por um lado desafiam os profissionais na articulação desses diferentes conhecimentos, por outro, disponibilizam recursos para alcançar o resultado esperado. Neste sentido, optei pelo Mestrado em Análise do Comportamento, por entender que um maior conhecimento na área do comportamento humano poderia contribuir para uma melhor comunicação com os pacientes, visando a um resultado mais favorável para a adesão ao tratamento.

Esta dissertação é fruto de pesquisa que buscou conhecer as estratégias práticas que os profissionais de serviços brasileiros têm utilizado para enfrentar o problema da adesão e os resultados alcançados. O artigo apresenta uma revisão bibliográfica, em que os estudos encontrados foram caracterizados de acordo com o enfoque principal dentro do tema, perfil e procedência dos autores, periódico e ano de publicação, instituição e tipo de serviço onde se desenvolveu o estudo, objetivos, participantes, patologia, estratégias utilizadas, resultados e conclusões. O trabalho seguinte, em forma de capítulo de livro, apresenta a descrição de cada intervenção, suas respectivas estratégias, método de avaliação, resultados obtidos e análise das dimensões alcançadas em cada uma.

Espero que este estudo contribua para o conhecimento de intervenções efetivas e inspire profissionais da área da saúde na elaboração e implementação de estratégias para fomentar a adesão aos tratamentos de saúde.

ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO A TRATAMENTOS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

STRATEGIES FOR ADHERENCE TO TREATMENTS: ANALYSIS OF BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION

Resumo

A adesão ao tratamento (AT) pode ser definida como o grau em que o comportamento do doente coincide com a prescrição clínica. Este estudo tem o objetivo de identificar e caracterizar a produção científica sobre estratégias práticas para a AT no Brasil. Foram encontrados 20 artigos referentes a Anemia, Asma, Câncer de mama, Diabetes, Doença de Graves Basedow, DOTS – *Directly Observed Therapy Short-Course*, Epilepsia, Glaucoma, HIV/AIDS, Obesidade Mórbida, Patologias Odontológicas, Sequelas de Violência sexual, Síndrome Metabólica e Tuberculose. Algumas estratégias identificadas estão relacionadas à equipe multidisciplinar, tratamento em grupo, capacitação da equipe, fornecimento de medicamentos e incentivos materiais, entre outros. A produção científica sobre estratégias práticas para a AT no Brasil é incipiente, mas deve-se buscar conhecê-la visando à melhora nos resultados dos tratamentos de saúde.

Palavras-chave: Adesão. Cooperação do paciente. Estudos de intervenção. Revisão.

Abstract

Adherence to treatment (AT) can be defined as the degree to which the patient's behavior coincides with clinical prescription. This study aims to identify and characterize the scientific production on practical strategies for adherence to treatment in Brazil. In this survey 20 articles related to Anemia, Asthma, Breast Cancer, Diabetes, Graves Basedow disease, Epilepsy, Glaucoma, HIV / AIDS, Morbid Obesity, Dental Diseases, Sequelae of Sexual Violence, Metabolic Syndrome and Tuberculosis have been found. Strategies such as multidisciplinary team, group treatment, staff training, *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS), providing medicines and material incentives, among others, have been identified. The scientific literature on practical strategies for adherence is incipient in Brazil, but one must seek to know it in order to improve the results of health care treatments.

Keywords: Adherence. Patient compliance. Intervention studies. Review.

O conceito de Adesão ao tratamento (AT) começou a ser desenvolvido por Haynes (1979) e foi corroborado pela World Health Organization (WHO,2003, p.3) como “o 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 clínica”.No entanto, Hipócrates (IV AC) já havia feito alusão a não adesão ao tratamento, alertando que os pacientes muitas vezes mentiam quanto à tomada dos medicamentos (Haynes,1979).

A partir do século XX, surgiram novas terapêuticas para muitas patologias, o que revelou problemas na AT, sensibilizando os serviços de saúde para essa temática. Muitos fatores são apontados para a não adesão, tais como efeitos adversos do tratamento, instruções insuficientes sobre o mesmo, má relação entre profissional e paciente, memória fraca, discordância com a necessidade de tratamento ou falta de recursos materiais (Haynes, Yao, Degani, Kripalani, Garg, & McDonald, 2005).

Uma das maiores dificuldades de profissionais da saúde é fazer com que pacientes apresentem comportamentos de adesão em relação aos tratamentos prescritos. A AT tem sido amplamente discutida na literatura como tendo um papel fundamental no resultado do tratamento. Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de AT entre os pacientes que sofrem de doenças crônicas é de apenas 50% e que um terço desses falhe no seguimento às recomendações dadas pelos profissionais de saúde (WHO, 2003).

Klein e Gonçalves (2005) afirmam que a AT não se limita a tomar a medicação adequada, mas também apresentar outros comportamentos relacionados à saúde, que incluem desde o comparecer às consultas e aos procedimentos de imunização até seguir recomendações dadas por diversos profissionais da equipe, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros. Entre as recomendações mais comuns estão normas de higiene, dieta saudável, atividade física, autogestão de doenças crônicas (como por exemplo, asma e diabetes), abandono do tabagismo e alcoolismo, utilização de métodos de contracepção e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com estudo realizado por Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto e Silva (2011), os comportamentos relacionados a não adesão ocorrem em pacientes de todas as idades, classes sociais, grupos étnicos, assintomáticos e sintomáticos, leve ou gravemente doentes e podem comprometer todos os tipos de

tratamento, desde os preventivos até os terapêuticos. Afirmam, ainda, que a não adesão pode ser intencional, quando o paciente tem o conhecimento necessário à realização da conduta, e não intencional, quando o mesmo não compreende ou não apresenta condições de cumprir as prescrições.

Um dos enfoques para a análise da AT é o relatório *Adherence to long term therapies: evidence for action*, da World Health Organization (2003), que propõe o estudo da mesma como um fenômeno multidimensional, determinado por vários conjuntos de fatores sistematizados e agrupados em cinco dimensões. A primeira dimensão considera aspectos sociais e econômicos, a segunda aspectos do sistema e dos profissionais de saúde, a terceira as características da doença, a quarta as particularidades de cada tratamento dos tratamentos e a quinta, os fatores específicos do paciente. Afirma, ainda, que a compreensão de cada um desses fatores é essencial na busca da solução dos problemas relacionados a essa condição. Defende o compromisso com uma abordagem multidisciplinar para fazer progressos nesta área e uma ação coordenada dos pesquisadores, profissionais de saúde e gestores de planejamento de políticas públicas.

Bugalho e Carneiro (2004) defendem que a abordagem tradicional centrada apenas no comportamento dos doentes está ultrapassada e que o comportamento dos profissionais de saúde deve ser alvo de estudo, procurando identificar quais os fatores que podem melhorar ou piorar a AT dos pacientes. Assim, a formação dos profissionais constitui um passo fundamental para solução deste problema.

Neste contexto, o objetivo é o de identificar e caracterizar a produção e publicação científica sobre estratégias práticas para a AT no Brasil, levando em conta o perfil dos autores, o ano e local de publicação dos estudos, as patologias tratadas, as intervenções implementadas e os métodos utilizados para a avaliação dos resultados.

MÉTODO

Para encontrar os termos exatos de indexação dos artigos relacionados ao tema, optou-se pela escolha de um descritor (ou unitermo) do sistema Descritores em Ciências da Saúde /DeCS (<http://decs.bvs.br>, recuperado em 07/09/2012). Foram apresentados 27 descritores, sendo que apenas três

estavam relacionados diretamente ao tema, sendo esses: a) “cooperação do paciente”, definido pelo DeCS como cooperação voluntária do paciente em seguir um esquema prescrito pelo médico; b) “adesão a diretivas antecipadas”, definido como complacência do pessoal da saúde ou procuração com as cláusulas de Diretivas Antecipadas (ordens quanto à conduta), quando pacientes são incapazes de dirigir seus próprios cuidados; e c) “Adesão à medicação”, definido como cooperação voluntária do paciente na tomada de medicamentos ou remédios, conforme prescrito, incluindo a duração, a dosagem e a frequência. Como a pesquisa não seria restrita ao tratamento medicamentoso nem a um tipo determinado de diretriz, optou-se pelo descritor “cooperação do paciente”, por julgá-lo mais abrangente.

Uma vez identificado o descritor, acessou-se a página principal da BVS (<http://www.bireme.br>, recuperado em 16/01/2013) e foram selecionados os seguintes filtros: Texto completo disponível, Brasil como país de referência, Idioma Português e Documento do tipo artigo, não tendo sido determinado período específico. Foram apresentadas 261 referências bibliográficas, publicadas no período de 1999 a 2012, as quais foram submetidas à análise preliminar.

A pesquisa resultou em artigos indexados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Enfermagem-Brasil (BDENF), Odontologia-Brasil (BBO) e Coleção SUS – Brasil. Foram descartadas 46 referências por se encontrarem duplicadas, constando tanto do LILACS quanto do MEDLINE, restando 215 títulos. Após uma leitura dos resumos, foram descartados 51 artigos por não terem relação com o tema proposto, tendo restado 164 títulos para a análise.

Após a leitura cuidadosa dos 164 textos completos, foi realizada uma análise de conteúdo e concluiu-se que alguns estudos apresentavam similaridade entre si e que poderiam ser agrupados de acordo com características na abordagem do tema. Para esse fim, optou-se por criar seis categorias temáticas: a) determinantes e causas da adesão e não adesão em um serviço; b) avaliação da adesão de determinado grupo; c) artigos teóricos enfocando a importância da adesão aos programas; d) artigos de revisão; e) avaliação da adesão da equipe a protocolos e diretrizes; f) descrição de estratégias práticas de intervenção e

avaliação de seus resultados. A Tabela 1 sintetiza os artigos encontrados através do descritor “cooperação do paciente”, agrupados nas seis categorias.

Tabela 1 - Artigos encontrados na BVS com o descritor “cooperação do paciente”

Classificação por categoria	Quantidade	Porcentagem %
Determinantes da adesão	71	43,30%
Avaliação da adesão	44	26,80%
Estratégias de intervenção	20	12,20%
Artigos teóricos sobre adesão	14	8,50%
Artigos de revisão	12	7,30%
Adesão da equipe a protocolos	3	1,80%
Total	164	100%

Nota: Síntese dos temas abordados nos 164 trabalhos que tratam da adesão a tratamentos de saúde.

Verifica-se na Tabela 1 que a maior parte dos trabalhos trata dos determinantes e causas da AT, ou ainda, da avaliação da adesão a diversos tipos de tratamento. Dos 164 trabalhos que tratam da AT, apenas 20 apresentam estratégias práticas. (Barreto, Mendes & Thuler, 2012; Bergel & Gouveia, 2005; Busnello, Bodanese, Pellanda, & Santos, 2011; Cantalice Filho, 2009; Dalcin *et al.* 2011; Domingues, Góes, Botelho & Couto, 2009; Fecho & Malerbi, 2004; Fontes *et al.* 2011; Freitas, Paz, Casella & Marques-Dias, 2007; Gazetta, Vendramini, Ruffino-Netto, Oliveira & Villa, 2007; Lima, Knobel, Camargo, Tomimori & Medeiros-Neto, 2005; Lopes, Ferreira & Batista Filho, 1999; Maciel *et al.* 2008; Marcon, Gus & Neumann, 2011; Mucci, Galhardo, Belfort & Mello, 2002; Oshikata *et al.* 2011; Persico & Figueiredo, 2008; Teixeira & Zanetti, 2006; Terra & Bertolozzi, 2008; Torres, Franco, Stradioto, Hortale & Schall, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda que as outras pesquisas sejam fundamentais para se delinear estratégias que promovam a AT, os dados indicam que poucos autores têm se dedicado a desenvolvê-las e testá-las. Apesar dos avanços na área da saúde neste período, o estudo sobre a eficácia das estratégias para auxiliar o paciente a aderir ao tratamento permanece incipiente e não avança proporcionalmente às pesquisas sobre novos medicamentos e tratamentos (Haynes *et al.*, 2005).

Após agrupá-los nas respectivas categorias, foram selecionados para análise os 20 artigos sobre estratégias práticas de intervenção. Para tanto, foi elaborado uma ficha de avaliação contendo os seguintes tópicos: título do periódico, ano de publicação, volume, páginas, profissão e titulação dos autores, cidade/estado e instituição onde se desenvolveu o estudo, palavras chave ou descritores, objetivos, participantes, patologia, intervenção, resultado e conclusão. Após leitura os dados foram organizados de acordo com os itens da ficha de avaliação.

Com relação ao ano de publicação, a figura 1 apresenta a frequência de artigos no período compreendido entre 1999 e 2012.

Figura 1 - Artigos sobre estratégias práticas para AT selecionados na BVS de acordo com o ano de publicação.



Figura 1. Número de publicações entre 1999 e 2012.

Conforme aponta a Figura 1, embora não tenha sido estabelecido um período para a seleção, os artigos encontrados compreendem os últimos 13 anos. Houve um pequeno aumento no número de publicações referentes ao tema nos últimos cinco anos (12 estudos) sendo que seis desses tratam da adesão a programas implementados pelo Ministério da Saúde para tratamento de asma e tuberculose.

Entre os 20 artigos selecionados, dois trabalhos tinham um único autor e 18 tinham dois ou mais. Após análise, conclui-se que os autores de cada artigo são de uma mesma profissão ou, no máximo, de duas categorias profissionais

distintas. Assim, decidiu-se pela análise do primeiro e segundo autor para se traçar o perfil do grupo, totalizando 38 profissionais. A Tabela 2 identifica a graduação/formação destes autores.

Tabela 2 - Graduação/formação do primeiro e segundo autor de cada artigo

Graduação	Quantidade
Medicina	17
Enfermagem	10
Psicologia	4
Odontologia	3
Nutrição	1
Educação física	1
Tecnólogo	1
Psicologia e Educação Física	1

Nota: Perfil dos 38 autores segundo a graduação/formação.

Vários programas têm demonstrado bons resultados utilizando abordagens da equipe multidisciplinar e enfatizando a importância de profissionais da saúde estarem preparados para resolver problemas na AT (WHO, 2003). Porém, apesar destes outros profissionais participarem das intervenções, médicos e enfermeiros representam a maioria dos autores nos estudos brasileiros, totalizando 28 (70%) dos 38 autores selecionados para análise (Tabela 2). Sendo assim, seria relevante que outros profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros, desenvolvessem pesquisas na área, apresentando diferentes enfoques sobre o tratamento do paciente, e que os resultados estivessem mais acessíveis aos profissionais da saúde.

A Tabela 3 apresenta a titulação dos autores que possuem graduação (ensino superior).

Tabela 3 - Titulação dos autores

Título	Quantidade
Especialização	8
Mestrado	6
Doutorado	16
Pós Doutorado (PHD)	7

Nota: Perfil dos autores segundo a titulação.

Como um autor possui apenas formação técnica, a tabela 3 demonstra a titulação dos 37 autores com graduação. Constata-se que todos

possuem pós-graduação, variando entre Especialização e Pós-Doutorado. Desta forma, ressalta-se a importância dos contextos de pesquisa que fomentem a elaboração desses trabalhos, conforme destaca Ohira (1998):

Concluindo, a pesquisa encontra na Universidade, através das atividades de ensino, pesquisa e extensão, o ambiente propício para seu desenvolvimento. A produção do conhecimento científico está intimamente associada à pesquisa, a qual deve seguir princípios metodológicos para que a validade de seus resultados seja assegurada. Dos resultados das pesquisas resultam produtos materiais (equipamentos, componentes, drogas), tecnologias (meios de produção, técnicas de ensino, técnicas de preservação de energia) e textos, esta última considerada a forma preferida pelo cientista/pesquisador para se comunicar com os outros cientistas e com pessoas da comunidade. (p.75)

Com relação à procedência, 27 autores (71%) são da região Sudeste e, desses, 21(55%) do estado de São Paulo, sendo oito da Universidade de São Paulo (USP), quatro da USP de Ribeirão Preto (USPRP), dois da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), dois da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP), um da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), um da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), um da Universidade Metropolitana de Santos, um do Instituto de Ensino Superior de Taquaritinga, e um ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Ubatuba. Três autores são do estado de Minas Gerais, sendo dois da Universidade Federal de Minas Gerais e um da Secretaria Municipal de Saúde. O estado do Espírito Santo contribui com dois autores, ligados à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e o Rio de Janeiro com um autor, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A região Nordeste contribui com seis autores (15,8%), sendo quatro do estado de Pernambuco (dois da Universidade de Pernambuco (UPE) e dois da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)) e dois do estado do Rio Grande do Norte (um da Secretaria Estadual de Saúde de Natal e um do Instituto de Medicina Integral (IMIP) de Natal).

A região sul contou com cinco autores (13%), todos do Rio Grande do Sul, sendo três da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), um da Pontifícia Universidade Católica (PUCRS) e um do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre.

Observa-se que, embora ainda fortemente concentrada na região sudeste, particularmente no estado de São Paulo, a participação da produção científica de pesquisadores de outros estados contribui significativamente, especialmente de estados da região nordeste e sul. Cada região apresenta características próprias, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre estratégias de adesão em diversos locais, para que se possam revelar semelhanças e particularidades.

Como observado no levantamento apresentado, 33 autores (86,84%) têm relação ou estão inseridos no ambiente universitário. Assim, a ligação entre as unidades de tratamento de saúde existentes às universidades locais poderia favorecer tanto a produção científica quanto a aplicação dos conhecimentos desenvolvidos em benefício da população. Pode-se inferir que as universidades que se destacam como polos de produção científica no Brasil congregam a maioria dos autores dos artigos selecionados.

Segundo a WHO (2003), o resultado do tratamento é determinado tanto pela eficácia da terapêutica quanto pela AT, sendo a não cooperação um problema em todas as áreas. Os artigos s avaliam estratégias em 13 diferentes patologias, conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4 - Patologias referentes às intervenções práticas para AT encontradas na BVS

Patologias	Quantidade	%
Tuberculose	5	25%
Diabetes Mellitus	3	15%
Asma	2	10%
AIDS/HIV	1	5,0%
Anemia	1	5,0%
Câncer de mama	1	5,0%
Doença de Graves Basedow	1	5,0%
Epilepsia	1	5,0%
Glaucoma	1	5,0%
Obesidade Mórbida	1	5,0%
Síndrome Metabólica	1	5,0%
Patologias odontológicas	1	5,0%
Sequelas de Violência sexual	1	5,0%
Total	20	100%

Nota: Patologias abordadas nos 20 artigos selecionados.

Apesar de não ser objetivo deste estudo avaliar as estratégias de adesão em tratamentos específicos, por questões didáticas, a tabela 4 apresenta os estudos agrupados nas 13 diferentes patologias.

Quanto aos periódicos, encontrou-se a maior parte dos trabalhos publicados em revistas de áreas clínicas específicas. A Tabela 5 apresenta os periódicos onde foram publicados os artigos.

Tabela 5 - Periódicos nos quais foram publicados os artigos brasileiros encontrados na BVS

Periódicos	Quantidade	Porcentagem em %
Jornal Bras. Pneumologia	4	20%
Arq. Bras. Endocrinol. Metab	3	15%
Cad. Saúde Pública	2	10%
Rev. Saúde Pública	2	10%
Arquivos Brasileiros De Cardiologia	1	5,0%
Arq. Bras. de Oftalmologia	1	5,0%
Arquivos de Neuropsiquiatria	1	5,0%
Jornal de Pediatria	1	5,0%
Odontolo. Clin. Cient	1	5,0%
Rev. Bras. Enfermagem	1	5,0%
Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia	1	5,0%
Rev. Latino-Am. Enfermagem	1	5,0%
Rev. SPAGESP	1	5,0%
Total	20	100%

Nota: Periódicos referentes aos 20 artigos sobre estratégias de adesão.

Verifica-se que 11 artigos foram publicados em revistas das áreas de Medicina, dois de Enfermagem, um de Odontologia, um de Psicanálise e apenas quatro artigos foram publicados nas revistas de saúde pública e/ou saúde coletiva.(Tabela 5). Os problemas de adesão são comuns nas mais diversas patologias e regimes terapêuticos e formas de intervenções semelhantes podem ser aplicadas nas mais diversas áreas de tratamento. Assim, as soluções não podem alcançar apenas o público específico interessado nesta ou naquela patologia (Haynes et al., 2005). Há necessidade, portanto, de maior produção científica referente ao assunto e de divulgação em revistas de acesso aos profissionais de saúde como um todo.

Além disso, cada vez mais os contextos clínicos contam com uma diversidade de profissionais além de médicos e enfermeiros. Fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, biomédicos, psicólogos, educadores físicos,

entre outros, integram os grupos de atendimento. A atuação de equipes multiprofissionais permite que esses busquem em conjunto um melhor resultado para o paciente (WHO, 2003). Dos estudos revisados, 12 trabalham com equipes multidisciplinares; no entanto, sua publicação em revistas específicas da patologia ou classe profissional pode restringir o acesso a essas informações aos profissionais de outras áreas.

A análise do conteúdo dos 20 artigos selecionados identifica que 12 buscam a adesão a tratamentos medicamentosos, sendo que dois destes associados ao acompanhamento psicológico, dois especificamente a atividade física, um a acompanhamento preventivo, um ao tratamento odontológico e quatro à dieta sendo dois destes associados à atividade física e acompanhamento psicológico. Haynes et al. (2005) relatam que a maioria dos estudos selecionados em sua revisão bibliográfica constava de menos de 50 pacientes por grupo e defendem a realização de estudos com mais de 50 pacientes por serem mais substanciais, podendo ser aplicados de forma mais abrangente. Dos estudos brasileiros, 17 apresentaram o número de indivíduos avaliados, variando entre 14 e 3608 pacientes, sendo que apenas quatro foram realizados com menos de 50 pacientes.

Segundo Dias et al. (2011), os métodos para avaliar a adesão podem ser agrupados em diretos ou indiretos. Os métodos diretos constam das avaliações séricas que comprovem a presença da medicação, porém são muito dispendiosos e menos aplicados na prática, já que se restringem apenas a tratamentos medicamentosos. Os métodos indiretos são mais simples e de menor custo, sendo estes os dados do sistema do serviço de saúde, questionários respondidos pelos pacientes, os relatos do profissional de saúde, gráficos e tabelas preenchidas pelo paciente, contagem dos medicamentos utilizados e exames clínicos. Nos estudos selecionados as avaliações dos resultados das intervenções foram realizadas por meio de métodos indiretos com apresentação de resultados quantitativos em 17 deles. Alguns utilizaram mais de uma fonte de informação sendo que dez artigos coletaram dados por meio do sistema de informação e registros do serviço; em sete artigos foram utilizados questionários, tabelas, entrevistas, relatos dos pacientes e testes de conhecimento; em três artigos foram realizados exames físicos e laboratoriais demonstrando a melhora clínica; em um estudo foi analisada a frequência de comparecimento ao serviço para realização de exames ou tratamento; e em dois artigos foram considerados os relatos dos profissionais da equipe.

Buscou-se considerar como intervenção apenas os procedimentos citados como parte da estratégia para aumento da AT. Das vinte intervenções descritas, apenas uma (Lima, Knobel, Camargo, Tomimori, & Medeiros-Neto, 2005) não foi considerada significativa para o aumento da AT.

Quanto ao local de realização das intervenções, percebe-se que a maioria dos estudos foi realizada em Ambulatórios, Unidades de Saúde e Centros de Referência. A Tabela 6 apresenta os locais de realização dos tratamentos.

Tabela 6 - Local de realização da pesquisa dos 20 artigos brasileiros selecionados

Local de pesquisa	Quantidade
Ambulatório	8
Unidades de saúde	4
Centro de Referência/Centro de saúde	3
Unidade de Internação	2
Associação de pacientes	1
Clínica odontológica	1
Cooperativa médica	1
Total	20

Nota: Serviços de saúde onde foram realizadas as intervenções.

Constata-se que a maioria dos estudos foram realizados fora do contexto hospitalar (Tabela 6), confirmando a dificuldade na AT a tratamentos longos. O local e o tipo de intervenção variam de acordo com a natureza do tratamento, e a maioria das patologias abordadas, como Tuberculose, Diabetes e Asma, requerem tratamentos e acompanhamentos ambulatoriais de longo prazo. Klein e Gonçalves (2005) defendem que a dificuldade dos pacientes em aderir ao tratamento está diretamente relacionada à duração, à complexidade e aos efeitos colaterais.

As estratégias encontradas nos estudos brasileiros apresentam semelhança com as de outros estudos de revisão sobre o tema. Haynes et al.(2005) optam por resumi-las em 12 temas ou grupos, a saber: instruções para os pacientes(material para aprendizagem verbal, escrita, visual), aconselhamento sobre a doença e o tratamento, monitorização/seguimento por telefone ou computador, facilitação do acesso do paciente ao tratamento, automonitorização do estado clínico, lembretes associando o tratamento a hábitos diários, kits com as doses de medicação e gráficos para a anotação da conduta, reforço ou recompensa de acordo com a adesão,mudança na forma da medicação ou do tratamento, intervenção nas

crises, *Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS-* tratamento supervisionado por profissionais de saúde, membros da família ou da comunidade), serviços de atenção farmacêutica e acompanhamento psicológico.

Em outro trabalho de revisão, Bugalho e Carneiro (2004) dividem as intervenções em educacionais e comportamentais. As educacionais se referem à promoção do conhecimento acerca da medicação e/ou doença e podem incluir o fornecimento de material escrito, audiovisual ou oral, em regime individual ou em grupo. As intervenções comportamentais são consideradas mais complexas e muitas vezes estão associadas às anteriores, buscando incorporar na rotina diária maneiras de adaptar e facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos. Abordam componentes como o aumento da comunicação e aconselhamento, adequação e simplificação do tratamento, participação ativa dos doentes através da automonitorização, sistemas de alertas ou lembretes utilizando recursos tecnológicos, incentivos ou recompensas. Os autores atestam que as medidas educativas são simples e vitais em qualquer intervenção, no entanto, têm menor eficácia quando utilizadas isoladamente. As estratégias encontradas no estudo de revisão realizado por Bugalho e Carneiro (2004) e na revisão de Haynes (2005) foram também encontradas nos estudos brasileiros, com exceção dos *Kits* com doses diárias dos medicamentos, encontrada apenas no estudo de Haynes et al. (2005),

O presente estudo incluiu tanto a AT medicamentoso como outros tratamentos e programas de saúde sendo que a maioria conta com trabalho em equipe multidisciplinar, em tratamento individual ou em grupo, podendo contar com profissionais como educador físico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, entre outros, utilizando tanto as estratégias educacionais como comportamentais. As estratégias encontradas nos estudos brasileiros foram: capacitação da equipe; programas educacionais em grupo (palestras, reuniões com profissionais, pacientes e cuidadores); programas educacionais individuais (treinos para o uso do medicamento, orientações jurídicas); aplicação de questionários e testes de conhecimento; avaliação física e laboratorial; atendimento pelo mesmo médico; DOTS; materiais didáticos e de registros pessoais; aquisição de equipamentos; apoio familiar; fornecimento de medicamentos vale transporte e cestas básicas; simplificação ou modificação do tratamento; mensagens, lembretes e telefonemas; incentivos por pontos e prêmios e retornos

mais frequentes. Ressalta-se que o atendimento pelo mesmo médico, aquisição de novos equipamentos, fornecimento de vale transporte e cestas básicas e os retornos mais frequentes foram encontradas apenas nos estudos brasileiros.

Nestes estudos, as estratégias educacionais utilizam principalmente palestras, reuniões com profissionais, pacientes e cuidadores, treinos para a atividade terapêutica proposta, aplicação de questionários e testes de conhecimento. Nas estratégias comportamentais, prioriza-se a utilização de instrumentos facilitadores e de incentivos para o cumprimento do tratamento, destacando-se a disponibilização de medicação e outros recursos materiais, como vale-transporte e cesta básica, e o acompanhamento direto de profissionais como assistente social, psicólogo e educador físico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de haver diversas publicações relacionadas à AT no Brasil, percebe-se que a maioria se propõe a identificar suas causas, determinantes e fatores associados, ou ainda realizam uma reflexão teórica sobre a importância da mesma. Embora essas formas de abordagem sejam importantes para o direcionamento de ações práticas nos serviços de saúde, é necessário conhecer as intervenções ou conjunto de estratégias já implementadas de acordo com a realidade do país.

Os artigos analisados neste estudo apontam que as estratégias para melhorar a AT foram eficazes e semelhantes às de outros países. Destacam-se os trabalhos em grupo, com enfoque multidisciplinar, que melhoram a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente e a qualidade das orientações fornecidas. A maioria utilizou mais de uma estratégia, associando as educacionais e comportamentais, individualizadas ou em grupo, e um adequado monitoramento do tratamento preconizado.

Conclui-se que pesquisadores e profissionais da área da saúde devem levar em conta as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento, buscar conhecer as intervenções efetivas e juntar esforços na busca da solução do problema. Assim, considera-se importante conhecer os estudos de intervenção no contexto brasileiro, para subsidiar a implantação de novos programas.

REFERÊNCIAS

- Barreto, A. S. B., Mendes, M. F. M., & Thuler, L. C. S. (2012). Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(2), 86-91. doi:10.1590/S0100-72032012000200008
- Bergel, F. S., & Gouveia, N. (2005). Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 898-905. doi:10.1590/S0034-89102005000600005
- Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Recuperado de <http://www.slideshare.net/FClinico/interven-es-para-aumentar-a-adeso-teraputica-em-patologias-crnicas>
- Busnello, F. M., Bodanese, L. C., Pellanda, L. C., & Santos, Z. E. A. (2011). Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97(3), 217-224. doi:10.1590/S0066-782X2011005000077
- Cantalice Filho, J. P. (2009). Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 992-997. doi:10.1590/S1806-37132009001000008
- Chapman, A. H. (2007). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(4a), 1091-1092. doi:10.1590/S0004-282X2007000600039
- Dalcin, P. T. R., Grutcki, D. M., Laporte, P. P., Lima, P. B., Viana, V. P., Konzen, G. L., ... Pereira, R. P. (2011). Impacto de uma intervenção educacional de curta duração sobre a adesão ao tratamento e controle da asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 19-27. doi:10.1590/S1806-37132011000100005
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., & Silva, A (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219. Recuperado em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Domingues, M. C., Góes, M. P. S., Botelho, K. V. G., & Couto, G. B. L. (2009). O sistema cvdentus® e o comportamento infantil/ CVdentus® system and child's behavior. *Odontologia Clínico-Científica*, 8(3) 251-255. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=528584&indexSearch=ID>
- Fechio, J. J., & Malerbi, F. E. K. (2004). Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48(2), 267-275. doi: 10.1590/S0004-27302004000200010.

Fontes, M. J. F., Affonso, A. G. A., Calazans, G. M. C., Andrade, C. R., Lasmar, L. M. L. B. F., Nader, C. M. F. F., & Camargos, P. A. M. (2011). Impacto de um programa de manejo da asma sobre as hospitalizações e os atendimentos de urgência. *Jornal de Pediatria*, 87(5), 412-418. doi:10.2223/JPED.2129

Freitas, A., Paz, J. A., Casella, E. B. & Marques-Dias, M. J. (2007). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy: a 10 year experience in children. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(2b), 381-384. doi:10.1590/S0004-282X2007000300003

Gazetta, C. E., Vendramini, S. H. F., Ruffino-Netto, A., Oliveira, M. R. C., & Villa, T. C. S. (2007). Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(2), 192-198. doi:10.1590/S1806-37132007000200014

Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Haynes, R.B. (1979). Introduction. In R. B. Haynes, D.W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A Adesão Terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10 (2), 113-120.

Lima, N., Knobel, M., Camargo, R. Y., Tomimori, E., & Medeiros-Neto, G. (2005). Impacto médico-social do tratamento medicamentoso da moléstia de Graves-Basedow em Hospital Público Universitário: avaliação retrospectiva e projeção prospectiva de conduta terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 49(4), 575-583. doi:10.1590/S0004-27302005000400017

Lopes, M. C. S., Ferreira, L. O. C., & Batista Filho, M. (1999). Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 799-808. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400014

Maciel, E. L. N., Silva, A. A., Meireles, W., Fiorotti, K., Hadad, D. J., & Dietze, R. (2008). Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(7), 506-513. doi:10.1590/S1806-37132008000700011

Marcon, E. R., Gus, I., & Neumann, C. R. (2011). Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 55(5). doi:10.1590/S0004-27302011000500006

Mucci, P. R., Galhardo, R. A., Belfort, R., & Mello, P. A. A. (2002). Influência da orientação psicológica na fidelidade ao tratamento em portadores de glaucoma crônico simples. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 65(1), 65-70. doi:10.1590/S0004-27492002000100012

Ohira, M. L. B. (1998). Por que fazer pesquisa na universidade. *ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, 3(3), 65-76. Recuperado de <http://revista.acb.org.br/racb/article/view/329/388>.

Oshikata, C. T., Bedone, A. J., Papa, M. S. F., Santos, G. B., Pinheiro, C. D., & Kalies, A. H. (2011). Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 701-713. doi:10.1590/S0102-311X2011000400009

Persico, B. F. G., & Figueiredo, M. A. C. (2008). Grupos de adesão como fonte de recursos no convívio com HIV/AIDS. *Revista SPAGESP*, 9(1), 21-28. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100004&lng=pt.

Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2006). O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 812-817. doi:10.1590/S0034-71672006000600018

Terra, M. F., & Bertolozzi, M. R. (2008). O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 659-664. doi:10.1590/S0104-11692008000400002

Torres, H. C., Franco, L. J., Stradioto, M. A., Hortale, V. V., & Schall, V. T. (2009). Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 291-8. doi:10.1590/S0034-89102009005000001

World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>

**ADESÃO AO TRATAMENTO:
DESCRIÇÃO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS NO BRASIL E ANÁLISE
SEGUNDO DIMENSÕES PROPOSTAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE
SAÚDE**

Claudete Stabile Ribeiro Romaniszen
Universidade Estadual de Londrina
Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina

Adesão ao tratamento (AT) é “o grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação, e cumprir outras orientações médicas como dieta e mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição clínica” (WHO, 2003, p.3). Não se limita a tomar a medicação adequada, mas também apresentar outros comportamentos relacionados à saúde, que incluem desde o comparecer às consultas e aos procedimentos de imunização até seguir recomendações dadas por diversos profissionais da equipe de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros (Klein e Gonçalves, 2005). Comportamentos relacionados a não adesão podem comprometer todos os tipos de tratamento, desde os preventivos até os terapêuticos (Dias et al., 2011). Bugalho e Carneiro (2004) defendem que a abordagem tradicional centrada apenas no comportamento dos doentes está ultrapassada e que o comportamento dos profissionais de saúde deve ser alvo de estudo, procurando identificar quais os fatores que podem melhorar ou piorar a AT dos pacientes. Assim, a formação dos profissionais constitui um passo fundamental para solução deste problema.

A World Health Organization (2003), por meio do relatório *Adherence to long term therapies: evidence for action*, propõe a análise da AT como um fenômeno multidimensional, determinado por vários conjuntos de fatores sistematizados e agrupados em cinco dimensões. A primeira trata de aspectos sociais e econômicos, a segunda do sistema e dos profissionais de saúde, a terceira das características da doença, a quarta dos tratamentos e a quinta, dos fatores específicos do paciente. Afirma, ainda, que a compreensão desses fatores e o compromisso com uma abordagem multidisciplinar aliados a ação coordenada dos

pesquisadores, profissionais de saúde, e gestores de planejamento de políticas públicas são essenciais na busca da solução dos problemas da adesão.

Em um estudo de revisão, Haynes et al.(2005) descrevem diversas estratégias para melhorar a AT, agrupadas em 12 temas, a saber: instruções para os pacientes (material para aprendizagem verbal, escrita, visual), aconselhamento sobre a doença e o tratamento, monitorização ou seguimento por telefone ou por computador, estratégias para facilitar o acesso do paciente ao tratamento, automonitorização do estado clínico, lembretes que associem o tratamento a hábitos diários, kits com as doses de medicação e gráficos para a anotação da conduta, recompensa de acordo com a adesão, mudança na forma da medicação ou do tratamento, intervenção nas crises, *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS- tratamento supervisionado por profissionais de saúde, membros da família ou da comunidade), serviços de atenção farmacêutica e acompanhamento psicológico.

Bugalho e Carneiro (2004), em outro estudo de revisão sobre AT, apresentam as estratégias classificadas em educacionais e comportamentais. As educacionais são aquelas promotoras do conhecimento acerca da medicação e/ou doença; podem incluir o fornecimento de material escrito, audiovisual ou oral, em regime individual ou em grupo. Por outro lado, as intervenções comportamentais são mais complexas e muitas vezes associadas às anteriores; buscam maneiras de adaptar e facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, tais como o aumento da comunicação e aconselhamento, adequação e simplificação do tratamento, participação ativa dos doentes através da automonitorização, sistemas de alertas ou lembretes, recursos tecnológicos e incentivos ou recompensas.

Tendo em vista a necessidade de identificar e analisar estratégias implementadas de acordo com as peculiaridades do contexto e da realidade brasileira, o objetivo deste capítulo é descrever artigos publicados no Brasil que apresentem intervenções práticas para a melhora na AT e analisá-los de acordo com as dimensões propostas no relatório da WHO (2003). Por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, buscou-se estudos que descrevessem estratégias práticas de intervenção e seus resultados. Foram encontrados 20 artigos, cujas intervenções foram realizadas no tratamento de Anemia, Asma, Câncer de mama, Diabetes, Doença de Graves Basedow, Epilepsia, Glaucoma, HIV/AIDS, Obesidade Mórbida, Patologias Odontológicas, Sequelas de Violência Sexual, Síndrome Metabólica e Tuberculose.

Todas as estratégias apresentadas por Bugalho e Carneiro (2004) e por Haynes et al. (2005) foram encontradas nos estudos brasileiros, com exceção dos *Kits* com doses diárias dos medicamentos, presentes apenas nos estudos de Haynes. Ressalta-se que as estratégias de atendimento pelo mesmo médico, aquisição de novos equipamentos, fornecimento de vale transporte e cestas básicas e os retornos mais frequentes foram encontradas apenas nos estudos brasileiros.

Apesar de Haynes et al.(2005) apontarem que os mesmos problemas de adesão poderiam estar presentes em tratamentos de distintas patologias, não sendo obrigatório o estudo com enfoque em doenças específicas, no presente capítulo, por questões meramente didáticas,optou-se por agrupar os artigos de acordo com as patologias.

Anemia

Foi realizado um ensaio clínico randomizado cego por Lopes et al. (1999) numa comunidade carente de Recife com 150 mulheres no período reprodutivo de fevereiro a setembro, sendo o tratamento administrado entre junho e agosto de 1996.As pacientes que apresentaram níveis de hemoglobina entre 7,5 g/dl e 11,9 g/dl responderam a um questionário e receberam o sulfato ferroso. Mediante sorteio simples, um grupo recebeu o tratamento que se queria testar, ou experimental (TE) (P=79), com sulfato ferroso em doses semanais, e o outro grupo recebeu a terapêutica habitual (TH) (P=71), esquema convencional, com sulfato ferroso em doses diárias. A cada quatro semanas era aplicado um questionário e distribuída a medicação.

A AT foi classificada como ótima, quando seguida a recomendação terapêutica exatamente como prescrita, e satisfatória, quando a prescrição deixou de ser cumprida fielmente, sem, no entanto, comprometer o tratamento. A condição insatisfatória foi atribuída aos casos em que, no tratamento semanal, as participantes deixaram de tomar um comprimido de sulfato ferroso e, no tratamento diário, mais de 10% da medicação, ou seja, mais de três comprimidos.

A AT foi acompanhada em três momentos da coleta dos dados, após o primeiro, o segundo e o terceiro mês, e observou-se que, no TE (doses semanais), a adesão foi mais elevada nos três momentos estudados. No primeiro mês, 91,3% das mulheres apresentaram ótima aderência ao TE, enquanto no TH o percentual de

aceitação ótima foi de 77,6%. Nos dois meses seguintes, a taxa de aceitação ótima ao TE se manteve igual ou superior a 90%, o que constitui um resultado muito satisfatório, enquanto no TH esse valor se fixou em 83,5.

A análise desta intervenção aponta para a quarta dimensão relatada no relatório da WHO (2003) relacionada a fatores como a complexidade do tratamento que influenciava na AT. Conclui-se que, com os mesmos ou com menos recursos, é possível maximizar o atendimento, com maior aceitação da terapêutica e, conseqüentemente, melhoria dos resultados finais. Assim, empresas farmacêuticas, em parceria com o sistema de saúde como um todo, deveriam se dedicar a encontrar soluções para problemas relacionados à frequência da dose e a incidência de efeitos colaterais do tratamento (WHO 2003).

Asma

Foram encontrados dois estudos de estratégias de AT referentes à asma. O primeiro foi realizado por Fontes et al. (2011) no município de Belo Horizonte (MG) no período de janeiro de 1997 a agosto de 2001 e baseou-se no prontuário de 608 pacientes, inscritos no programa “Criança que Chia”. O estudo abrangeu o período de 12 meses antes da admissão ao programa (AP) e após o mesmo (DP), quando foram realizadas as observações de evolução clínica, sendo o paciente seu próprio controle. A data de entrada no programa foi estabelecida como a data da prescrição inicial do dipropionato de beclometasona (BDP). Os dados de DP referiam-se à evolução clínica apresentada entre a primeira prescrição do BDP e agosto de 2001. A duração mínima desse período foi de 12 meses.

As frequências de hospitalização e de atendimentos de urgência foram usadas como parâmetros para avaliar a AT. Em DP, o tratamento não ficou limitado às crises e incluiu a prescrição do BDP (medicação profilática), além de avaliação integral do paciente, compreendendo fatores sociais, ambientais, nutricionais, emocionais e orientações sobre a doença. O paciente recebeu acompanhamento multidisciplinar, visando à promoção de saúde.

Houve redução de 86,7% dos atendimentos de urgência e de 80% da frequência de hospitalização. Concluiu-se que as intervenções implantadas levaram a uma maior AT profilático da asma e que o fornecimento da medicação associada ao acompanhamento social, ambiental, nutricional e psicológico contribuiu

para a AT. Esse programa foi o resultado de uma parceria entre a UFMG e a Prefeitura de Belo Horizonte, o que corrobora as afirmações de Ohira (1998) sobre a importância da associação entre as instituições responsáveis pela assistência e as de ensino na busca de soluções para os problemas da população.

O segundo estudo relacionado à asma é de Dalcin et al. (2011) e foi realizado com 115 pacientes atendidos nos ambulatórios especializados do Hospital das Clínicas de Porto Alegre entre junho de 2007 e junho de 2009. O delineamento do estudo foi prospectivo, com análise em duas fases (antes e após a intervenção). Foi realizada uma intervenção educativa breve, administrada durante a consulta ambulatorial de rotina, a respeito da AT de manutenção, do uso correto dos dispositivos inalatórios e do grau de controle da doença.

Primeiramente, os voluntários foram entrevistados por meio de um questionário constando de dados pessoais e variáveis relacionadas à patologia e ao tratamento. Todos os membros da equipe de pesquisa receberam treinamento quanto à utilização correta de cada dispositivo e como pontuar cada etapa do processo de avaliação. Foi solicitado aos pacientes uma demonstração da técnica inalatória, utilizando placebo. A seguir, os pacientes eram submetidos a uma sessão educativa individual, com duração aproximada de 45 minutos, que abordava temas tais como o que é asma e quais os sintomas, quais as medicações para o tratamento da asma e sua finalidade, ênfase no tratamento de alívio e o de manutenção, uso do corticosteroide inalatório para o controle da doença, orientação sobre a forma de aquisição e o processo administrativo para a obtenção das medicações junto ao sistema público, entre outros. A reavaliação foi realizada em uma consulta de rotina no período aproximado de três meses.

Este estudo mostrou aumento significativo nas taxas de adesão ao uso do corticosteroide inalado (90,4% vs. 93%; $p = 0,003$), no uso do β_2 -agonista de longa ação (57,4% vs. 63,5%; $p < 0,0001$) e no uso da combinação de corticosteroide inalado e β_2 -agonista de longa ação (57,4% vs. 62,6%; $p < 0,0001$). A percentagem de pacientes com visitas à emergência nos últimos três meses de tratamento foi significativamente reduzida (30,4% vs. 23,5%; $p = 0,012$). O impacto positivo foi observado no incremento do uso das medicações prescritas para o controle da asma, na adesão relatada da frequência semanal de uso dessas medicações e na redução da percentagem de pacientes com visitas à emergência. Conclui-se que o fornecimento da medicação associado ao treinamento dos

profissionais da equipe, sessões educativas individuais breves e treino da técnica inalatória contribuíram para a AT.

Os resultados ressaltam a importância de se buscar uma maior disponibilidade e acessibilidade das medicações no sistema público de saúde, enquanto se aprimora o modelo educativo, identificando grupos que se beneficiam de um processo de curta duração e grupos que necessitam de um programa mais intenso e prolongado de abordagem educativa e comportamental.

A análise dos dois estudos identifica que ambos se referem à segunda dimensão do relatório da WHO (2003), relacionada ao sistema e a equipe de saúde. Foi realizada capacitação dos profissionais em novos programas e em estratégias de orientação sobre a doença para ajudar os pacientes a desenvolver comportamentos de saúde. Porém, o primeiro estudo foi além da educação em saúde, alcançando também a primeira dimensão (aspectos sociais e econômicos e a quinta dimensão do relatório da WHO (2003), que diz respeito aos fatores relacionados diretamente ao paciente, suas crenças sobre a doença, sua motivação, suas expectativas quanto ao resultado do tratamento e o conhecimento das consequências da não adesão. Buscou a abordagem integral do paciente, construção do vínculo entre paciente e unidade de saúde, e a compreensão de fatores sociais, ambientais, nutricionais, emocionais. Ambas as intervenções tiveram êxito na redução da necessidade de atendimentos de urgência, porém, no primeiro, foi bem mais expressiva.

Câncer de mama

O estudo foi realizado por Barreto, Mendes, Medeiros e Thuler (2012) em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Monteiro (PB) e a estratégia utilizada foi denominada “Um beijo pela vida”. O programa tinha como objetivo aumentar a adesão à campanha de rastreamento do câncer em mulheres (mamografia e exame de Papanicolau) e foi lançada no Brasil em 2002. Foram disponibilizados equipamentos de informática, tais como computador e impressora, para os registros dos dados na unidade secundária, e materiais didáticos produzidos exclusivamente para o Programa, a serem utilizados na abordagem das mulheres, tais como folders, cartazes e livretos para agentes de saúde.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados para disseminar as informações e encaminhar as mulheres para os exames na unidade de saúde da família, além de orientá-las sobre a adoção de hábitos saudáveis. Foram também capacitados os médicos e enfermeiros das unidades para os exames clínicos das mamas e encaminhamento adequado dos casos ao serviço de referência. Também foi utilizado um modelo de silicone para ensinar a técnica de palpação das mamas. Além disso, foram realizadas reuniões de planejamento, redimensionamento da oferta de serviços e identificação de referências para tratamento.

Para realizar a avaliação do resultado do programa, foram entrevistadas em visitas domiciliares 3.608 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos. Observou-se que 62,1% das mulheres foram cobertas pelas estratégias de detecção precoce do câncer de mama, enquanto que no estado da Paraíba esse índice era de 24,4%. Com base nas informações disponíveis, as ações do Programa "Um Beijo Pela Vida" melhoraram a adesão à prevenção do câncer de mama naquela região. Conclui-se que tais investimentos, destacando-se novos equipamentos, materiais didáticos e capacitação da equipe, foram capazes de influenciar o comportamento de adesão dos pacientes.

A análise do estudo aponta para as dificuldades de acesso aos cuidados e intervenções preventivas nas unidades de tratamento características da população de uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico. Assim, identifica-se a primeira das cinco dimensões propostas pela WHO (2003), referente aos fatores sociais e econômicos. Tal dimensão defende a necessidade do conhecimento acerca da realidade do paciente, desde as características físicas e fisiológicas até as psicológicas e sociais. A segunda dimensão (WHO, 2003) encontrada na intervenção se refere aos fatores relacionados ao sistema e a equipe de saúde, salientando-se as dificuldades organizacionais para avaliação e monitoramento dos programas de atenção, a necessidade de treinamento dos profissionais e a falta de materiais para o atendimento e orientação dos pacientes.

Diabetes Mellitus (DM)

Três dos estudos encontrados trataram de intervenções para AT de diabetes (DM). O primeiro estudo foi realizado por Fecho e Malerbi (2004), no qual

participaram 14 adultos com idades entre 36 e 73 anos, frequentadores da Associação de Diabetes Juvenil de São Paulo, que praticavam menos do que 30 minutos de atividade física diária. Durante cinco meses consecutivos, foi realizado um programa dirigido a pacientes sedentários portadores de DM com o objetivo de aumentar a frequência de atividade física.

Após explicação dos objetivos da pesquisa, foi solicitado que cada participante indicasse um familiar que pudesse colaborar com o programa e que, durante 20 dias, registrasse diariamente os seus comportamentos de atividade física, bem como sua duração. Cada um recebeu uma folha de registro constando de: 1) atividades físicas realizadas em casa; 2) atividades de lazer; 3) atividades rotineiras, além de outras atividades que não faziam parte da lista. Esses dados consistiram a medida de Linha de Base da atividade física fora das aulas.

Os participantes foram submetidos a uma avaliação física e laboratorial (glicemia e hemoglobina) em três momentos diferentes: antes da intervenção, ao final do terceiro mês do programa e, por último, 36 dias após o término do programa. Os participantes foram informados dos resultados dos exames da hemoglobina glicosilada e da avaliação física obtidos nas três ocasiões. Sete alunos sorteados tiveram seus familiares convidados a fazer parte de um grupo que iria se reunir com uma das pesquisadoras oito vezes ao longo do estudo. As reuniões com os familiares duravam 30 minutos, com o objetivo de dar explicações sobre os benefícios da atividade física e do apoio familiar na adesão ao programa.

As aulas tiveram a duração aumentada gradualmente de 15 até 60 minutos. Houve dois tipos de aulas: com a professora de Educação Física (CP) e sem a professora (SP), situação em que a coordenação ficava sob a responsabilidade de algum membro do grupo. Programou-se um sistema de pontuação pela participação às aulas do programa com exigência crescente. O comparecimento a cada atividade (CP ou SP) valia 10 pontos. No primeiro mês, todos os sujeitos que conseguiram acumular 50% do total de pontos obtidos puderam trocá-los por um prêmio. No 2º mês, o critério para os participantes ganharem o prêmio exigia pelo menos 75% do total de pontos e no 3º, no 4º e no 5º meses a exigência era de 100% de pontos. Após o término do programa, os participantes foram dispensados das aulas e receberam instruções para que mantivessem o hábito de fazer exercícios fora da associação, registrando diariamente a atividade física.

A adesão foi avaliada com base nos registros de participação das atividades. Nove participantes completaram o programa frequentando a maioria das aulas e dois participantes compareceram a todas as aulas ao longo do programa, totalizando 11 participantes (78,6%) com adesão. No último mês, oito alunos compareceram a todas as aulas. Os participantes que tiveram incentivo constante de seus familiares apresentaram 100% de participação nas aulas. Quatro dos oito alunos que pertenciam ao grupo sem envolvimento familiar desistiram do programa. Segundo a WHO (2003), intervenções para melhorar a AT são mais efetivas quando incluem incentivos ou terapia da família. O programa conseguiu promover uma mudança de comportamento em nove dos 14 portadores de DM sedentários, observada não apenas em relação ao comparecimento às aulas numa situação de programa estruturado, mas também fora das aulas, com o aumento de tempo gasto na prática diária de atividade física. Observou-se uma variabilidade entre os participantes que concluíram o programa, mas todos gastaram diariamente mais tempo em atividade física no seguimento do que na Linha de Base, indicando que o estilo de vida mais ativo, adquirido com o programa, manteve-se após o seu término.

O segundo trabalho sobre DM é de Teixeira e Zanetti (2006) e foi realizado com os pacientes do Serviço de Medicina Preventiva (SEMPRE) de uma cooperativa de trabalho médico de Ribeirão Preto (SP). Esse estudo traduziu uma dinâmica de trabalho multiprofissional em DM, implementado em uma iniciativa privada; a estratégia utilizada foi o trabalho em grupo intitulado "Fazer Saúde". Num primeiro momento, eram realizados grupos de integração, com o objetivo de demonstrar ao usuário o trabalho realizado pelos profissionais da área de psicologia e nutrição, integrar o usuário às atividades (enfermagem, atividade física, extras, entre outras) e estreitar vínculos com a equipe. Ao término dessa atividade, os pacientes eram agendados em grupos específicos de no máximo 15 pessoas, de seis meses de duração. Estes se diferenciavam do grupo de integração pelos conteúdos desenvolvidos. A cada encontro semanal, um profissional diferente coordenava o trabalho e as crianças diabéticas e obesas precisavam ser acompanhadas dos pais e/ou responsável.

Após esse período, os pacientes entravam em grupos de manutenção quinzenais com o objetivo de preparar o usuário para por em prática as orientações fornecidas pelos profissionais. Destaca-se o investimento na educação

continuada da equipe multiprofissional, nos treinamentos sobre DM e obesidade, através de reuniões educativas com os cooperados.

Os profissionais da equipe concluíram que este processo de trabalho permitiu maior eficiência e menor custo-efetividade nos programas educativos, sendo necessário o investimento na educação continuada da equipe multiprofissional. Destacaram, ainda, que a simpatia e a empatia da equipe de saúde foram fatores preponderantes na AT.

O terceiro estudo é um ensaio clínico randomizado, realizado por Torres, Franco, Stradioto, Hortale e Schall (2009) com 104 indivíduos portadores de DM tipo 2 com idade entre 30 e 70 anos, em seguimento ambulatorial em hospital de referência de Belo Horizonte (MG) e participantes do programa educativo em diabetes. Os sujeitos foram recrutados por meio de registros em prontuários no período de maio a junho de 2006. A estratégia foi sistematizada por meio do programa de educação em DM em grupo ou individual, constituído por um conjunto de intervenções voltadas para a fisiopatologia da doença, os sinais e sintomas e suas complicações, os princípios da dieta, a prática de atividades físicas e os aspectos psicológicos relacionados à mudança de comportamento para o controle da doença.

O trabalho em grupo consistiu em dinâmica de relaxamento, jogos e estímulo à participação, conduzidos pela enfermeira. Em seguida, um ou mais profissionais de saúde apresentava um tema, tal como fisiopatologia, prevenção das complicações agudas e crônicas, importância da dieta e da prática de atividades físicas e cuidados com os pés. Foram realizados 11 encontros em grupo com avaliação no primeiro e no 11º encontro.

No atendimento individual foram realizadas orientações quanto ao manejo da dieta e da atividade física, além de avaliação física e laboratorial no período inicial e após três e seis meses de acompanhamento. Foram asseguradas duas consultas mensais, uma com terapeuta ocupacional e a outra com nutricionista, no mesmo dia e horário, durando em média 30 minutos. Foram realizados seis atendimentos no total, no período de seis meses. Tanto no atendimento em grupo quanto no individual, os dados foram coletados no tempo inicial (T0), antes do início das atividades educativas, e logo após o término de cada ciclo, aos três (T3) e seis (T6) meses de acompanhamento do programa.

Os pacientes que completaram os seis meses de acompanhamento no programa apresentaram aumento estatisticamente significativo no conhecimento sobre o gerenciamento da doença. Quando se compararam os dois grupos, o incremento foi maior no de educação em grupo (1,6% vs. 1,3%), porém as diferenças não apresentaram significância estatística. Apenas para a hemoglobina glicada houve diferença estatisticamente significativa após o acompanhamento ($p=0,016$), tendo os valores no final do estudo se aproximado do ideal de 7,5% ($7,6 \pm 1,4\%$). Conclui-se que as estratégias em grupo que expõem os pacientes a situações de aprendizagem auxiliam o indivíduo a construir novos repertórios comportamentais ou fortalecer aqueles já adquiridos (Moraes, Rolim & Costa Junior, 2009).

Os participantes com acompanhamento individual também apresentaram aumento da pontuação média dos questionários de atitude e conhecimento e diminuição média dos valores do peso, do IMC e da hemoglobina. Conclui-se que programas multidisciplinares, individuais ou em grupo, que tratam da educação em saúde, estimulam habilidades comportamentais e a incorporação de hábitos saudáveis, incluindo a adesão às recomendações da equipe de profissionais de saúde, em pacientes portadores de Diabetes.

A análise dos três estudos permite inferir que todos defendem estratégias de educação em saúde visando à construção de novos conhecimentos, comportamentos preventivos e o gerenciamento dos cuidados da doença. O primeiro estudo utiliza também o incentivo através de pontos e prêmios conforme a AT. Abordam, primeiramente, a segunda dimensão elencada no relatório da WHO (2003), relacionada ao sistema e a equipe de saúde. As intervenções foram realizadas em grupo e por equipes multidisciplinares. Investiu-se no conhecimento e treinamento dos profissionais e foi valorizada a comunicação entre estes e os pacientes resultando na melhora no desempenho dos pacientes.

Os três estudos abordam também a terceira, quarta e quinta dimensão do relatório da WHO (2003). A terceira está relacionada à doença e ao estado do paciente, as dificuldades enfrentadas devido à gravidade dos sintomas, ao nível de deficiência individual (física, psicológica, social e profissional), às características da doença e à disponibilidade ao tratamento. A quarta dimensão considera as especificidades do tratamento como complexidade do regime, duração do tratamento e à falta de disponibilidade de médicos e de apoio para lidar com as

dificuldades do tratamento e, a quinta dimensão destaca fatores diretamente relacionados ao paciente, como crenças e valores. Os três estudos descreveram estratégias de educação em saúde que se mostraram efetivas na melhora da AT.

Epilepsia Refratária

Foi realizado um estudo por Freitas, Paz, Casella e Marques-Dias, (2007) sobre um programa de controle de epilepsia por meio de Dieta Cetogênica (KD), aplicado em 70 crianças com epilepsia refratária matriculadas em um protocolo, de 1992 a 2001 no Hospital das Clínicas da USP (SP). Os resultados mostraram que, dos 70 pacientes, 54 (77,14%) permaneceram na dieta por dois meses, 49 (70,0%) permaneceram na dieta por seis meses, tendo 44 deles apresentado mais de 50% de diminuição da frequência das crises epiléticas.

Um profissional norte-americano questionou os resultados da adesão à dieta por meio de carta ao editor do periódico (Chapman, 2007). A autora respondeu a esta carta (Chapman, 2007) relatando as possíveis estratégias que levaram à AT no serviço brasileiro. Destacou que os pacientes eram internados na enfermaria comum para a introdução da dieta, individualmente, por períodos breves (cerca de cinco a sete dias) ao invés dos 60 dias do serviço americano. Outras vezes, a dieta era introduzida no ambulatório, sem a necessidade de internação hospitalar. Reforçou que uma boa orientação antes da introdução da dieta foi fundamental para essa adesão e que a população, embora de baixa renda, contou com o suporte eficiente do serviço social e de psicologia. Citou ainda que os pacientes eram encaminhados de outros serviços de epilepsia de difícil controle, o que talvez tenha ajudado a adesão, visto que eram famílias que haviam experimentado vários tratamentos sem sucesso.

Assim, a KD administrada em internações breves e acompanhada de educação em saúde contribuiu para a melhora na adesão e a redução ou a interrupção de medicação. A WHO (2003) destaca que a adesão envolve a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecedora e mantenedora do vínculo do paciente com o seu tratamento.

A análise deste estudo revela que a intervenção relatada alcançou primeiramente a quarta dimensão do relatório da WHO (2003), que considera os fatores relacionados com o tratamento. Apesar das dificuldades sociais e

econômicas dos pacientes e suas famílias, o apoio da equipe de assistentes sociais e psicólogos auxiliou na AT de todos os envolvidos no processo do tratamento. O sistema e os profissionais de saúde, segunda dimensão do relatório (WHO, 2003), também foram importantes na intervenção, incluindo ajuda aos pacientes visando ao desenvolvimento do comportamento necessário para a implementação da dieta prescrita.

Glaucoma

Este estudo foi realizado por Mucci, Galhardo, Belfort e Mello (2002) no ambulatório de oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo. Foram inclusos 24 pacientes com diagnóstico de glaucoma crônico, oito no grupo de estudo (GE) e 16 no grupo controle (GC).

Ambos os grupos receberam orientação médica ambulatorial sobre sintomas, histórico natural da doença, prescrição médica e forma adequada de utilização dos medicamentos, valor da pressão intraocular do paciente e sua interpretação, "Pressão Alvo" de seu tratamento, importância dos exames complementares e dos retornos ambulatoriais e esclarecimento de dúvidas com relação à doença e sua prescrição médica. O GC recebeu orientação médica e utilizou de dois a nove colírios. O GE recebeu orientação médica e psicológica e utilizou de um a três colírios. Os retornos ambulatoriais foram realizados durante seis meses, com duas horas mensais de duração, com orientação psicológica em grupo. Verificou-se, após um mês do início do acompanhamento clínico e psicológico, se havia relação entre a oscilação do estado emocional e as ocorrências de modificações em sua visão. Reforçou-se a orientação médica e, novamente, foi realizada uma entrevista aberta com a psicóloga, em que o paciente respondeu a um questionário relatando suas dificuldades e problemas que poderiam estar interferindo em aderir inteiramente ao tratamento.

A avaliação da adesão ao tratamento foi realizada por meio da análise da pressão ocular e do número de drogas utilizado. A alteração da pressão intraocular média, em mmHg, no período de 6 meses foi significativa. No GC, no olho direito, variou de 19 no primeiro mês para 16 no sexto mês e olho esquerdo, foi de 17 para 16. No GE, no olho direito, foi de 22 (primeiro mês) para 16 (sexto mês) e no olho esquerdo foi de 19 para 15 nos respectivos meses. No GE, verificou-se que

a pressão intraocular, após o segundo mês, diminuiu notoriamente e não houve casos cirúrgicos. No GC, com apenas orientação médica, 80% dos pacientes foram submetidos à cirurgia.

Os resultados do trabalho revelam que a fidelidade ao tratamento foi mais adequada no GE, onde houve orientação psicológica. Muitas vezes o paciente não apresenta suas dúvidas ao médico e tem maior abertura com o psicólogo, facilitando a comunicação. Santos (2003) defende a importância do trabalho integrado do Psicólogo na equipe de saúde, para lidar com os aspectos envolvidos tanto na etiologia, manutenção e prevenção da doença, como na promoção da saúde. Foi detectada ainda a eficiência do trabalho em grupo, pois nestes os pacientes trocam informações e interagem com pessoas que têm o mesmo problema.

Conclui-se que há necessidade de se desenvolver grupos de trabalho ou associações para os portadores de glaucoma, na busca de melhor comunicação e maior conhecimento sobre a doença e o tratamento. Além disso, constata-se que o trabalho de educação em saúde foi mais efetivo quando associado ao acompanhamento psicológico.

A análise desta intervenção identifica primeiramente os fatores relacionados à segunda dimensão da WHO (2003), que diz respeito ao sistema e a equipe de saúde, tendo em vista a participação do psicólogo na equipe de atendimento do paciente. Destacam-se os fatores relacionados à própria doença e às exigências enfrentadas pelo paciente devido à patologia e sua progressão, que dizem respeito à terceira dimensão do relatório da WHO (2003). A eficácia do tratamento foi proporcional à percepção dos pacientes quanto ao risco, à importância do tratamento a seguir e à prioridade colocada sobre a adesão. Quanto às peculiaridades do tratamento, quarta dimensão da WHO (2003), os profissionais deram suporte aos pacientes, por meio da participação de psicólogos, e de alteração no número de medicamentos utilizados.

HIV/AIDS

Este estudo foi realizado por Persico e Figueiredo (2008), junto ao ambulatório DST/AIDS no município de Ribeirão Preto (SP) com pacientes portadores de HIV. A estratégia utilizada foi a de “Grupos de Adesão”, compostos

por profissionais, pacientes e cuidadores, com o objetivo geral de fortalecer iniciativas institucionais voltadas à promoção da adesão da pessoa portadora do HIV ao tratamento e à vida. Os Grupos de Adesão adotaram procedimentos não diretivos, com participação espontânea e consentimento informado. No decorrer das sessões foram feitas anotações, apresentadas aos sujeitos ao final de cada encontro.

Os trabalhos foram realizados em grupo com a participação de equipe multidisciplinar e permitiram discussões sobre processos sociais e econômicos que vulnerabilizam o indivíduo. Segundo os autores, o compartilhamento de experiências associado à formação de vínculos com a equipe diminuiu as angústias e pôde focar aspectos fundamentais para administrar relações interpessoais e as dificuldades para a participação ativa no tratamento. Conforme aponta Moraes et al. (2009), dados sociodemográficos, características individuais e crenças e valores constituem elementos essenciais na discussão do planos de tratamento com o paciente e seus familiares e cuidadores.

A análise da intervenção descrita neste estudo identifica inicialmente a primeira dimensão do relatório da WHO (2003), que considera fatores sociais e econômicos que resultam nas dificuldades da população que não possui recursos suficientes para atender suas necessidades. A estratégia teve seu foco na rede de apoio social por meio de programas comunitários em grupo, que melhoram o intercâmbio de experiências em lidar com a doença e seu tratamento e promovem uma maior responsabilidade dos pacientes com seu próprio cuidado. Portanto, deve ser incentivada a criação de organizações (tanto de pacientes como de base comunitária) com o objetivo de buscar o envolvimento da comunidade no auxílio à motivação para a autogestão de doenças crônicas e a aquisição de hábitos mais saudáveis (WHO, 2003).

Além disso, considera-se nesta estratégia a segunda dimensão do relatório da WHO (2003), que valoriza os fatores relacionados à doença e o estado do paciente. Os profissionais da Psicologia envolvidos na tarefa deram espaço aos pacientes para que falassem sobre as exigências enfrentadas, dificuldades individuais, gravidade da doença e a disponibilidade ao tratamento. Pode-se inferir que a estratégia de reuniões em grupo criou condições de fortalecimento dos recursos psíquicos, que auxiliaram na promoção de novas formas de enfrentamento das situações vividas e minimizaram o isolamento social. Além disso, o apoio de

outros pacientes na mesma situação pode melhorar a AT. Nota-se também a abordagem da quinta dimensão do relatório da WHO (2003), que diz respeito aos fatores relacionados ao paciente, quando os profissionais puderam conhecer as crenças sobre a doença, a motivação, autoconfiança e as expectativas quanto ao resultado do tratamento e as consequências da não adesão.

Moléstia de Graves-Basedow – hipertireoidismo de origem autoimune

Este trabalho foi realizado por Lima, Knobel, Camargo, Tomimori e Medeiros-Neto (2005) com 229 pacientes do ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas de São Paulo num período de 24 meses. Foi implementada uma nova abordagem terapêutica clínica, que incluiu as seguintes estratégias: medicamentos fornecidos sem custo aos pacientes por todo o período de estudo para serem ingeridos em dose única diária, confirmação da data da consulta pela assistente social, atendimento realizado por um único profissional para estabelecer melhor relação médico-paciente, enfermeiro destacado para conduzir os pacientes aos exames ecográficos e coletas de sangue.

Verificou-se que somente 36,2% (83/229) dos pacientes chegaram ao término do protocolo estabelecido. Além disso, houve elevado índice de recidiva da doença (59,1%), enquanto os dados da literatura indicam que o percentual situa-se entre 24% e 79%. O fornecimento da medicação, a boa relação médico-paciente, os esforços da equipe multidisciplinar para manter ritmo constante de consultas e a simplificação do tratamento medicamentoso da moléstia de Graves-Basedow foram insuficientes para diminuir o abandono terapêutico e evasão hospitalar. Assim, os autores sugerem possível alternativa terapêutica (radioiodoterapia) para tratamento de doença de Graves-Basedow.

A análise desta intervenção identifica a quarta dimensão (WHO, 2003), que cita os fatores relacionados com o tratamento como a complexidade e duração, disponibilidade dos profissionais para lidar com os problemas e à frequência da dose. Os resultados reforçam a dificuldade de tratar clinicamente a doença crônica em longo prazo. A WHO (2003) ressalta a importância de se intervir no tipo, complexidade e duração do tratamento, na busca de soluções para os problemas relacionados à AT.

Obesidade mórbida

Este estudo é realizado por Marcon, Gus e Neumann (2011), com análise tipo pré e pós-intervenção, em 61 pacientes selecionados entre 2005 e 2008 a partir da lista de espera para cirurgia bariátrica de um hospital de Porto Alegre (RS). Foi realizada uma intervenção de programa mínimo de exercícios, que contou com a participação de uma educadora física nas reuniões mensais de orientação sobre a obesidade e o tratamento e propôs a participação em atividade física ambulatorial. Foram convidados 129 pacientes dos quais 61 concordaram em participar. Apesar de a recomendação médica ser, atualmente, de 30 minutos de atividade de moderada intensidade cinco dias por semana, acrescida de 20 minutos de exercícios vigorosos três vezes por semana, para os indivíduos obesos, principalmente obesos mórbidos, essa meta é frequentemente inalcançável. Assim, foram propostas sessões de caminhada e alongamentos supervisionados, a serem realizados uma vez por semana, durante seis meses. Além disso, seriam incentivados diariamente para a realização do programa em casa. No primeiro e segundo mês, os pacientes eram orientados a caminhar conforme sua condição física, até dez minutos nas sessões realizadas no hospital. No terceiro e quarto mês, orientados a caminhar até 15 minutos e, no quinto e sexto mês, até 20 minutos.

Os pacientes eram incentivados à adesão ao programa por intermédio de mensagens telefônicas ou telefonemas. Nas sessões realizadas no hospital, salientou-se a importância e os benefícios do exercício físico. Por meio da Ficha de Prescrição de Exercício, os participantes relatavam o número de vezes ao dia que realizavam a caminhada e a duração. Desse grupo de 61 pacientes, 34 (55,73%) tiveram uma participação no programa de exercícios superior a 70% (≥ 19 sessões de treinamento) e foram considerados aderentes, e 27 considerados não aderentes devido a uma participação inferior.

Os resultados sugerem que a intervenção adotada favoreceu a adesão aos exercícios prescritos e houve melhora significativa na capacidade funcional, redução significativa da pressão arterial sistólica e diastólica, do peso, dos lipídios séricos e da glicemia e ainda um aumento do colesterol HDL. Neste contexto, um programa de exercícios físicos supervisionados, em grupo, com uma frequência baixa interferiu de forma positiva na AT de indivíduos com obesidade mórbida. Conforme aponta a WHO (2003), mudanças nas condutas e apoio para

lidar com as dificuldades do tratamento podem auxiliar pacientes com dificuldade na adesão. Assim, esse tipo de intervenção pode favorecer pacientes com baixa tolerância ao exercício e ser mais fácil de ser instituído na rede pública de assistência.

A análise da intervenção descrita aponta primeiramente para a primeira dimensão do relatório da WHO (2003), levando em conta as dificuldades sociais e econômicas de uma população que não possui recursos suficientes para atender suas necessidades de cuidados e intervenções preventivas. O programa permitiu a convivência entre pacientes que se encontravam na mesma situação, o que contribuiu para a AT, para a autogestão de doenças crônicas e a aquisição de hábitos mais saudáveis.

A segunda dimensão da WHO (2003), relativa ao sistema e a equipe de saúde, é salientada nesta intervenção e incluiu o investimento em um ambulatório para atividade física. Quanto à equipe de saúde, contou-se com a inclusão de um profissional educador físico, que trabalhou na avaliação e intervenção com técnicas que ajudaram os pacientes a desenvolverem comportamentos de saúde. Considera-se ainda a terceira dimensão (WHO, 2003), relacionada à doença e ao estado do paciente, entendendo-se as exigências e as dificuldades individuais específicas do quadro de obesidade.

Quanto à quarta dimensão (WHO, 2003), relativa às especificidades do tratamento, é oferecida uma proposta mais condizente com a realidade, evitando-se programas aquém das possibilidades da referida população. Identifica-se ainda a valorização dos fatores relacionados diretamente ao paciente, referente à quinta dimensão da WHO (2003), que incluem estratégias de incentivo, como telefonemas e mensagens, e treino de habilidades com apoio de equipe multidisciplinar.

Patologias Odontológicas

Este estudo foi realizado por Domingues et al. (2009) , em 27 pacientes com idade entre quatro e 12 anos, atendidos em ambulatório de especialidades odontológicas na cidade de Recife (PE). As crianças tiveram seu comportamento avaliado durante o tratamento odontológico. Foi implementada uma nova tecnologia visando preparos cavitários mais conservadores de primeiros molares permanentes: um aparelho onde brocas de diamante são acopladas ao

aparelho de ultrassom, que não emite ruídos, é indolor, gera menor pressão e aquecimento, além de permitir a realização de preparos com mais precisão.

Observou-se que 48,1% das crianças, ao serem tratadas com este sistema, não apresentaram movimentação e 33,3% tiveram uma movimentação que não dificultou o tratamento. A maior parte (48,1%) apresentou pouca ansiedade e 29,6% mostraram-se mais relaxados e seguiram as instruções. O maior conforto durante o atendimento levou à redução do estresse durante o procedimento odontológico, facilitando o condicionamento do paciente.

Os pesquisadores concluíram que houve uma boa AT das crianças, que apresentaram um menor percentual de choro e de movimentos bruscos. O estudo aponta em direção à importância de se desenvolver, aperfeiçoar e disseminar novas tecnologias e formas de tratamento, destinadas a diminuir o desconforto, aumentar a motivação do paciente e melhorar a adesão (WHO, 2003).

Esta intervenção remete à quarta dimensão do relatório da WHO (2003), que considera os fatores relacionados ao tratamento. São aqueles associados à complexidade, duração, desconforto do tratamento e a falta de apoio para lidar com os problemas advindos deste. Portanto, profissionais da área de tecnologia, em parceria com profissionais de saúde e pesquisadores, devem se dedicar a encontrar solução para problemas relacionados ao tratamento na busca de minimizar o impacto sobre os pacientes. Assinala-se ainda a quinta dimensão, relacionada diretamente ao paciente. Esta dimensão torna-se particularmente importante no caso de tratamento de crianças, pois os recursos individuais e atitudes podem interferir de maneira acentuada na AT.

Síndrome metabólica (SM) - hipertensão arterial, resistência à insulina, obesidade central e dislipidemia

O estudo de Busnello, Bodanese, Pellanda, e Santos (2011) avaliou dois modelos de intervenção dietoterápica e a relação com a AT e a melhora clínica em pacientes com SM. Foram acompanhados, durante quatro meses, 80 indivíduos com diagnóstico de SM, vinculados ou não ao Ambulatório de Doenças Cardiometabólicas de um hospital da cidade de Porto Alegre (RS). Foram realizadas consultas mensais, em um total de quatro atendimentos. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). O GC

recebeu dieta individual padrão e orientações para SM. O GI recebeu dieta individual padrão e um "Manual de Orientação Nutricional para Pacientes com Síndrome Metabólica", contendo orientações nutricionais sobre alimentação saudável, DM, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, tabela para controle de peso e da pressão arterial, espaço para anotar suas dúvidas referentes ao tratamento e agenda de reconsultas.

Além disso, os participantes do GI tinham disponível um número de telefone para entrar em contato quando necessário, caso tivessem alguma dúvida entre as consultas. Todos os pacientes do GI recebiam um telefonema das pesquisadoras quinze dias após a consulta para aconselhamento nutricional. A cada reconsulta, os pacientes do GI recebiam um material impresso diferente sobre orientações nutricionais.

A avaliação dos pacientes foi feita em dois momentos, no início e no final da intervenção, por meio dos exames físicos, laboratoriais e da avaliação dos dados preenchidos nas tabelas. Os resultados mostraram que houve melhora significativa de diversos parâmetros clínicos, avaliação antropométrica e bioquímica, em ambos os grupos. No GI houve redução do consumo de leite integral ($p=0,002$) e aumento no consumo de cereais integrais ($p=0,008$), enquanto no GC houve redução do consumo de leite integral ($p=0,005$), aumento no consumo de leite desnatado ($p=0,010$) e aumento no consumo de cereais integrais ($p=0,027$). Concluiu-se que a orientação dietética foi uma ferramenta rica e de extrema importância na AT global de pacientes com síndrome metabólica. A intervenção avaliada constou de orientações dietéticas incluindo ou não um manual de orientação e a possibilidade de contato telefônico com os profissionais. Independente da distribuição dos materiais gráficos e de um maior seguimento por telefones no GI, ambos os grupos mostraram melhora nos parâmetros clínicos, que foi significativamente associada à motivação prévia. Portanto, orientações dietéticas associadas à motivação prévia e à prática de um estilo de vida favorável às mudanças são fatores que interferem na adesão ao tratamento. Esta intervenção combinou estratégias de educação em saúde, treino de habilidades comportamentais e acompanhamento por telefone, além do incentivo à incorporação de hábitos saudáveis, incluindo a AT. A WHO (2003) salienta a importância de técnicas que possam ajudar pacientes a desenvolver comportamentos de saúde e de programas que visem ao incentivo à

incorporação de hábitos saudáveis, incluindo a adesão às recomendações da equipe de profissionais de saúde.

A análise deste procedimento aponta primeiramente para a quarta dimensão do relatório da WHO (2003), que identifica os fatores relacionados com o tratamento e visa ao apoio para lidar com os problemas advindos do mesmo. Considera também a quinta dimensão (WHO, 2003), que aborda os fatores relacionados diretamente ao paciente e a implementação de diretrizes para promover intervenções destinadas a melhorar a motivação do paciente e aperfeiçoar a adesão.

Sequelas de violência sexual

O estudo é conduzido por Oshikata et al. (2011) com 642 mulheres que sofreram violência sexual e foram atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) de Campinas (SP) entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006. Foram incluídas neste estudo somente aquelas que optaram por fazer o seguimento ambulatorial, após passarem pelo serviço de urgência. O acompanhamento ambulatorial de cada paciente foi mantido por seis meses e os retornos ocorreram 15 dias (D15) após o atendimento inicial, depois em 45 (D45), 90 (D90) e 180 dias (D180). Este acompanhamento acontecia uma vez por semana, com uma média de 8 a 12 consultas, entre casos novos e retornos, durante os quase sete anos do estudo.

Foi realizada orientação adequada no atendimento inicial para dar continuidade ao seguimento ambulatorial, principalmente focando as orientações sobre os direitos legais da mulher, os potenciais riscos de gravidez indesejada, de aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de problemas psicológicos e sexuais futuros. A primeira consulta no ambulatório aconteceu, em média, 15 dias após o atendimento de urgência e consistia em avaliar o uso correto das medicações prescritas anteriormente, tratar eventuais efeitos colaterais e colher sangue periférico para avaliação renal e hepática. Nas consultas subsequentes, em D45, D90 e D180 dias, checaram-se os exames anteriores e coletaram-se novas sorologias. As avaliações da psicologia e a da assistência social foram realizadas concomitantemente a essas consultas. Se, no 180º dia, as evoluções sorológica,

psíquica e clínica das mulheres estivessem satisfatórias, elas recebiam alta do ambulatório.

A AT foi considerada satisfatória quando as mulheres compareceram aos retornos preconizados e completaram o seguimento durante os seis meses. Considerou-se como abandono ambulatorial quando a mulher não retornou às consultas subsequentes ou retornou após um tempo superior a 90 dias entre as consultas, ou quando se recusou a passar por exame ginecológico.

O resultado mostrou que, entre os anos de 2000 a 2006, houve aumento na AT ambulatorial de seis meses, com a taxa de abandono diminuindo de 59% para 31%, particularmente após o primeiro atendimento, quando diminuiu de 31% para 10%. Igualmente, observou-se um aumento de 13% para quase 70% no acompanhamento psicológico. No último ano estudado, o índice de AT foi de 70%, superior ao da maioria dos estudos encontrados na literatura. Houve um aumento significativo no seguimento psicológico ao longo dos anos.

A mulher vitimada sexualmente, além do tratamento médico, necessita do acolhimento de um profissional habilitado para dar conforto e ouvir suas angústias e medos. Conclui-se que fatores como infraestrutura dos serviços de saúde, socioeconômicos e até culturais influenciam na procura de ajuda médica. Moraes et al. (2009) defende que o processo de adesão tem início quando paciente e profissional têm o primeiro contato, sendo necessário identificar as necessidades do paciente para uma intervenção participativa de acompanhamento do processo saúde-doença.

Portanto é importante a sensibilização dos gestores do sistema público, dos profissionais do meio acadêmico e da sociedade civil, que garantirão melhorias no atendimento e na qualidade de vida dessas mulheres, principalmente nos grupos menos privilegiados. Deve-se buscar a reestruturação da rede assistencial, a capacitação dos profissionais da saúde e a desestigmatização do problema.

A análise deste estudo reconhece nesta intervenção a primeira dimensão da WHO (2003), com relação aos fatores sociais e econômicos e até culturais que influenciam na procura de ajuda médica. Em seguida, a relacionada ao sistema e equipe de saúde (segunda dimensão da WHO 2003) ao se valorizar o atendimento em equipe multidisciplinar. A terceira dimensão (WHO, 2003), relativa às características da doença é levada em conta quanto às deficiências individuais e

as dificuldades de seguir o tratamento. Por fim, a quinta dimensão da WHO (2003), relacionada aos fatores específicos do paciente, seus valores e crenças individuais é abordada demonstrando que as estratégias utilizadas conseguiram motivar as pacientes a aderir ao programa.

Tuberculose (TB)

Foram encontrados cinco estudos relativos a estratégias de AT para tuberculose. O primeiro trabalho foi realizado por Bergel e Gouveia (2005) com 224 pacientes em tratamento para tuberculose no município de Ubatuba (SP) no período de fevereiro de 1997 a janeiro de 2001. Utilizou-se a estratégia de “retornos frequentes”, que consistiu em reduzir o tempo entre as consultas médicas, principalmente no início do tratamento. Assim, no primeiro mês, o paciente deveria comparecer semanalmente à consulta médica; no segundo mês, quinzenalmente e, a partir do terceiro mês até o término do tratamento, mensalmente. Durante as consultas e visitas do paciente à unidade de saúde, eram esclarecidas dúvidas sobre a doença, sua transmissão, o tratamento, sua duração e efeitos colaterais.

O período de estudo foi dividido em quatro intervalos de um ano, sendo que esses iniciavam em fevereiro e terminavam em janeiro do ano seguinte (ano 1, 2, 3 e 4). Esses indicadores foram construídos com a finalidade de avaliar o Programa e observar alterações importantes durante o período, além de permitir uma comparação evolutiva entre os anos.

A estratégia de retornos frequentes foi avaliada pela comparação das taxas de abandono antes e depois de sua introdução. O serviço possuía taxas elevadas de abandono de tratamento (15% a 30% nos anos de 1992 a 1996). Após a intervenção, o resultado foi de cura em 79,6%, abandono em 10%, óbito por tuberculose em 4,3% e óbito por outras causas em 6,2%. Entre os 14 pacientes que haviam abandonado anteriormente o tratamento de tuberculose, 11 receberam alta por cura. Pode-se inferir que os retornos frequentes funcionaram inicialmente como uma estratégia preventiva para melhorar a AT dos pacientes ao tratamento de tuberculose e também como uma triagem, identificando os que necessitavam de tratamento supervisionado. Segundo a WHO (2003), a combinação de estratégias de apoio para lidar com os problemas advindos do tratamento pode contribuir para a AT.

O segundo trabalho foi realizado por Gazetta, Vendramini, Ruffino-Netto, Oliveira e Villa (2007) com pacientes do serviço público de saúde de São José do Rio Preto (SP) no período de 1998 a 2005. Foi utilizada a estratégia *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) ou Tratamento Supervisionado (TS) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), podendo ser realizada tanto no ambulatório como no domicílio. No final de 2002, na tentativa de incentivar o DOTS, adotou-se a prática da doação de cestas básicas, ovos, hortaliças e vales transporte.

A estratégia DOTS caracteriza-se principalmente pela observação e monitorização da administração dos medicamentos. Deve ser associada à detecção de casos por baciloscopia, tratamento de curta duração, fornecimento regular de drogas, sistema de registro e informação e compromisso político de controle da tuberculose. Como estratégia inserida no Sistema Único de Saúde, incentiva a busca de casos e o tratamento por meio de benefícios concedidos mediante um termo de adesão.

A implantação da DOTS no município causou impacto positivo nos resultados de cura e abandono no período analisado. Em 1998, a cobertura da estratégia foi de 3,1%, passando a 62% em 2004. O percentual de abandono passou de 18,7% em 1998 para 1,5% em 2003. O percentual de cura passou de 61,06% em 1998 para 69,6% em 2003. Esses resultados vêm ao encontro da proposta da WHO (2003), que defende o caráter multidimensional na busca da melhora da AT.

O terceiro trabalho foi realizado por Maciel et al. (2008) com 98 pacientes com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar no Hospital Universitário de Vitória (ES) no período de Janeiro de 2003 a junho de 2005. Foi realizada a DOTS para o controle da doença. O paciente escolheu entre dois esquemas: esquema I (o supervisor seria um membro da família ou alguém da comunidade) e esquema II (o supervisor seria um funcionário da equipe). Todos os pacientes recebiam um *kit* mensal, contendo medicação (após verificação do peso), cartão de registro de tomada de medicação, vale transporte e uma caneta para as checagens no cartão. Além dos agendamentos mensais, cada paciente e seu supervisor deveriam comparecer a uma visita semanal. O esquema I foi escolhido por 94 pacientes (96%).

Os pacientes tinham de comparecer semanalmente aos retornos para a supervisão, como objetivo de buscar indícios de não adesão ao tratamento

(definidos neste estudo como a não tomada de medicação) além de se monitorar efeitos adversos provenientes da mesma. Neste, estudo, compareceram 67% dos pacientes, quando era feita a conferência das medicações, com contagem dos kits diários. O percentual de cura foi de 99% e apenas um paciente não obteve adesão a DOTS. Não houve abandono do tratamento, óbito, solicitação de transferência ou desligamento da pesquisa por parte dos pacientes. A negatização das baciloscopias positivas ocorreu de forma decrescente, sendo 100% positivas ao início do tratamento, 21% no segundo mês e 0% no terceiro.

Os autores consideraram que modelo proposto neste estudo obteve um ótimo resultado, é exequível operacionalmente e pode ser implementado na estratégia saúde da família em cidades de médio e grande porte, onde as coberturas não atingem mais que 60% da população. Assim, não basta apenas monitorar a ingestão de medicamentos, devendo-se incluir outros aspectos, como o vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial e a adequação aos hábitos e necessidades individuais. Além disso, é importante ressaltar que o compartilhamento das decisões relacionadas à saúde do paciente envolve, além dele, sua família e a comunidade à qual pertence. É fundamental, portanto, que sejam reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, visando ao fortalecimento da autonomia, para que se efetive o autocuidado (WHO, 2003).

O quarto trabalho foi realizado por Terra e Bertolozzi, (2008) e trata de outra experiência de trabalho com a estratégia DOTS na adesão de 22 pacientes submetidos ao tratamento da tuberculose, realizada nas Unidades Básicas de Saúde e Vigilância Sanitária do Butantã (SP) de maio a julho de 2006. A avaliação teve por base os depoimentos de profissionais de saúde que atuavam no âmbito gerencial ou assistencial junto ao Programa de Controle da Tuberculose. Apontou-se que a manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento pelo doente é decorrência da DOTS e do empenho dos profissionais de saúde em manterem comunicação adequada com os doentes. Conforme os depoimentos, a DOTS é interpretada como atividade que assegurou a manutenção do tratamento e deve ser mantida na UBS. Além disso, tornou a UBS mais acolhedora e possibilitou proximidade com o paciente. Considerou-se que os efeitos colaterais dos medicamentos também influenciaram na adesão e a importância do profissional de saúde colocar-se disponível para ouvir o paciente e buscar solucionar eventuais dúvidas. Deve-se

identificar o estilo de vida do indivíduo e sua dinâmica familiar, além de suas crenças, opiniões e conhecimentos sobre a doença e o tratamento.

O quinto trabalho foi realizado por Cantalice Filho (2009) no período entre setembro de 2001 e julho de 2006 com 142 pacientes em tratamento ambulatorial no Posto Municipal de Saúde (PMS) no município de Duque de Caxias (RJ). Foram observados pacientes tratados em dois períodos distintos e o efeito do recebimento do incentivo alimentício oferecido em um desses períodos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: o primeiro incluiu 68 indivíduos que receberam apenas a quimioterapia padronizada pelo Ministério da Saúde. O segundo grupo incluiu 74 indivíduos que, além do medicamento, também foram beneficiados com cestas básicas de alimentos não perecíveis mensalmente. Todas as informações foram obtidas através de consultas aos prontuários médicos.

No grupo de pacientes que não recebeu cestas básicas, 46 pacientes (69,7%) foram curados e 20 (30,3%) abandonaram o tratamento, enquanto, no grupo que recebeu cestas básicas, 61 (87,1%) foram curados e apenas nove (12,9%) abandonaram o tratamento ($p = 0,013$), mostrando uma forte diferença estatística entre eles.

Neste artigo, foi possível estimar o efeito benéfico de um incentivo simples como o alimentício nas taxas de alta por cura e de abandono em uma unidade primária de saúde. Dessa forma, pode-se admitir que a adoção de medidas incentivadoras ao tratamento pode ser útil na obtenção das metas desejadas pela Organização Mundial da Saúde, enquanto as demais melhorias sociais e estruturais não são alcançadas. Assim, quando os pacientes não possuem recursos suficientes para atender suas necessidades, devem-se levar em conta os fatores sociais e econômicos nas intervenções para a melhora na AT (WHO, 2003).

Dos cinco estudos relacionados à tuberculose, todos forneceram os medicamentos, um implantou retornos mais frequentes associados à educação em saúde individual, um forneceu incentivo alimentício e três implantaram a DOTS. Dos que utilizaram a DOTS, um deles associou treinamento da equipe, fornecimento de cestas básicas e vale transporte enquanto o outro utilizou cartões para registros dos pacientes e vale transporte. Neste cenário, todas estas estratégias foram eficazes e resultaram em melhor acompanhamento e interação com a equipe, maior conscientização do paciente em relação à doença e ao tratamento, levando à melhora na AT.

A análise das intervenções demonstra que o fornecimento dos medicamentos, incentivo alimentício e vale transporte estão contidas na primeira dimensão (WHO, 2003) relativas aos aspectos sociais e econômicos que podem dificultar a adesão do paciente. O treinamento da equipe e a educação em saúde individual têm relação com a segunda dimensão, que diz respeito ao sistema e aos profissionais de saúde e destaca a importância de os profissionais da equipe estarem aptos para ajudar pacientes a desenvolverem comportamentos de AT. Os retornos mais frequentes fazem parte da quarta e quinta dimensões, em que se procura intervir nas dificuldades com a patologia em si, comorbidades, tratamento, duração, complexidade e efeitos colaterais. A estratégia DOTS contempla todas as dimensões do relatório da WHO (2003), procurando intervir nas questões socioeconômicas, no sistema de saúde e no tipo de tratamento da TB, levando em conta as especificidades da doença e as dificuldades dos pacientes.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, optou-se por descrever estudos brasileiros práticos que tratam da AT. Apesar dos poucos estudos encontrados que descrevem e avaliam estratégias práticas para a melhora na AT, tanto para a AT medicamentoso como a outros tratamentos e programas de saúde, os estudos apresentados permitem concluir que é possível melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos de saúde.

Dentre as estratégias realizadas nos estudos brasileiros, destacam-se o trabalho em equipe multidisciplinar tanto no tratamento individual como em grupo e também a condução desse processo por meio de um trabalho em grupo com pacientes que vivenciam a mesma experiência. O trabalho em equipe resulta da interação de profissionais de diversas áreas (educador físico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, entre outros), demandando a capacitação da equipe, além de uma boa comunicação entre pacientes e profissionais. Ressalta-se ainda o melhor resultado quando existe o envolvimento da família e dos cuidadores e a condução desse processo por meio de um trabalho em grupo com pacientes que vivenciam a mesma experiência.

A maioria das intervenções se realizou por meio de programas educacionais em grupo (palestras, reuniões com profissionais, pacientes e

cuidadores), e individuais (treinos para o uso do medicamento, orientações jurídicas), nos quais foram utilizados materiais didáticos e de registros pessoais, aplicação de questionários e testes de conhecimento. Algumas estratégias de apoio e acompanhamento ao paciente mostraram-se efetivas como o atendimento pelo mesmo médico, *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS), apoio familiar, avaliação física e laboratorial, mensagens, lembretes e telefonemas, incentivos por pontos e prêmios e retornos mais frequentes. Os resultados demonstraram também a eficácia de intervenções que facilitam ou auxiliam o alcance, a prática, e a continuidade do tratamento por meio de simplificação, modificação, aquisição de novos equipamentos, fornecimento de medicamentos, vale transporte e cestas básicas.

Há que se reconhecer uma tendência dos sistemas de saúde na conscientização sobre a importância de uma melhor qualificação dos profissionais que possa resultar em uma maior aproximação com o paciente, seus familiares e a comunidade assistida. Assim, deve-se fomentar o desenvolvimento das lideranças em direção a uma melhor comunicação, que é essência das relações humanas e de trabalho o que refletirá na motivação dos profissionais e conseqüentemente, em melhores resultados na cooperação do paciente.

Reitera-se que os que tratam a AT como uma situação multifatorial, não como um fato isolado, tendo em vista as várias dimensões preconizadas pela WHO (2003), alcançam um melhor resultado. Confirma-se, assim, que a análise do trabalho real pode proporcionar uma visão mais completa do problema abordado. Espera-se que a descrição desses estudos possa trazer informações tanto do processo quanto do impacto das intervenções sobre a AT e que subsidiem o planejamento de ações que visem à melhora nos resultados da saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

- Barreto, A. S. B., Mendes, M. F. M., & Thuler, L. C. S. (2012). Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(2), 86-91. doi:10.1590/S0100-72032012000200008
- Bergel, F. S., & Gouveia, N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 898-905. doi:10.1590/S0034-89102005000600005
- Bugalho, A., & Carneiro, A.V.(2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Recuperado de <http://www.slideshare.net/FClinico/interven-para-aumentar-a-adeso-teraputica-em-patologias-crnicas>
- Busnello, F. M., Bodanese, L. C., Pellanda, L. C., & Santos, Z. E. A. (2011). Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97(3), 217-224. doi:10.1590/S0066-782X2011005000077
- Cantalice Filho, J. P. (2009). Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 992-997. doi:10.1590/S1806-37132009001000008
- Chapman, A. H. (2007). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(4a), 1091-1092. doi:10.1590/S0004-282X2007000600039
- Costa Junior, A. L. (2004). A intervenção psicológica no contexto de procedimentos médicos invasivos em oncologia pediátrica: discussão metodológica. In M. Z. S. Brandão (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 14, pp. 139-151). Santo André, SP: Esetec.
- Dalcin, P. T. R., Grutcki, D. M., Laporte, P. P., Lima, P. B., Viana, V. P., Konzen, G. L.,... & Pereira, R. P. (2011). Impacto de uma intervenção educacional de curta duração sobre a adesão ao tratamento e controle da asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 19-27. doi:10.1590/S1806-37132011000100005
- Domingues, M. C., Góes, M. P. S., Botelho, K. V. G., & Couto, G. B. L. (2009). O sistema cvdentus® e o comportamento infantil/ CVdentus® system and child's behavior. *Odontologia Clínico-Científica*, 8(3), 251-255. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=528584&indexSearch=ID>
- Fechio, J. J., & Malerbi, F. E. K. (2004). Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48(2), 267-275. doi: 10.1590/S0004-27302004000200010

- Fontes, M. J. F., Affonso, A. G. A., Calazans, G. M. C., Andrade, C. R., Lasmar, L. M. L. B. F., Nader, C. M. F. F., & Camargos, P. A. M. (2011). Impacto de um programa de manejo da asma sobre as hospitalizações e os atendimentos de urgência. *Jornal de Pediatria*, 87(5), 412-418, 2011. doi:10.2223/JPED.2129
- Freitas, A., Paz, J.A., Casella, E. B., & Marques-Dias, M. J. (2007). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy: a 10 year experience in children. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(2b), 381-384. doi:10.1590/S0004-282X2007000300003
- Gazetta, C. E., Vendramini, S. H. F., Ruffino-Netto, A., Oliveira, M. R. C., & Villa, T. C. S. (2007). Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(2), 192-198. doi:10.1590/S1806-37132007000200014
- Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In R. B. Haynes, D.W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A Adesão Terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2), 113-120.
- Lima, N., Knobel, M., Camargo, R. Y., Tomimori, E., & Medeiros-Neto, G. (2005). Impacto médico-social do tratamento medicamentoso da moléstia de Graves-Basedow em Hospital Público Universitário: avaliação retrospectiva e projeção prospectiva de conduta terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 49(4), 575-583. doi:10.1590/S0004-27302005000400017
- Lopes, M. C. S., Ferreira, L. O. C., & Batista Filho, M. (1999). Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 799-808. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400014
- Maciel, E. L. N., Silva, A. A., Meireles, W., Fiorotti, K., Hadad, D. J., & Dietze, R. (2008). Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(7), 506-513. doi:10.1590/S1806-37132008000700011
- Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Junior, A. L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2), 329-345. Recuperado de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/408/302>
- Mucci, P. R., Galhardo, R. A., Belfort, R., & Mello, P. A. A. (2002). Influência da orientação psicológica na fidelidade ao tratamento em portadores de glaucoma crônico simples. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 65(1), 65-70. doi:10.1590/S0004-27492002000100012

Ohira, M. L. B. (1998). Por que fazer pesquisa na universidade. *ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, 3(3), 65-76. Recuperado de <http://revista.acb.org.br/racb/article/view/329/388>.

Oshikata, C. T., Bedone, A. J., Papa, M. S. F., Santos, G. B., Pinheiro, C. D., & Kalies, A. H. (2011). Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 701-713. doi:10.1590/S0102-311X2011000400009

Persico, B. F. G., & Figueiredo, M. A. C. (2008). Grupos de adesão como fonte de recursos no convívio com HIV/AIDS. *Revista SPAGESP*, 9(1), 21-28. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100004&lng=pt.

Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2006). O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 812-817. doi:10.1590/S0034-71672006000600018

Terra, M. F., & Bertolozzi, M. R. (2008). O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 659-664. doi:10.1590/S0104-11692008000400002

Torres, H. C., Franco, L. J., Stradioto, M. A., Hortale, V. V., & Schall, V. T. (2009). Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 291-8. doi:10.1590/S0034-89102009005000001

World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste trabalho, muitos colegas opinaram no sentido de que a busca de estudos que apresentassem estratégias para adesão a qualquer tratamento, aplicadas no Brasil, seria muito amplo e que deveria ser focada em alguma patologia específica. A partir das primeiras buscas realizadas, já foi possível inferir que eram poucos os estudos que se propunham a descrever as intervenções, seus objetivos, processos e resultados (de sucesso ou insucesso).

Ainda que poucos serviços tenham buscado sistematizar e divulgar as estratégias utilizadas para melhorar a adesão ao tratamento de seus pacientes, esses puderam demonstrar que as estratégias utilizadas foram efetivas na melhora da adesão e conseqüentemente no resultado dos tratamentos. Para facilitar a implantação de estratégias que modifiquem a realidade nos serviços de saúde, é preciso que se conheçam os resultados advindos dessa utilização em outras experiências.

Considerando-se que esta dissertação relaciona-se à própria inserção da autora como profissional da área da saúde, optou-se por realizar uma caracterização buscando as principais questões que a literatura nacional apresenta sobre AT em serviços de saúde como um todo. Destaca-se que este material, que se pretende divulgar na forma de artigo e também de capítulo de livro, foi desenvolvido a partir da consulta a um número bastante significativo de referências. Assim a caracterização deste conteúdo pode tornar-se uma contribuição relevante posto que, como já citado, observa-se que a escassez de estudos específicos neste tema é acentuada.

Quanto à continuidade deste trabalho, está caracterizada pela própria atuação da autora onde poderão ser aplicadas na prática as estratégias apreendidas neste trabalho. Quanto a futuros trabalhos, pode se pensar em algumas possibilidades de estudo das relações de trabalho no setor da saúde que testem novas dinâmicas visando à proposição de alternativas adaptadas à realidade brasileira, na busca de um melhor resultado na AT.

As principais contribuições vislumbradas neste trabalho referem-se à caracterização dos estudos práticos sobre AT, e a análise dos aspectos referentes à realidade dos serviços de saúde no País. Considera-se que esta revisão pode auxiliar o encaminhamento de outros estudos relacionados ao tema como análise

preliminar da situação brasileira e apresentar perspectivas de interação em atividades de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde.

Outra questão a ser analisada são os aspectos coletados na análise de outras revisões sobre o tema, tanto dos Estados Unidos como de países da Europa, onde as atividades realizadas contam com uma estrutura e sistema de saúde mais organizados. Os resultados demonstraram semelhanças tanto nas dificuldades na AT como nas estratégias encontradas nos estudos brasileiros, o que justifica a importância de se conhecer propostas que obtiveram sucesso em outras realidades, bem como a de se divulgar os estudos brasileiros para outros países.

Espera-se que a análise dos estudos encontrados facilite o acesso a essas informações, para que profissionais possam atualizar, aprimorar e implantar esses conhecimentos no processo do trabalho em saúde. Assim, concluo com as palavras do Filósofo americano John Dewey: “Não é possível separar em uma experiência, o prático, o intelectual e o afetivo, e jogar as propriedades de uns contra as características dos outros. O ‘afetivo’ liga as partes em um todo único; o ‘intelectual’ nomeia o fato de que a experiência tem sentido; e o ‘prático’ indica a interação com os eventos e objetos que o cercam”.

REFERÊNCIAS

- Barreto, A. S. B., Mendes, M. F. M., & Thuler, L. C. S. (2012). Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(2), 86-91. doi:10.1590/S0100-72032012000200008
- Bergel, F. S., & Gouveia, N. (2005). Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 898-905. doi:10.1590/S0034-89102005000600005
- Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2004). Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Recuperado de <http://www.slideshare.net/FClinico/interven-es-para-aumentar-a-adeso-teraputica-em-patologias-crnicas>
- Busnello, F. M., Bodanese, L. C., Pellanda, L. C., & Santos, Z. E. A. (2011). Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97(3), 217-224. doi:10.1590/S0066-782X2011005000077
- Cantalice Filho, J. P. (2009). Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 992-997. doi:10.1590/S1806-37132009001000008
- Chapman, A. H. (2007). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(4a), 1091-1092. doi:10.1590/S0004-282X2007000600039
- Costa Junior, A. L. (2004). A intervenção psicológica no contexto de procedimentos médicos invasivos em oncologia pediátrica: discussão metodológica. In M. Z. S. Brandão (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 14, pp. 139-151). Santo André, SP: Esetec.
- Dalcin, P. T. R., Grutcki, D. M., Laporte, P. P., Lima, P. B., Viana, V. P., Konzen, G. L.,... Pereira, R. P. (2011). Impacto de uma intervenção educacional de curta duração sobre a adesão ao tratamento e controle da asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 19-27. doi:10.1590/S1806-37132011000100005
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., & Silva, A (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219. Recuperado em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Domingues, M. C., Góes, M. P. S., Botelho, K. V. G., & Couto, G. B. L. (2009). O sistema cvdentus® e o comportamento infantil/ CVdentus® system and child's behavior. *Odontologia Clínico-Científica*, 8(3) 251-255. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=528584&indexSearch=ID>

- Fechio, J. J., & Malerbi, F. E. K. (2004). Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 48(2), 267-275. doi: 10.1590/S0004-27302004000200010
- Fontes, M. J. F., Affonso, A. G. A., Calazans, G. M. C., Andrade, C. R., Lasmar, L. M. L. B. F., Nader, C. M. F. F., & Camargos, P. A. M. (2011). Impacto de um programa de manejo da asma sobre as hospitalizações e os atendimentos de urgência. *Jornal de Pediatria*, 87(5), 412-418. doi:10.2223/JPED.2129
- Freitas, A., Paz, J. A., Casella, E. B., & Marques-Dias, M.J. (2007). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy: a 10 year experience in children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(2b), 381-384. doi:10.1590/S0004-282X2007000300003
- Gazetta, C. E., Vendramini, S. H. F., Ruffino-Netto, A., Oliveira, M. R. C., & Villa, T. C. S. (2007). Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(2), 192-198. doi:10.1590/S1806-37132007000200014
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In R. B. Haynes, D.W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A Adesão Terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2), 113-120.
- Lima, N., Knobel, M., Camargo, R. Y., Tomimori, E., & Medeiros-Neto, G. (2005). Impacto médico-social do tratamento medicamentoso da moléstia de Graves-Basedow em Hospital Público Universitário: avaliação retrospectiva e projeção prospectiva de conduta terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 49(4), 575-583. doi:10.1590/S0004-27302005000400017
- Lopes, M. C. S., Ferreira, L. O. C., & Batista Filho, M. (1999). Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 799-808. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400014
- Maciel, E. L. N., Silva, A. A., Meireles, W., Fiorotti, K., Hadad, D. J., & Dietze, R. (2008). Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(7), 506-513. doi:10.1590/S1806-37132008000700011
- Marcon, E. R., Gus, I., & Neumann, C. R. (2011). Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 55(5). doi:10.1590/S0004-27302011000500006

Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Junior, A. L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2), 329-345. Recuperado de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/408/302>

Mucci, P. R., Galhardo, R. A., Belfort, R., & Mello, P. A. A. (2002). Influência da orientação psicológica na fidelidade ao tratamento em portadores de glaucoma crônico simples. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 65(1), 65-70. doi:10.1590/S0004-27492002000100012

Ohira, M. L. B. (1998). Por que fazer pesquisa na universidade. *ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, 3(3), 65-76. Recuperado de <http://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/329/388>.

Oshikata, C. T., Bedone, A. J., Papa, M. S. F., Santos, G. B., Pinheiro, C. D., & Kalies, A. H. (2011). Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 701-713. doi:10.1590/S0102-311X2011000400009

Persico, B. F. G., & Figueiredo, M. A. C. (2008). Grupos de adesão como fonte de recursos no convívio com HIV/AIDS. *Revista SPAGESP*, 9(1), 21-28. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100004&lng=pt.

Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2006). O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 812-817. doi:10.1590/S0034-71672006000600018

Terra, M. F., & Bertolozzi, M. R. (2008). O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 659-664. doi:10.1590/S0104-11692008000400002

Torres, H. C., Franco, L. J., Stradioto, M. A., Hortale, V. V., & Schall, V. T. (2009). Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 291-8. doi:10.1590/S0034-89102009005000001

World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Ficha de Avaliação dos artigos

IDENTIFICAÇÃO							
Nº do Artigo	Base de Dados	Ano	Volume	Número	Páginas		
Título:							
Periódico:							
1º Autor		Profissão	Titulação	Instituição			
2º Autor		Profissão	Titulação	Instituição			
INSTITUIÇÃO ONDE SE DESENVOLVEU O ESTUDO							
Instituição _____ () Unidade de Saúde _____ Cidade/Estado _____ () outros _____ () Hospital _____							
Palavras-Chave							
Objetivo							
População estudada		Quantos?	Quem?				
Patologia							
Fatores determinantes							
Dimensão dos problemas							
Dimensão da intervenção							
Resultados							
Conclusões							