

Marco Antonio Alves Brasil
Eugenio Paes Campos
Geraldo Francisco do Amaral
José Givaldo Melquiades de Medeiros

Psicologia Médica

A Dimensão Psicossocial da Prática Médica



20 Adesão ao Tratamento no Contexto das Doenças Crônicas

Gisela Cardoso e Rosa Garcia

► Introdução

Há algumas décadas o tema da não adoção de condutas de observância tornou-se um desafio e motivo de preocupação para as autoridades de saúde pública,¹ podendo ser considerado como um dos problemas mais sérios com a qual a prática médica tem que se defrontar no momento atual.

O conceito de adesão ao tratamento consiste no grau de coincidência entre o aconselhamento médico ou de saúde e o comportamento do paciente; incluindo todas as orientações da equipe que acompanha o paciente,² no que se refere a ingerir medicamentos, seguir dietas, comparecimento às consultas e modificação de hábitos. Sendo assim, ela é o resultado de uma interação complexa entre o paciente, a medicação prescrita e o sistema de saúde.

Para o Ministério da Saúde brasileiro³ o conceito de adesão é o estabelecimento de uma atividade conjunta, na qual o paciente não apenas obedece à orientação médica, mas entende, concorda e segue a prescrição recomendada pelo seu médico. Significa que deve existir uma aliança terapêutica entre médico e paciente na qual são reconhecidas não somente a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento.

A adesão varia em função de inúmeros fatores relacionados com a doença, ao tratamento,

ao doente e inclusive ao método de medição.⁴ Leite e Vasconcellos⁵ sinalizam que, entre os diversos fatores citados na literatura, não se pode deixar de pensar na questão da falta de acesso ao medicamento, pois o mercado farmacêutico concentra-se nos países economicamente mais ricos, voltado às classes sociais mais abastadas. Apesar de no Brasil a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades de forma completa, embora haja um grande avanço nesse sentido,⁵ como no caso da terapia antirretroviral para AIDS e no tratamento para tuberculose e hanseníase, entre outros.

Não há um padrão consensual de definição da adesão, contudo os estudiosos concordam que a adesão não é algo universal e que algum tipo de não adesão é sempre esperado, mesmo no caso das doenças graves. Os doentes não seguem exatamente aquilo que é prescrito e recomendado pelos seus médicos.

► Medição da adesão

Os métodos mais utilizados para avaliação da adesão a tratamento são:

- Perguntar diretamente ao paciente por meio de entrevistas ou questionários
- Estimar indiretamente através da contagem manual das pílulas remanescentes no

frasco de comprimidos ou pelo sistema de monitoramento eletrônico “MEMS” (*Medication Event Monitoring System*), onde se coloca um *chip* na tampa do frasco capaz de registrar o dia e a hora em que o frasco de remédios é aberto

- Dosar os marcadores biológicos que permitem a medida dos níveis séricos ou urinários da medicação em estudo (exame da carga viral, por exemplo, nos pacientes que fazem terapia antirretroviral).

Além destes, existem também outros modos de se obter informações sobre a relação do paciente com seu tratamento, que são a regularidade das idas às consultas médicas e a frequência de retirada das medicações na farmácia do local em que faz tratamento regularmente.⁶

O uso de medidas combinadas para avaliar a adesão são normalmente recomendadas de modo a abranger as múltiplas facetas do fenômeno.

O nível de adesão para obtenção de uma resposta clínica varia de doença para doença. Enquanto para a hipertensão são considerados aderentes os pacientes que tomam pelo menos 80% das doses, no caso dos pacientes com HIV/AIDS, o nível de adesão deve ser de 95%.⁷ Ser aderente, portanto, implica estar em conformidade com normas que são estabelecidas, variando de doença para doença.

A taxa média de adesão em inúmeros estudos realizados com doenças crônicas, como diabetes, artrite reumatoide, epilepsia, tuberculose e HIV/AIDS, inclusive as doenças psiquiátricas, como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão maior, tem se situado em torno de 50%.² A não adesão propicia o aumento no número de recaídas em 3,7%, elevando também os custos da re-hospitalização em 40%.⁸ Em estudo realizado em São Paulo, com pacientes esquizofrênicos, observou-se um custo com tratamento ambulatorial de apenas 11% dos recursos totais, contra 79,2% destinado às internações psiquiátricas, considerado pelos autores como um fator relacionado indiretamente com a falta de adesão.⁹

► Fatores associados a adesão e não adesão

A adesão ao tratamento é um tema complexo tanto para os pacientes quanto para os

profissionais de saúde, devido aos múltiplos fatores envolvidos relacionados com o paciente e seu entorno, com a doença e o tratamento, assim como a qualidade do serviço de saúde, incluindo o vínculo entre o paciente e a equipe de saúde. Não se pode reduzir a temática da adesão à lógica racional, devendo ser consideradas as diferentes influências, inclusive de ordem sociocultural.

• Paciente e seu entorno

É muito importante levar-se em consideração as características pessoais (estrutura de personalidade) e a história prévia da pessoa, ou seja, como fez para lidar anteriormente com situações de doença e/ou tratamentos, quais são os mecanismos de defesa predominantes – mecanismos mais regressivos (dissociação, negação e projeção) ou mais adaptativos –, como está organizada a rotina de vida do indivíduo (flexibilidade de horários, deslocamentos) etc.

Do ponto de vista psicológico, o paciente que adere ao tratamento, ao mesmo tempo em que se submete a uma situação de dependência, já seja da equipe de saúde, dos familiares etc.,¹⁰ precisa ter uma atitude ativa, de enfrentamento da doença. Os pacientes aderentes são participativos, exercitam a adesão no dia a dia, procurando informações sobre a doença, envolvendo-se com o tratamento. A doença, transforma-se em uma situação de aprendizagem e o doente se torna ativo lutando por sua saúde e sua vida (“doença-ofício”).¹¹ Com relação aos pacientes não aderentes, observa-se como a vivência da doença pode ser uma ameaça à própria identidade que precisa persistir como a de uma pessoa sadia, não precisando, então, nem de remédio, nem de tratamento.¹² Desse modo, o paciente não logra inserir-se em uma nova normatividade,¹³ como conseguem fazer os pacientes aderentes.

Não se pode, contudo, desprezar o valor das crenças e interpretações sobre o tratamento. Observa-se que os pacientes muitas vezes interrompem o tratamento quando se sentem melhor e/ou curados ou porque os sintomas diminuíram. Alguns estudos sinalizam que quando o paciente se sente pior ou não vê diferença também para o tratamento. Isso pode estar associado às concepções sobre o que é a recuperação e à etiologia da doença propriamente dita.¹⁴ Um paciente, por exemplo, após sucessivos tratamentos para tuberculose interrompidos, por

sentir-se melhor e “curado”, somente conseguiu concluir o tratamento depois de o médico que o assistia mostrar-lhe a radiografia em que se via de modo claro o pulmão ainda comprometido. Nesse caso, o médico precisou concretamente mostrar as evidências da doença (tuberculose) de maneira em que o paciente pudesse “compreender” que ainda estava doente.

Pacientes com baixa escolaridade costumam ter mais dificuldade,^{14,15} assim como aqueles com mais de uma doença associada, principalmente quando se trata de doenças estigmatizantes, em que a aceitação do diagnóstico é o primeiro passo para aderir ao tratamento.

Pacientes com história de uso atual de substâncias psicoativas e abuso de álcool^{4,14} também são mais vulneráveis à não adesão por perda de controle sobre os horários, dificuldade de submeter-se às rotinas das unidades de saúde, descuido consigo mesmo e baixa tolerância à frustração.

Vários estudos sinalizam que os transtornos psiquiátricos não tratados, como a depressão e o abuso de substâncias psicoativas, interferem não só na adesão ao tratamento, como na não utilização das medidas preventivas em pacientes com HIV/AIDS.¹⁶⁻¹⁸ O impacto dos sintomas mentais na piora da qualidade de vida dos pacientes com HIV é, desse modo, expressivo, podendo levar a dificuldades de adesão ao tratamento antirretroviral.¹⁹

Os pacientes delirantes, principalmente os que apresentam delírios paranoides, sentem-se ameaçados com o uso da medicação, podem pensar que ela vai causar mal, matar ou tirar sua potência sexual.

Munro *et al.*,¹⁴ a partir de uma revisão sistemática de estudos qualitativos em tuberculose, sinalizam que deve-se ter precaução em justificar a não adesão como sendo somente devida a falta de motivação (fatores pessoais). Fatores pessoais e sociais, incluindo pobreza e marginalização social, devem servir para identificar pacientes em risco de não adesão.

Em estudo realizado com mulheres soropositivas no Rio de Janeiro a maioria das mulheres descreve a percepção de um suporte social frágil (de aceitação de seu diagnóstico e apoio) por parte do meio onde estão inseridas, levando a um comportamento de afastamento em relação aos outros de modo geral, e especificamente no que diz respeito ao tratamento antirretroviral.

É importante destacar como o grau de apoio familiar e social é algo fundamental, não só na

aceitação da doença mas na condução do tratamento propriamente dito. A lembrança dos horários, o apoio nos momentos difíceis, o acompanhamento, mesmo que eventual, nas consultas médicas ou na realização de exames, faz com que o paciente sinta-se mais acolhido e compreendido em seu sofrimento psíquico e físico. Os pacientes não aderentes parecem em muitos momentos não conseguir desenvolver estratégias para lidar com as dificuldades vinculadas aos medicamentos (adaptação a novos horários, mudança na rotina de trabalho, restrições alimentares, efeitos colaterais, entre outros) e as limitações vinculadas à doença (temor de compartilhar o diagnóstico pelo temor de discriminação). Assim sendo, o apoio dos familiares e amigos nos ajustes e adaptações que precisam ser realizadas merece um destaque especial.

Os fatores socioeconômicos, mesmo nos contextos em que o tratamento é gratuito (custos indiretos) é também um peso importante no tratamento. Vários estudos sinalizam o impacto do tratamento na relação com o trabalho, por exemplo, no medo de perder o emprego ou de ser demitido.¹⁴ Muitos pacientes priorizam o trabalho, sendo que, para vários deles, haveria uma “escolha” entre tratar-se e manter o emprego. A falta de salário ou ausência de renda pessoal aparece como fator de risco para não adesão ao tratamento antirretroviral, independentemente do esquema terapêutico e do tipo de unidade de saúde.⁴ O suporte familiar pode ter forte influência na adesão também nesse aspecto financeiro.

▪ Doença e tratamento

Estar doente, para a maioria das pessoas, significa estar em situação de fraqueza, pois a doença representa sofrimento psíquico, prejuízo corporal, limitação das possibilidades físicas. É um golpe na integridade e um obstáculo ao exercício normal da vida.¹⁰ Vários estudos sinalizam que o tipo de doença parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento.^{5,7} Algumas doenças são mais graves do que outras, ou têm uma sintomatologia mais ou menos exuberante. Algumas doenças são mais estigmatizadas do que outras, sentindo-se os doentes, portanto, mais discriminados. Todos esses fatores não podem ser analisados isoladamente, já que podem ser vivenciados como fatores facilitadores ou dificultadores da adesão de acordo com o indivíduo e seu entorno.

Quanto à informação sobre o diagnóstico, alguns estudos mostram que a informação sobre o diagnóstico aumenta a adesão.²⁰ Outros estudos, avaliando psicóticos, concluem que esse tipo de informação dificulta a adesão, podendo levar ao risco de suicídio.²¹ Essas informações devem ser dadas somente quando a relação médico-paciente estiver bastante solidificada e quando o paciente estiver disponível e disposto a aceitar.²²

Além da doença propriamente dita, o tratamento, naturalmente, exerce uma influência sobre a adesão. O início do tratamento seria um dos momentos cruciais no qual apareceria com maior nitidez a necessidade de aceitação da doença e de se estabelecer uma relação de confiança com o médico e com a equipe de saúde.

Encontramos que o maior número de comprimidos prescritos e o tipo de esquema terapêutico estão associados a não adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido ao paciente.

Alguns esquemas terapêuticos, como no caso do tratamento do HIV e/ou da tuberculose, costumam ser complicados e exigir um grande empenho por parte do paciente, que precisa adaptar sua alimentação, horários e ritmo de vida para cumprir o tratamento,^{4,23} além de precisar de apoio por parte da rede familiar e/ou social.

A maioria das pesquisas e estudos de revisão^{14,24,25} sinalizam que os efeitos colaterais tem uma importante influência na falta de adesão ao tratamento. Esses efeitos colaterais – sejam reais ou não¹⁴ – podem ser um dificultador para a adesão.

Os efeitos colaterais nas doenças psiquiátricas interferem na qualidade de vida do paciente, pois podem causar sedação, parkinsonismo medicamentoso, acatisias, discinesia tardia e mesmo síndrome neuroléptica maligna e, na maioria das vezes, aumento de peso e disfunção sexual. Quanto às medicações de depósito, não foram totalmente aceitas no início pelos efeitos colaterais. Já existe, no entanto, *no mercado antipsicótico atípico na apresentação de depósito, o que vai facilitar a aceitação do paciente, sendo os efeitos colaterais bem mais atenuados*. Shirakawa²² relata experiência inicialmente difícil na utilização de medicação de depósito em um serviço de saúde de Londrina (atendimento a esquizofrênicos que não aderiam ao tratamento). Refere que no início foi bastante árduo,

mas que depois de algum tempo esses mesmos pacientes compareciam ao serviço espontaneamente, já bastante melhorados. A literatura indica que os pacientes preferem a medicação de depósito.²⁶ Às vezes os pacientes referem: *“a cada dia que pego o comprimido lembro que sou um psicótico. Prefiro a injeção toda semana ou todo mês”*. Além disso, a medicação de depósito fica mais confortável para os acompanhantes do paciente, pois assegura melhor a tomada da medicação, além de reduzir custos.

Em estudo qualitativo realizado com pacientes com HIV/AIDS no Rio de Janeiro,¹² o tratamento ARV é descrito como forte para os grupos dos pacientes aderentes e não aderentes, contudo, na hora de descrevê-lo, o adjetivo ganha sentidos opostos. Enquanto para os pacientes aderentes ele aparece destruindo e transformando tudo para melhor (ele é muito forte positivamente); nos não aderentes ele faz mal, piorando a qualidade de vida (ele é muito forte negativamente), principalmente pelos efeitos adversos. Vários pacientes não aderentes duvidavam dos efeitos benéficos do tratamento ARV. O tratamento seria a objetivação da própria doença, nesse caso, da AIDS.

Nota-se assim, na realidade, que algumas questões associadas aparentemente aos medicamentos propriamente ditos estariam relacionadas com a doença, no sentido de aceitá-la e poder ajustar-se a novas regras de vida impostas pelo tratamento, incluindo aí os possíveis efeitos adversos associados ao uso de algumas drogas.

▪ Relação paciente com a equipe de saúde e com a unidade de saúde

A atenção à saúde envolve ações de diferentes níveis de complexidade, englobando a interação entre os sujeitos, à organização do trabalho, o exercício da interdisciplinaridade no trabalho em equipe, a contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde.¹⁵ No Brasil a variável qualidade do serviço de saúde tem um alto poder de predição sobre a adesão nos tratamentos para HIV e hanseníase, independentemente das características dos usuários.^{4,27} Desse modo, é importante levar em consideração barreiras práticas, tais como acesso limitado à medicação, locomoção, reembolso (como nos casos dos planos de saúde que retardam ou rejeitam a solicitação do paciente), falhas no atendimento que podem ocorrer por espera

demorada para ser atendido, ou quando existe um intervalo muito grande entre as consultas, pois quanto maior o intervalo, menor a adesão.²⁸ A facilidade de acesso aos profissionais e ao serviço de saúde, no sentido de poder encontrar os profissionais em caso de dúvidas ou necessidade (atendimento não agendado e/ou de urgência) faz diferença em relação à adesão.

A posição da equipe de saúde pode também auxiliar enormemente. É importante que o médico possa encontrar um esquema terapêutico que melhor adapta-se à rotina e ao estilo de vida do indivíduo. Muitas vezes, o “melhor” esquema ou o tratamento “ideal” do ponto de vista clínico não é visto dessa maneira pelo paciente. É fundamental, então, que se ouça o paciente, procurando entender o que é possível e o que é melhor para ele, enquanto indivíduo que tem uma vida com especificidades e particularidades próprias.

Para os pacientes, de um modo geral, o vínculo com a equipe de saúde é extremamente importante. É em direção a ela que transferirá muitos de seus medos, suas angústias e expectativas em relação à doença e ao tratamento. Nessa relação que se estabelece entre ambos, é importante que, do mesmo modo que se possa acolher o paciente, se possa também estimular sua autonomia como sujeito que pode perguntar, opinar e questionar, ou seja, se posicionar. Desse modo, através do estímulo à sua participação, promove-se a realização de um trabalho conjunto, integrado, onde cada um tem seu grau de comprometimento e responsabilidade na condução do tratamento.

É fundamental que os profissionais de saúde procurem entender quais são as necessidades dos pacientes, tentando entender o sentido de ter determinada doença, assim como as queixas e dificuldades vinculadas à doença e ao tratamento (efeitos colaterais, adaptação de horários ao estilo de vida do paciente, possíveis conflitos devido à doença e vivências de discriminação etc.). É importante saber o que é possível de ser cumprido, respeitando o estilo de vida do paciente. Desse modo, promove-se a capacidade de diálogo e de “negociação”.⁴

É sabido que o paciente que tem boa relação com o médico e a equipe de saúde, mesmo no caso dos pacientes psicóticos, consegue melhor adesão ao tratamento. A confiança depositada no médico, a interação, o apoio, a competência que o profissional passa no seu tratamento, e a

própria disponibilidade e desejo do médico de querer tratar o seu paciente melhoram a adesão ao tratamento.

Em estudo qualitativo realizado com pacientes com HIV/AIDS,¹² a relação com o médico, especificamente, adquire sentidos bastante diferente para os grupos de pacientes aderentes e não aderentes. Enquanto para os pacientes aderentes é nítida a presença de um forte vínculo afetivo, para os pacientes não aderentes o que prevalece é uma relação vista de maneira bastante conflituosa. Para os pacientes aderentes o médico muitas vezes é descrito como um irmão, um amigo, alguém com quem se pode compartilhar todos os sentimentos. Já a maioria dos pacientes não aderentes relata não conversar com seus médicos. Alguns dos pacientes não aderentes relataram perceber um esforço por parte de seus respectivos médicos em querer uma aproximação com eles, mas ela é neutralizada por uma falta de iniciativa por parte deles próprios em aproximar-se de seus médicos.

Observa-se como a adesão, além de ser um processo, é extremamente dinâmica, sofrendo a influência de diferentes fatores, individuais e coletivos, em um contexto familiar e institucional.

► O que fazer quando o paciente não adere?

Uma das propostas para se atuar junto ao paciente com dificuldades de adesão ao tratamento é denominado trilogia da adesão, que corresponde a: informação, motivação e habilidades comportamentais:²⁹

- **Informação:** consiste na implantação de estratégias de educação junto ao paciente e sua família. É fundamental conhecer algo acerca da doença, incluindo sua causa, seu tratamento e os efeitos colaterais da medicação. À medida que o tratamento vai se desenvolvendo, dúvidas vão surgindo e é preciso ir processando mais informações. As perguntas do paciente e da família podem ser do tipo: “Por que eu tenho que tomar essa medicação?”; “Vou tomar para o resto de minha vida?”; “Quando vou ficar bom?”; “Isso vai acontecer novamente?”; “Por que tenho que ser internado?”.

- **Motivação:** quanto à motivação, encontramos mais dificuldades quando lidamos com pacientes psiquiátricos, principalmente o psicótico, já que o seu juízo de realidade está alterado; ou o deprimido, pois neste caso, pelo comprometimento do humor, o paciente não consegue ter motivação para o tratamento. Uma alternativa para melhorar a motivação nos pacientes psiquiátricos seria trabalhar tanto no comportamento como na compreensão dos fatores psíquicos, isto é, de forma psicodinâmica.³⁰
- **Habilidades comportamentais:** compete aos profissionais de saúde, junto com a família, tentar adaptar a tomada dos medicamentos ao estilo de vida do paciente. É fundamental estar atento para que o paciente não esqueça os medicamentos; criar condições para que isso seja adequado às suas necessidades, como por exemplo: colocar os comprimidos em locais que o paciente use no seu cotidiano, junto à escova de dentes, no traveseiro, e no caso em que o paciente não permaneça em casa, ou que mude sua rotina nos fins de semana, lembrá-lo de levar sempre consigo as medicações.

Em estudo realizado em Salvador, Bahia, para avaliar a importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos, somente 18,8% consideraram a recusa ao tratamento como principal item entre vários apresentados. Observou-se que quanto maior o tempo de atividade do psiquiatra, menor a importância dada à “recusa de tratamento”. Concluiu-se o quanto o psiquiatra na sua relação com o paciente deve estar atento à adesão.³¹

Os tratamentos psicológicos são tidos como de grande importância nesse tema. As psicoterapias individuais e de grupo, os grupos operativos, são referidos na literatura como preditores de boa adesão. Os pacientes e familiares que se submetem às intervenções psicossociais, bem como aos grupos de autoajuda, melhoram a adesão.³²

► Sugestões

- É extremamente importante perceber qual é o significado da doença para o paciente, qual é o sentido que ele dá

para o estar doente e para precisar dos remédios. Ser aderente implica aceitar a doença, adaptar-se a uma nova condição de vida, assumindo a própria responsabilidade no estar doente. O momento de início do tratamento é, com certeza, um dos mais delicados na relação com a doença, pois mobiliza todo o campo representacional da condição de ser doente. O paciente precisa estar seguro de que tomar os remédios é o melhor para ele naquele momento e não sentir que o tratamento é algo imposto pelo seu médico

- A identificação dos momentos de maior vulnerabilidade para o abandono do tratamento, como podem ser conflitos pessoais, dificuldades financeiras, falta de apoio e vivências de discriminação, são um sinal de alerta. Essas situações podem gerar sentimentos de insegurança, baixa autoestima, tristeza e desesperança que facilitam a descontinuidade do tratamento
- O grau de apoio e acolhimento por parte de parceiros/familiares e amigos é extremamente importante. O paciente necessita de ajuda para tomar os remédios, tanto na lembrança de horários, no apoio afetivo, nas informações que recebe, como na elaboração de estratégias que facilitem sua administração
- O papel das instituições de saúde é fundamental para que o paciente se sinta amparado e seguro. Quando o paciente não se sente acolhido pela instituição e compreendido pelos profissionais que o atendem, ele se torna mais vulnerável ao abandono.

► Referências bibliográficas

1. Souville M, Morin M, Cailleton V, Moatti JP. Attitudes, representation and practices of HIV infected patients in France. The impact of new treatments. *In: Memórias. VI Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales.* Cidade do México: Casa Abierta al Tiempo, 1998, p. 38.
2. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Issue 1.* Oxford: Update Software. 2003.
3. Brasil 1999. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Conceito e recomendações básicas. Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

4. Brasil 2000. Coordenação Nacional de DST/AIDS 2000. Pesquisadora principal: Nemes MIB. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no estado de São Paulo. Ministério da Saúde, Brasília.
5. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003;8(3):775-782.
6. Gomes RRFM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública* 2009;25(3):495-506.
7. Nemes MIB, Santa Helena ET, Caraciolo JMM, Basso CR. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saúde Pública* 2009;25(Sup 3):S392-S400.
8. Scherer ZAP, Scherer EA. O doente mental crônico internado: uma revisão da literatura. *Latino-Am Enfermagem* 2001;9(4):56-61.
9. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the state of São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2006;40(02):304-9.
10. Spitz L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. Cadernos do IPUB-Saúde Mental no Hospital Geral. Instituto de Psiquiatria-UFRJ, 1997;6:85-97.
11. Herzlich C. La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Uwe Flick (Org.) Paris: Litaimattan, 1992.
12. Cardoso G, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, ABRASCO, 10:1, jan-mar, Rio de Janeiro, 2005.
13. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
14. Munro S, Lewin AS, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLOS Medicine*, 4, 7: e238, July 2007.
15. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Britto e Alves MTSS, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20 Sup 2:S310-S321.
16. Hader SL, Smith DK, Moore JS, Holmberg SD. HIV infection in women in the United States. *JAMA* 2001;205:9.
17. Treisman GJ, Angelino AF, Hutton HE. Psychiatric issues in the management of patients with hiv infection. *JAMA* 2001;286:22.
18. Cournos F, McKinnon K, Wainberg M. What can mental health interventions contribute to the global struggle against HIV/AIDS? *World Psychiatry* 2005;4:3.
19. Tostes MA, Chalub M, Botega NJ. The quality of life of HIV-infected women is associated with psychiatric morbidity. *AIDS Care* 2004;16(2):177-186.
20. Rost K. The influence of patient participation on satisfaction and compliance. *Diabetes Educ* 1989;15:134-8.
21. Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatry Res* 2004;45:16-19.
22. Shirakawa I. Adesão na prática clínica. In: Shirakawa I (ed.). Esquizofrenia – Adesão ao tratamento. São Paulo: Casa Editorial, 2007.
23. Jordan MS et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: PR Teixeira et al. Tá difícil de engolir?. São Paulo: Nepaids, 2000.
24. Lignani Jr. L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6).
25. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDCG. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde* 2007;16(4).
26. Chesney M, Ickovics J, Chambers D et al. Self reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACGT adherence instruments. *AIDS Care* 2000;12(3):255-66.
27. Bakirtzieff Z. Identificando barreiras para aderência em tratamento de hanseníase. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12(4):497-505, Rio de Janeiro.
28. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescription. *JAMA* 2002;288:2862-79.
29. Garcia R, Schooley RT, Badaró R. An adherence trilogy is essential for long-term HAART success. *Braz J Infect Dis* 2003;7(5):307-314.
30. Garcia R. Papel da motivação na adesão ao tratamento psiquiátrico. *Rev Bras Neurol Psiq* 2001;5(3):97-102.
31. Garcia R et al. Importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat* 2005;38(4):129-134.
32. Leucht S, Heres S. Epidemiology clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;Suppl 5:3-8.