



Stella Maria de Sá Sarmento

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE:
Tendências e perspectivas
na literatura nacional e
Internacional**

Salvador

2001

Stella Maria de Sá Sarmiento

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE:
Tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Leny Alves Bomfim Trad

Universidade Federal da Bahia

Salvador

2001

Sarmiento, Stella Maria de Sá, 1969 -

Adesão ao tratamento de saúde: Tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional / Stella Maria de Sá Sarmiento. Salvador: UFBA/ISC, 2001.

XI p. 90 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Leny Alves Bomfim Trad

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

1. Adesão. 2. Comportamento de Saúde. 3. Psicologia da Saúde. I. Trad, Leny Alves Bomfim. II. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.

III. Adesão ao tratamento de saúde: Tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional.

Autora: Stella Maria de Sá Sarmento

Título: Adesão ao tratamento de saúde: Tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Leny Alves Bomfim Trad

Universidade Federal da Bahia

Aprovada por _____

Dirigente da Comissão Fiscalizadora

e pela banca examinadora, constituída pelos professores

Prof^a Leny Alves Bomfim Trad – Orientadora

Prof^a Ines Lessa

Prof. Fernando Rey

Programa autorizado para oferecer o título de: _____

Salvador, _____ de _____ de 2001

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo de Satisfação e Adesão.....	26
FIGURA 2 – Modelo de Crenças de Saúde.....	33
FIGURA 3 – Teoria da Ação Racional.....	39
FIGURA 4 – Modelo de determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Definições de <i>compliance</i> e <i>adherence</i> e sua correspondência com relações de submissão ou cooperação entre provedor de cuidados e sujeito da intervenção.....	88
QUADRO 2 – Fatores que influenciam o comportamento de adesão.....	24
QUADRO 3 – Principais construtos do Modelo Transteorético e Estágios de Mudança.....	100
QUADRO 4 – Influências à adesão citadas em estudos nacionais publicados entre 1980 e 1999.....	51
QUADRO 5 - Categorias de ambiente, suas características físicas e sociais e delineamento preliminar de categorias de influência ao comportamento de saúde.....	101

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Número de artigos sobre adesão, aderência e/ou colaboração do paciente publicados no Brasil e em outros países da América Latina por ano (1981 – 1999).....	46
GRÁFICO 2 – Freqüência de utilização dos termos adesão, aderência ou outros em trabalhos nacionais por década de publicação.....	47
GRÁFICO 3 – Abordagem teórica dos estudos sobre adesão publicados no Brasil entre 1980 e 1999.....	56
GRÁFICO 4 – Modalidades terapêuticas nas quais a adesão é mais freqüentemente estudada em trabalhos nacionais, por freqüência e década de publicação.....	57
GRÁFICO 5 – Estudos brasileiros sobre adesão publicados nas décadas de 80 e 90 por tipo e freqüência.....	60
GRÁFICO 6 - Patologias nas quais a adesão é mais freqüentemente estudada em estudos nacionais, por década de publicação.....	62
GRÁFICO 7 - Estratégias de mensuração da adesão empregadas em estudos nacionais, por década de publicação.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MCS – Modelo de Crenças de Saúde

MTT – Modelo Transteorético e Estágios de Mudança

SAMS – Sistema de Atenção Médica Supletiva

SDD – Sistema de Desembolso Direto

SUS – Sistema Único de Saúde

TAP – Teoria da Ação Planejada

TAR – Teoria da Ação Racional

TCS – Teoria Cognitiva Social

RESUMO EM LÍNGUA VERNÁCULA

Este trabalho está baseado numa revisão da literatura nacional e internacional sobre adesão a tratamentos de saúde publicada nas duas últimas décadas. Seu objetivo foi identificar tendências nesta produção e assim discriminar perspectivas para os estudos brasileiros sobre o tema. A análise da literatura internacional revelou tendências incidentes sobre a definição e construção teórica da adesão. A definição de adesão assume duas composições associadas aos termos *compliance* e *adherence*. Estas composições se diferenciam pelo status atribuído a provedor de cuidados e sujeito da intervenção no jogo de poder inerente à relação estabelecida entre eles. A construção teórica do fenômeno revela igualmente duas vertentes. A primeira delas situa a adesão como um fator modulador de resultados terapêuticos. A segunda vertente aborda a adesão como um comportamento de saúde. Enquanto comportamento de saúde, a adesão é estudada a partir de teorias e modelos, entre os quais o Modelo de Crenças de Saúde, Modelo Transteorético, Teoria da Ação Racional e Teoria da Aprendizagem Social. As vertentes na definição e construção teórica da adesão são levadas em consideração na análise da literatura nacional sobre a adesão, mas particularidades da produção local são destacadas. A abordagem da adesão como comportamento de saúde traz vantagens aos estudos brasileiros sobre o tema por oferecer uma aproximação sistemática dos fatores relevantes na adoção e manutenção de comportamentos orientados à saúde e por instrumentar intervenções de promoção da adesão. Defende-se, contudo, que a adoção desta abordagem não deve ser acrítica. Há que se considerar particularidades do cenário local e seus efeitos na produção e modulação da adesão a tratamentos de saúde. Alguns elementos de crítica e revisão são apresentados, com ênfase na desconsideração da determinação social do comportamento de saúde. Tais elementos fundamentam a proposição de alternativas para o planejamento de estudos brasileiros sobre adesão.

Palavras-chave: Adesão, aderência, tratamento, comportamento de saúde, Psicologia da Saúde

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

This work is based on a review of national and international literature on adherence to health treatments published in the last two decades. Its goal was to identify trends in this production and reflect on perspectives for Brazilian studies on the subject. The literature review revealed trends in the international regarding definitions of adherence/compliance and theoretical approaches to the phenomenon. Two different semantic fields are comprised by the terms compliance and adherence. These fields are distinguished by the status assigned to care provider and the subject of intervention in the power play inherent in the relationship established between them. The theoretical construction of the phenomenon also reveals two different approaches. The first one addresses adherence as a modulating factor to therapeutic results. The second approach understands adherence as a health behavior. As health behavior, adherence is studied through theories and models, including the Health Belief Model, Transtheoretical Model, Theory of Reasoned Action and Social Learning Theory. The strands in the definition and theoretical construction of adherence are taken into account to analyse international and national literature on adherence, but peculiarities of local production are highlighted. The approach of adherence as a health behavior may pose potential benefits Brazilian studies by providing a systematic approach of the relevant factors involved in the adoption and maintenance of health and behavior-oriented, and also by cueing adherence promotion interventions. It is argued, however, that adopting this approach should not be uncritical. We have to consider the particularities of the local scene and its effects on production and modulation of adherence to health care. Some elements of criticism and review are presented, with emphasis on the disregard of the social determinants of health behavior. These elements underpin the proposition of alternatives for the planning of Brazilian studies on adherence.

Key words: Adherence, Compliance, Health Treatment, Health Behavior, Health Psychology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 ADESÃO: ESTUDOS INTERNACIONAIS.....	19
2.1 Definições de adesão.....	19
2.2 Construção teórica da adesão.....	22
2.3 Comportamento de Saúde.....	27
3 MODELOS DE COMPORTAMENTO DE SAÚDE.....	31
3.1 Modelo de Crenças de Saúde.....	32
3.2 Modelo Transteorético e Estágios de Mudança.....	35
3.3 Teoria da Ação Racional.....	38
3.4 Teoria da Aprendizagem Social.....	41
4 ADESÃO: ESTUDOS NACIONAIS.....	45
4.1 Outras características da produção nacional.....	60
5 ADESÃO COMO COMPORTAMENTO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA.....	64
5.1 Individualismo e comportamento de saúde: Reflexos da construção de pessoa moderna.....	65
5.2 A determinação social do comportamento de saúde: Contribuições da Saúde Coletiva.....	68

6 CONCLUSÃO.....	71
6.1 Perspectivas para os estudos brasileiros sobre adesão.....	76
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE A	88
ANEXO A	89
ANEXO B	90

1 INTRODUÇÃO

No cenário internacional, os últimos cinquenta anos testemunham um conjunto considerável de esforços no sentido de compreender e solucionar o problema representado pela não adesão a tratamentos de saúde (DEMARBRE, 1994). Ao longo destes anos, a adesão tem sido reconhecida como um ponto de estrangulamento imposto por fatores sócio-psicológicos na implementação do tratamento recomendado (SHERIDAN; RADMACHER, 1992).

Numerosos trabalhos indicaram em que medida a não adesão produz efeitos deletérios sobre os resultados de tratamentos de saúde. A não adesão foi associada a aumento nos gastos com saúde por diminuir a efetividade do tratamento (COONS *et al.*, 1994, JOHNSON; BOOTMAN, 1995; PAYTON *et al.*, 1990) e, o que é mais grave, à deterioração do estado de saúde de pessoas (DUNBAR-JACOB, 1993).

A partir de meados da década de 70, os principais tópicos de estudo da adesão passaram a ser delineados e desenvolvidos (DUNBAR-JACOB; SCHLENCK, 1997). A recomendação do monitoramento da adesão em *trials* sobre eficácia de drogas pelo *Food and Drug Administration* no início dos anos 70 pode ser tomada como um marco na sistematização dos estudos internacionais sobre o tema. Outro indicador de organização da produção de conhecimento sobre adesão, que também sugere o crescimento do interesse pelo assunto, foi o surgimento de publicações especializadas, como o *Journal of Compliance in Health Care* (DEMARBRE, 1994).

De modo geral, a literatura internacional sobre a adesão publicada nas últimas décadas mostra um panorama de uniformidades e progressos, bem como pontos de inflexão e descontinuidade. O amplo corpo de estudos sobre o tema testemunha tanto um desenvolvimento conceitual, como o refinamento das pesquisas empíricas e intervenções sobre o fenômeno. Uma conseqüência deste esforço em construir teoricamente, ampliar a base empírica e intervir sobre a adesão é a manutenção – ou produção – de questões não suficientemente esclarecidas. Portanto, apesar do notável desenvolvimento da pesquisa

internacional sobre adesão, podem-se discriminar temas que merecem análise crítica, revisão e investigação.

No que tange a literatura nacional sobre a adesão, os últimos vinte anos contabilizam um volume reduzido de publicações. Isto sugere que o desenvolvimento do tema no Brasil ainda encontra-se em estágios iniciais, e que alguns passos fundamentais para esclarecer as características da adesão no cenário nacional ainda precisam ser dados.

Independentemente das características regionais, tanto a literatura nacional como a internacional refletem o reconhecimento da adesão como um aspecto relevante do tratamento de saúde, que envolve tanto condições e atores circunstanciais ao ato médico, como influências que remetem a outras – e mais amplas - dimensões do comportamento de saúde. Reconhece-se, sobretudo, o impacto da não adesão sobre o estado de saúde de indivíduos e grupos, o que faz do fenômeno um tema de interesse para a saúde pública.

Este é o cenário a partir do qual o presente trabalho se desenvolveu. Sua concepção fundou-se em duas constatações geradas pelos primeiros contatos com a literatura sobre adesão: se por um lado era possível acessar uma literatura internacional abundante e complexa, que orientava tanto a pesquisa como a intervenção sobre a adesão, por outro lado pouco se sabia sobre como a adesão era tratada por autores nacionais. Por conta disto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar a literatura nacional e internacional sobre a adesão, a fim de identificar tendências no tratamento teórico e empírico do fenômeno. Para tanto, busquei identificar as principais referências da literatura nacional e internacional sobre o tema, publicadas nas duas últimas décadas (80 e 90).

A revisão de literatura que fundamentou o trabalho partiu de consultas ao MEDLINE, principal base de dados bibliográficos da *U.S. National Library of Medicine* (NLM) e à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), principal índice bibliográfico da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). A MEDLINE foi utilizada na primeira consulta, realizada no segundo semestre de 1998. Foram pesquisados artigos de revisão sobre *patient compliance*, o que resultou na identificação de referências na

produção sobre adesão de origem predominantemente norte-americana, mas também européia (originadas na Grã Bretanha e Espanha, principalmente).

Uma vez que a literatura nacional não estava coberta nesta revisão inicial, uma segunda revisão bibliográfica partiu consultas ao LILACS, em março de 1999. Nestas consultas, foram utilizados como indexadores os termos “aderência”, “adesão” e “cooperação/colaboração do paciente”. A pesquisa resultou na identificação de 37 trabalhos, todos brasileiros. Esta estratégia foi repetida numa terceira consulta ao LILACS, em março de 2000. Nesta ocasião, a pesquisa sobre “adesão” identificou 267 artigos, a pesquisa sobre “aderência” resultou em 273 trabalhos e “colaboração do paciente” em 27. Em todas as pesquisas no LILACS predominaram trabalhos nacionais, mas referências de outros países da América Latina também foram encontradas.

Bases de dados não foram o único recurso utilizado para reunir referências. Outras estratégias incluíram consultas a bibliotecas virtuais¹, *sites* de organizações de saúde (nacionais² e internacionais³) e suas publicações, entre outros recursos facilitados pelo uso da Internet.

Tanto a metodologia empregada para a realização da revisão de literatura, como características da produção nacional e internacional consultada impuserem alguns limites ao trabalho de análise que propus e descrevo aqui. Em primeiro lugar, há que se considerar que, apesar das bases de dados permitirem acesso a um amplo volume de literatura sistematicamente organizada, este acesso não exaure a literatura existente sobre o tema pesquisado. O autor sempre tem que se haver com um descompasso entre o material que ele analisa e o progresso das publicações. Isto implica que, quando a análise é dada a conhecimento público, pode-se esperar uma plethora de textos já publicados e desconsiderados ou desconhecidos pela mesma.

¹ BIREME, PubMed, MSU *Libraries*, Scielo, Portal de Periódicos Estrangeiros da UFBA

² Ministério da Saúde, Psicologia On-line

³ *American Psychological Association, National Institutes of Health (EUA), National Cancer Institute (EUA), National Institute of Mental Health (EUA), electronic mailing service for the NIH initiative on Adherence Research.*

Como apontado anteriormente, a literatura internacional da qual partiu este trabalho foi predominantemente identificada através do MEDLINE. Diante do volume de publicações identificado através desta base de dados, selecionei artigos de revisão e reuni uma pequena amostra de artigos empíricos originais. Além deles, a análise da literatura internacional baseou-se em capítulos de livros com revisões sobre adesão, entre outros documentos nos quais encontrei sistematizados trabalhos recentes e pioneiros sobre o tema. Por conta desta seleção, e principalmente pelo volume e desenvolvimento das pesquisas internacionais, a minha análise da literatura internacional sobre a adesão incidu preferencialmente sobre aspectos conceituais desta produção.

A análise da literatura nacional tomou um contorno diverso por força de circunstâncias opostas, entre as quais destaco o número reduzido de trabalhos publicados entre 1980 e 1999. Além disso, como a base de dados consultada para mapeamento da produção nacional parecia favorecer a indexação de trabalhos brasileiros, considero aqui que os 172 trabalhos brasileiros que resultaram da compilação, organização e análise dos trabalhos reunidos pelas duas consultas ao LILACS são representativos da produção nacional sobre adesão publicada nas duas últimas décadas. Uma tal amostra de trabalhos permitiu uma análise mais minuciosa da produção nacional. Esta análise foi mais descritiva que a anterior e permitiu identificar, com relativa clareza, pontos de aproximação e afastamento entre a produção local e internacional.

Devo sublinhar, ainda, que o trabalho crítico sobre a construção teórica e abordagem empírica da adesão em ambos os contextos (nacional e internacional) foi fundamentalmente instrumentado pelo contato com os saberes explorados no programa de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, através de disciplinas e outras atividades acadêmicas.

O marco teórico que orienta este trabalho foi construído progressivamente, por etapas. Inicialmente partiu de duas disciplinas: Psicologia da Saúde e Antropologia. Ao longo do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, três outras referências passaram a dialogar com esta estrutura inicial: a Educação e Promoção à Saúde, algo da produção brasileira sobre Políticas de Saúde e, finalmente, a Teoria do Modo de Vida oriunda da Epidemiologia Social.

Educação e Promoção da Saúde foram agregadas ao marco teórico deste projeto como desdobramento da revisão de literatura internacional. Este campo de conhecimento foi consagrado pela adoção do comportamento de saúde como “principal variável dependente das pesquisas sobre o impacto de estratégias de educação em saúde” (GLANZ; LEWIS; RIMER, 1997, p. 9). Em textos que se inserem nesta área, foi possível encontrar, de forma sistematizada, não só as principais teorias e modelos de comportamento de saúde na sua formulação mais atual, como também análises históricas do desenvolvimento teórico e empírico destas teorias e modelos. É importante ressaltar que os textos sobre Educação e Promoção da Saúde consultados neste trabalho são de origem norte-americana e, naturalmente, refletem um determinado horizonte ideológico que define tanto a produção teórica como a prática neste campo.

A Psicologia da Saúde abarca as grandes teorias que sustentam a construção teórica e boa parte da pesquisa empírica sobre adesão aqui apresentada. As principais referências em Psicologia da Saúde utilizadas neste trabalho não se restringiram à produção norte-americana – a produção europeia também foi contemplada.

O recurso à Antropologia foi determinado por duas razões associadas ao trabalho crítico sobre os modelos teóricos e a produção empírica em adesão na Psicologia da Saúde e Promoção e Educação em Saúde. Em primeiro lugar, a análise destes modelos revelou uma insuficiente consideração de determinantes culturais, sociais, políticos e históricos da adesão, entendida como um tipo de comportamento de saúde. Em segundo lugar, e como consequência, a abordagem metodológica do fenômeno mostrava-se igualmente deficiente. Tanto a discussão metodológica como as técnicas geradas pela Antropologia (especialmente a Antropologia Médica) evidenciaram possíveis respostas para estas limitações.

O contato com a literatura nacional em Políticas de Saúde também instrumentou a crítica à produção nacional e internacional sobre adesão, especialmente por levantar a questão sobre em que medida o comportamento de saúde é influenciado pela estrutura do sistema de serviços de saúde e pelos modelos assistenciais que nele operam.

A Teoria do Modo de Vida representa a última referência agregada ao trabalho e, por isso mesmo, é a menos desenvolvida. No entanto, foi nesta teoria que encontrei uma articulação possível entre condições concretas de existência e seus reflexos sobre a subjetividade.

Neste trabalho, o leitor encontrará minha análise e conclusões a respeito da literatura internacional sobre adesão, uma revisão comentada sobre a literatura nacional sobre adesão publicada nas duas últimas décadas e, finalmente, uma revisão crítica sobre a perspectiva de construir e estudar a adesão como um comportamento de saúde. Estes tópicos estão distribuídos através dos próximos cinco capítulos.

No capítulo 2, exploro a literatura internacional sobre a adesão, nela destacando algumas tendências. Uma delas diz respeito à definição de adesão e suas implicações sobre a estrutura de poder inerente à relação entre o provedor de cuidados e o sujeito da intervenção em saúde. A outra tendência explorada diz respeito à construção teórica da adesão, que apresento como “vertentes” no estudo do tema. Aí introduzo os primeiros elementos do que adiante defenderei como perspectivas nos estudos brasileiros sobre adesão.

No capítulo 3, apresentarei de forma muito sucinta e simplificada os principais modelos de comportamento de saúde empregados na literatura internacional. Este capítulo foi incluído para situar as análises e discussões subseqüentes a ele. A apresentação foi baseada em revisões recentes do desenvolvimento teórico e empírico de cada um dos modelos, publicadas no livro *Health Promotion and Education*, de Glanz, Lewis e Rimer (entre outras fontes aí citadas).

No capítulo 4, apresento a produção nacional sobre adesão publicada nas duas últimas décadas. A análise desta produção tem como referência pontos de discussão levantados no capítulo sobre a literatura internacional, mas está sobretudo interessada em discriminar características locais.

No capítulo 5 são desenvolvidas algumas críticas ao estudo adesão como comportamento de saúde. Como descrito anteriormente, tais críticas são instrumentadas por teorias, quadros

conceituais e argumentos oriundos da Antropologia, Políticas de Saúde e a Epidemiologia Social latino-americana.

O trabalho é concluído no capítulo 6, com considerações a respeito de perspectivas para o estudo da adesão no Brasil. Estas considerações são uma consequência da construção do objetivo geral do trabalho: conhecer tendências na literatura nacional e internacional sobre a adesão a tratamentos de saúde.

2 ADESÃO: ESTUDOS INTERNACIONAIS

2.1 Definições de Adesão

Uma primeira conclusão a que se chega, ao analisar o conjunto da produção sobre a adesão, é a de que a adesão não é – ou melhor, está longe de ser – um fenômeno unívoco. Não só variam as definições, como também os termos que designam o mesmo fenômeno: *compliance* e *adherence* no inglês, *cumplimiento* e *adherencia*, no espanhol, adesão e aderência, no português - língua na qual foi identificada uma variedade de outros termos sucedâneos.

Uma vez que o conceito de adesão foi originalmente formulado na língua inglesa, sua análise semântica deve partir dos termos *compliance* e *adherence*. As traduções literais destes termos para o português são, respectivamente, “complacência, submissão, condescendência, consentimento, aquiescência” e “aderência, adesão, lealdade, fidelidade, devoção, participação” (NOVO DICIONÁRIO MICHAELIS, 1974). Enquanto o campo semântico do primeiro termo é marcado pelo atributo de passividade, por uma relação de submissão, o segundo agrupa ações de natureza mais ativa. Esta diferença fundamental está refletida nas principais definições de adesão propostas nas duas últimas décadas - mas não sem controvérsias e superposições.

A definição mais antiga de adesão encontrada entre os textos consultados é de 1979, e foi proposta por Haynes. Esta definição usa o termo *adherence*, referindo-se à “extensão na qual o comportamento da pessoa (em termos de tomar medicações, seguir dietas ou executar mudanças no estilo de vida) coincide com orientações médicas ou de saúde⁴” (HAYNES, 1979, p. 378). A tendência a relacionar adesão à correspondência entre orientações de um profissional de saúde e parte do comportamento do sujeito está na

⁴ Original em inglês, tradução minha.

essência da maior parte das definições de adesão encontradas, como a de Epstein e Cluss (1982) ou a de Fletcher (1989) (APÊNDICE A).

Depreende-se daí uma estrutura conceitual composta por quatro elementos: a) dois sujeitos, b) envolvidos numa relação assimétrica, c) um domínio de comportamentos que engloba ações sucessivas, de ambas as partes, e d) algum grau de coincidência entre aspectos destas ações. Os dois campos semânticos refletidos pelos termos *compliance* a *adherence* correspondem a duas composições desta estrutura.

Estas composições se diferenciam pelo o status atribuído a cada um destes sujeitos no jogo de poder inerente à relação estabelecida entre eles. Enquanto uma delas sugere uma maior passividade – ou submissão – por parte do sujeito de intervenção, a outra enfatiza o estabelecimento de uma relação de cooperação. Apesar do campo semântico do termo *compliance* estar mais próximo da primeira composição e *adherence* da segunda, esta correspondência nem sempre é assumida. As considerações de Frank *et al.* (1992) acerca da adesão ilustram esta condição.

Numa discussão sobre a adesão, Frank *et al.* (1992, p. 56) citam como definição básica de *compliance* a “extensão na qual o paciente adere comportamentalmente ao regime terapêutico” e afirmam que tal definição é mais freqüentemente usada com referência à extensão na qual o paciente usa medicações como prescrito. Os autores apontam a necessidade de efetuar uma ampliação na abordagem do fenômeno e sugerem o uso de termo *adherence*, que coloca mais ênfase no profissional, em seu esforço para formar uma aliança terapêutica com o paciente. Segundo estes autores, cabe ao provedor de cuidados usar técnicas educativas com o objetivo de “aumentar o consentimento comportamental” (FRANK *et al.*, 1992, p. 56) do paciente, isto é, fazer com que o paciente assuma como suas as metas sugeridas para o tratamento. Na proposta de Frank *et al.*, a correspondência entre os termos *compliance* a *adherence* e os campos semânticos discutidos anteriormente é afirmada.

Como resultado de um grupo de trabalho sobre a adesão a programas de reabilitação, Rheiner *et al.* (1980, p.28) propuseram como definição de *compliance* o “ato de conformar-

se a um plano de cuidado desenvolvido cooperativamente pelo cliente e por uma equipe de profissionais de saúde”. Estes autores atribuem ao termo *compliance* a construção conceitual anteriormente empregada ao termo *adherence*. Isto ilustra em que medida a diferenciação conceitual entre *compliance* e *adherence* não foi generalizada. O quadro 1 (ANEXO A) reúne as diferentes definições de *compliance* e *adherence* encontradas na literatura internacional consultada, e sua correspondência com relações de submissão ou cooperação entre o provedor de cuidados e o sujeito da intervenção de saúde⁵.

Independentemente da inconsistência na correlação entre estes termos e construções conceituais específicas, deve-se reconhecer que tais construções geram abordagens diferenciadas do fenômeno. Na verdade, pode-se supor que tal distinção responde pela emergência, a partir da década de 80, de idéias como *empowerment* e *informed decisions* no campo da Saúde Pública a nível internacional.

Estas idéias enfatizam a importância das mudanças comportamentais voluntárias e informadas como conseqüência das intervenções em saúde (GLANZ; LEWIS; RIMER, 1997). Surgem como respostas a críticas dirigidas às técnicas que vinham sendo aplicadas no campo de Educação e Promoção da Saúde. Estas técnicas, voltadas à mudança de comportamentos insalubres e adoção de comportamentos saudáveis, foram avaliadas como manipuladoras, restringindo a liberdade de escolha dos indivíduos ou grupos alvo e “sustentando o balanço de poder a favor do agente de mudança” (KIPNIS, 1994, p. 26).

Atualmente, a maior parte das técnicas de mudança de comportamento está baseada na “redução de impedimentos à mudança e na promoção da tomada de decisão informada” (GLANZ; LEWIS; RIMER, 1997, p. 26), mas acredita-se que mesmo assim, o exercício de poder inerente às mesmas continua sendo um problema não resolvido.

Os termos *compliance* e *adherence* são encontrados na literatura produzida em língua espanhola como *cumplimiento* e *adherencia terapéutica*, aos quais são atribuídos tratamentos conceituais similares aos expostos anteriormente.

⁵ A revisão da literatura internacional identificou textos publicados sobre *compliance/adherence* até 1998, mas as definições compiladas na tabela 1 foram publicadas até 1994. Isto se dá pelo fato dos textos mais recentes não trazerem novas definições, mas utilizarem definições anteriores – que correspondem àquelas apresentadas no quadro 1.

A terminologia empregada na literatura nacional sobre adesão é bastante diversificada. O termo cumprimento (tradução que se aproxima de *cumplimiento*) assume variações como seguimento, obediência, cooperação, observância, além de formas negativas como abandono, inassistência, absenteísmo, entre outras. Quanto ao termo *adherence*, há duas traduções adotadas na literatura nacional: aderência e adesão. O significado atribuído a estes termos por autores nacionais será discutido adiante.

2.2 Construção teórica da adesão

De modo similar ao que foi identificado como tendências na definição de adesão, dois grandes agrupamentos na construção conceitual do fenômeno podem ser propostos, tomando como base os estudos internacionais publicados nas duas últimas décadas.

O primeiro agrupamento – ou vertente – na construção teórica da adesão é consagrado pelos estudos seminais de Sackett, Haynes, Fletcher, entre outros autores. Os estudos destes autores introduziram os principais modelos de investigação ou linhas de pesquisa sobre a adesão, assim aportando vultosas contribuições à compreensão do fenômeno. Neles, a adesão é reconhecida como um fator modulador dos resultados terapêuticos, sendo estudada em relação a uma variedade de patologias, tratamentos e medidas de resultado, como prevenção de reincidências, alívio de sintomas, status de saúde, hospitalização, morbidade e mortalidade.

Os trabalhos agrupados nesta primeira vertente têm como objeto principal o estudo da adesão a terapias medicamentosas. Evidências empíricas acumuladas indicam que uma boa adesão a terapias medicamentosas pode prevenir reincidências, aliviar sintomas, reduzir a morbidade, hospitalizações e até a mortalidade (DUNBAR-JACOB; SCHLENCK, 1997).

Outro tópico de estudo favorecido nesta vertente é a determinação da prevalência da adesão a diversas terapias. Para tanto, estudos lançam mão de diversas medidas de adesão,

entre técnicas bioquímicas (análise de urina, níveis séricos da droga), inquérito ao paciente (entrevistas), relatos colaterais (estimativas de médicos/enfermeiras), contagem de pílulas e monitoramento de reposições.

Dunbar-Jacob e Schlenk (1997) avaliam que os métodos mais freqüentemente empregados em estudos internacionais tendem a superestimar a adesão. Apesar desta tendência a aumentar a magnitude da adesão, os estudos realizados nas décadas de 70 e 80 mostraram, com surpreendente regularidade, que independentemente da patologia ou do tratamento em questão, metade dos pacientes não seguia as recomendações médicas.

Alguns autores consideram típicos os achados sobre adesão ao tratamento da hipertensão. Vários estudos internacionais mostraram que metade dos hipertensos não estava em tratamento e, entre aqueles que estavam se tratando, cerca de metade não conseguia controle dos níveis pressóricos. Uma das principais razões para isso é a não adesão ao tratamento (SHERIDAN; RADMACHER, 1992; LESSA, 1998).

Outro tema que agrega um grande contingente de esforços nesta vertente refere-se à identificação de fatores que influenciam a adesão. Uma das hipóteses mais freqüentemente assumida pelos autores é a de que “a principal razão pela qual pacientes falham em implementar procedimentos médicos é o fato de médicos falharem em transmitir informações” (SHERIDAN; RADMACHER, 1992, p. 137). De fato, é no contexto da relação médico-paciente que duas potentes influências à adesão foram encontradas: a eficácia da comunicação entre ambos e a satisfação do paciente com o provedor de cuidados.

Apesar de um volume considerável de estudos sobre as possíveis influências à adesão estar disponível na literatura internacional, inconsistências e controvérsias são freqüentes entre seus resultados. Vejamos um quadro proposto por Sheridan e Radmacher, na primeira metade da década de 90.

Neste quadro, os autores compilam um amplo corpo de evidências empíricas sobre os fatores influentes sobre a adesão em diferentes contextos, como seguir o regime prescrito, permanecer em tratamento e adotar medidas preventivas. As pesquisas nas quais basearam-se estes autores são anteriores a 1992 e de origem predominantemente norte-americana.

Seus resultados foram sumariados no quadro que se segue. No quadro, a notação “0” representa achados inconsistentes, a notação “+” representa associação positiva entre o fator e o comportamento de adesão e a notação “-” indica ausência de associação. Pontos de interrogação indicam inexistência de estudos sobre o fator no contexto em questão.

QUADRO 2 - Fatores que influenciam o comportamento de adesão

	Seguir tratamento	Permanecer tratamento	Prevenção
<i>Características sociais</i>			
Idade	0	+	-
Gênero	0	0	+ ^(a)
Educação	0	0	+
Renda	0	0	+
<i>Variáveis psicológicas</i>			
Crenças sobre ameaça à saúde	+	+	+
Crenças sobre eficácia da ação	+	+	+
Conhecimento recomendação e objetivo	+	+	+
Atitude geral frente ao cuidado médico	0	0	0
Conhecimento geral sobre saúde/doença	0	0	+
Inteligência	0	0	0
Ansiedade	-	-	?
(Lócus de) Controle Interno	0	0	+
Distúrbio psíquico	-	-	?
<i>Contexto social</i>			
Suporte social	+	+	+
Isolamento social	-	-	-
Estabilidade do grupo primário	+	+	+
<i>Demandas situacionais</i>			
Sintomas	+	+	NA
Complexidade da ação	-	-	-
Duração da ação	-	-	-
Interferência em outras ações	-	-	-
<i>Interação com o sistema de saúde</i>			
Fatores de conveniência	-	-	-
Continuidade do cuidado	+	-	+
Fonte personalizada de cuidado	+	+	+
Satisfação geral	0	0	0
Interação envolve provisão de apoio	+	+	?

FONTE – Sheridan e Radmacher, 1992, p. 140⁶.

O quadro coloca em evidência a regularidade da associação de alguns fatores à adesão, a despeito da variação de contexto (seguir tratamento, manter-se em tratamento, prevenção).

⁶ Original em inglês, tradução minha

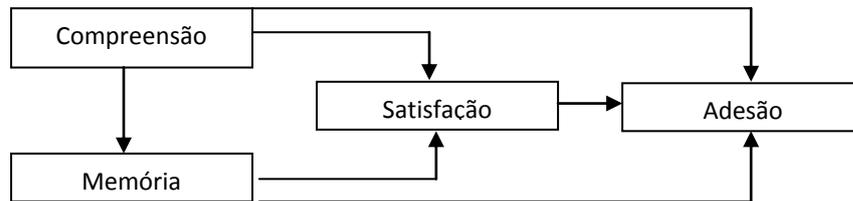
Os fatores consistentemente relacionados à adesão, a partir de estudos internacionais, são crenças individuais sobre ameaça à saúde representada por uma dada condição, crenças sobre a eficácia de uma determinada ação em reduzir esta ameaça, conhecimento acerca da recomendação médica (tratamento), bem como sobre os objetivos do mesmo, suporte social, estabilidade do grupo primário (que em geral corresponde à principal fonte de suporte social), presença de sintomas e, no grupo das variáveis relacionadas ao serviço de saúde, uma fonte personalizada de cuidado.

O primeiro movimento do leitor atento é presumir que estes fatores representam os reais determinantes da adesão, uma vez que várias fontes de evidência dão suporte a esta assunção. No entanto, cabe aqui o recurso a um clássico debate epistemológico para lembrar o leitor que, mais do que existentes na realidade, os dados são criados pelo pesquisador. O quadro de Sheridan e Radmacher não faz mais do que ilustrar esta assunção.

De fato, os fatores consistentemente relacionados à adesão nas pesquisas internacionais correspondem às principais teorias que guiam estudos sobre comportamentos de saúde. As crenças sobre ameaça à saúde correspondem a construtos postulados pelo Modelo de Crenças de Saúde, o mais freqüentemente empregado em estudo internacionais.

O conhecimento acerca do tratamento é um dos supostos resultados da comunicação entre provedor de cuidados e paciente, que corresponde ao elemento mais estudado dentro da relação médico-paciente. O modelo proposto por Ley ilustra esta vertente de estudo. Segundo este modelo, a adesão é influenciada pela satisfação do paciente com o profissional de saúde. A satisfação, por sua vez, depende do grau de compreensão do paciente acerca da recomendação médica e da sua capacidade de evocar esta informação (FIG. 1).

FIGURA 1 – Modelo de satisfação e adesão de Ley



FONTE – Quine e Rutter, 1994, p. 1275⁷.

No quadro de Sheridan e Radmacher, “fonte personalizada de cuidado” é tomada como uma característica do serviço de saúde. Este fator tem sido também estudado no contexto da relação médico-paciente, através de modelos que, numa direção oposta ao modelo de Ley, enfocam características afetivas (mais que cognitivas) desta relação.

Finalmente, o suporte social é tido como uma das funções das relações sociais e tem sido definido e medido de inúmeras maneiras (HEANEY; ISRAEL, 1997). Reconhece-se a estabilidade como uma das características da rede de apoio social.

Caplan *et al.* (1976, p. 138) situam o papel das teorias e modelos que integram achados empíricos sobre a adesão ao comentarem que a volumosa literatura internacional sobre o tema deixava a impressão de que “... há muitos ossos, mas a aparência do esqueleto permanece evasiva”. É neste ponto que cabe introduzir o que proponho ser a segunda grande tendência na construção conceitual da adesão.

A principal diferença entre a primeira e a segunda tendência (ou vertente) na construção conceitual da adesão é que, enquanto a primeira tende a uma abordagem descritiva dos fatores que influenciam a adesão, a segunda é consagrada por estudar a adesão através de teorias e modelos. Nestas teorias e modelos, as influências sobre a adesão assumem uma configuração mais complexa, que especifica efeitos diretos e mediados entre tais fatores e a adesão. Enquanto a primeira vertente toma a adesão como um fator (modulador de

⁷ Original em inglês, tradução minha

resultados clínicos), a segunda toma a adesão como um comportamento. Mais especificamente, como um tipo de comportamento de saúde.

2.3 Comportamento de saúde

Ogden (1996) encontra nas mudanças em padrões de mortalidade ocorridas ao longo do século XX a principal justificativa para o estudo do comportamento de saúde. De fato, análises recentes do estado de saúde das populações reconhecem a importância de fatores relacionados não só a condições de vida, mas também ao estilo de vida⁸, na produção do processo saúde-doença.

Em 1979, no livro *“The Role of Medicine”*, Thomas Mc Keown conclui que as doenças contemporâneas são causadas por influências determinadas pelo comportamento do indivíduo, e propõe que “a saúde depende primariamente da modificação de hábitos pessoais”.

Cinco anos antes, em 1974, um documento do ministro da saúde do Canadá, posteriormente conhecido como o “Relatório Lalonde”, já propunha ações de promoção à saúde baseadas em mudança de comportamentos, como o uso de álcool, cigarro e outras drogas, o comportamento sexual e hábitos alimentares (ZAMUDIO, 1998).

Ainda na década de 70, Belloc e Breslow examinaram a relação entre mortalidade e comportamento. Concluíram que sete comportamentos estavam ligados ao status de saúde: dormir de 7 a 8 horas por dia, tomar café da manhã diariamente, não fumar, raramente comer entre as refeições, estar próximo do peso ideal, usar moderadamente ou não usar álcool e exercitar-se regularmente (OGDEN, 1996).

⁸ Barreto e Hage (1994) classificam determinantes da saúde como micro-epidemiológicos (individuais) ou macro-epidemiológicos (coletivos). Estes autores apontam que fatores individuais têm sido favorecidos em estudos recentes sobre as condições de saúde de populações.

Estudos subseqüentes voltaram-se para a identificação de fatores que permitiriam prever os comportamentos de saúde. A maior parte destas pesquisas enfatizou crenças individuais como determinantes do comportamento de saúde (OGDEN, 1996), o que pode ser tomado como o grande viés dos estudos sobre o tema.

A definição de comportamento de saúde passou por uma série de revisões desde sua primeira formulação por Kasl e Cobb, em 1966. Através das definições de *preventive health behavior*, de *illness behavior* e *sick-role behavior*, Kasl e Cobb identificaram o comportamento de saúde a ações observáveis, relacionadas à definição da experiência de doença (diagnóstico) e ao uso de serviços de saúde (prevenção e tratamento)⁹. No início da década de 80, Gochman (1982, p. 97) efetuou uma primeira ampliação do conceito, referindo-o a outros fenômenos individuais (elementos cognitivos, personalógicos e traços/estados afetivos - emocionais), além do comportamento observável relacionado à “manutenção, restauração e melhoria da saúde”.

O comportamento de saúde foi posteriormente definido, “num sentido mais amplo”, como se referindo a “ações de indivíduos, grupos e organizações e a determinantes, correlatos e conseqüências destas ações, incluindo mudança social, desenvolvimento e implementação de políticas, melhora nas habilidades de enfrentamento e na qualidade de vida” (PARKESON *et al.*, 1983, p. 41). Apesar desta definição ainda enfatizar componentes da dimensão individual do comportamento de saúde, ela reflete uma mudança de orientação dirigida à consideração de mudanças sistêmicas.

As diferentes definições atribuídas ao comportamento de saúde são refletidas pelos modelos criados para explicar e prever o comportamento de saúde nos últimos anos. Estes modelos foram agrupados por Glanz, Lewis e Rimer (1997) como modelos individuais de comportamento de saúde, modelos interpessoais de comportamento de saúde e modelos de mudança do comportamento de saúde em intervenções comunitárias e grupais. Cada um

⁹ *Preventive health behavior* foi definido como “qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo que acredita estar saudável, com o objetivo de prevenir ou detectar uma doença em estágio assintomático”, *illness behavior* como “qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo que acredita estar doente, para definir o seu estado de saúde e para descobrir uma solução adequada” e *sick-role behavior* como “qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo que acredita estar doente, com o propósito de ficar bom” (KASL; COBB, 1966, p. 44, original em inglês, tradução minha).

destes conjuntos explica o comportamento de saúde, respectivamente, ao nível do indivíduo, das díades e dos grupos, e das organizações e comunidades.

Em revisões de artigos sobre teorias e modelos de comportamento de saúde publicados nas principais revistas internacionais do campo de Educação e Promoção em Saúde, estas autoras constataram que não há uma única teoria ou modelo conceitual que domine a pesquisa sobre o assunto. Nestas revisões, as teorias mais freqüentemente citadas na década de 80 e início dos anos 90 foram o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Ação Racional e a Teoria da Aprendizagem Social¹⁰. Na década de 90 foi possível identificar, contudo, uma rápida emergência do Modelo Transteórico - ou Modelo de Estágios de Mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983), e um aumento da freqüência de trabalhos que utilizavam o conceito de auto-eficácia – construto chave da Teoria da Aprendizagem Social.

Quando considerada como um comportamento de saúde – isto é, na segunda vertente de construção teórica da adesão que proponho neste trabalho, a adesão é estudada à luz destes modelos. Os modelos se caracterizam pela tentativa de relacionar construtos inspirados por diferentes teorias para explicar a adoção, manutenção e mudança de diferentes comportamentos de saúde – desde os comportamentos relacionados à prevenção (inoculações, exames de triagem/preventivos, exercícios físicos), passando por medidas curativas (adesão ao tratamento medicamentoso, dietoterapia, cessação do hábito de fumar, etc.) até comportamentos relacionados à reabilitação (realização de Atividades de Vida Diária - AVD, exercícios fisioterápicos, etc). Além de contribuir para a compreensão dos fatores que estão em cena da adoção e manutenção de comportamentos de saúde, estes modelos têm sido utilizados no planejamento de intervenções.

A articulação entre os construtos que estruturam cada um destes modelos é sensível à idéia de multicausalidade do comportamento humano. Os construtos, as relações que mantêm entre si e com o comportamento de saúde têm sido investigados de forma intensiva nas duas últimas décadas. As variáveis do Modelo de Crenças de Saúde (MCS), da Teoria da Aprendizagem Social (TAS), da Teoria da Ação Racional (TAR) e do Modelo Transteórico

¹⁰ Os dois primeiros são modelos de comportamento de saúde individual e o último faz parte do grupo de modelos interpessoais de comportamento em saúde.

(MTT) são em geral acessadas por escalas ou questionários específicos. A *Difficulty of Adherence Scale* (STANTON, 1987) ou a *Rehabilitation Compliance Scale* (RHEINER, 1994) são exemplos de instrumentos que partem destes modelos para acessar a adesão. As relações entre construtos (ou sua contrapartida empírica) e o comportamento de saúde são em geral verificadas por diferentes técnicas estatísticas, como correlações e análises de variância.

3 MODELOS DE COMPORTAMENTO DE SAÚDE

Como introduzido no capítulo precedente, o esforço em compreender e prever o comportamento de saúde resultou no acúmulo de um considerável corpo de evidências empíricas a respeito de fatores que o influenciam, engendram ou modificam. Na literatura sobre o tema, é clara a tendência a favorecer crenças individuais como principais causas do comportamento dentre o conjunto de influências estudadas.

Ogden (1996) propõe a existência de duas correntes nos estudos sobre a relação entre crenças e comportamentos orientados à saúde. Uma delas corresponde aos desenvolvimentos da Psicologia Social, Psicologia da Saúde e Educação e Promoção da Saúde, que consagraram o conceito de comportamento de saúde e a pesquisa e intervenção baseada em teorias ou modelos de comportamento de saúde. A outra corrente é representada pelos estudos desenvolvidos em disciplinas das Ciências Sociais, que enfocaram as teorias ditas “leigas” sobre saúde. Na Europa, são representativos desta corrente os estudos de Herzlich e Helman sobre representações sociais em saúde, enquanto que a América do Norte foi fortemente influenciada pelo trabalho de Arthur Kleinman e os modelos explanatórios de doença (KLEINMAN, 1978). Estudos desta corrente tendem a usar pesquisa qualitativa, diferentemente do que ocorre no estudo do comportamento de saúde, fortemente influenciada pela abordagem quantitativa.

Neste capítulo, apresentarei de modo resumido e bastante simplificado os principais modelos de comportamento de saúde empregados na pesquisa internacional sobre adesão. Tais modelos figuram aqui para instrumentar discussões que serão desenvolvidas nos capítulos subseqüentes. Estas discussões focarão as duas vertentes na abordagem da adesão expostas no capítulo anterior, com ênfase na adesão como comportamento de saúde. Esta é a razão pela qual uma revisão sobre a outra corrente de estudos das relações entre crenças e comportamentos de saúde/doença (estudos antropológicos e sociológicos) não foi incluída neste trabalho, apesar de sua reconhecida relevância.

Este capítulo introduz os modelos que a duas revisões de Glanz, Lewis e Rimer (1997) apontaram como os mais freqüentemente empregados nas pesquisas sobre Educação e Promoção em Saúde a nível internacional: O Modelo de Crenças de Saúde, o Modelo Transteórico (Estágios de Mudança), a Teoria da Ação Racional e a Teoria da Aprendizagem Social.

3.1 Modelo de Crenças de Saúde

Há quatro décadas, o Modelo de Crenças de Saúde (MCS) tem sido o mais utilizado em pesquisas sobre o comportamento de saúde. Através dele se procura explicar a mudança e manutenção de comportamentos, bem como resultados de intervenções.

O MCS foi desenvolvido na década de 50 por um grupo de psicólogos sociais do *US Public Health Service* para explicar o fracasso disseminado de programas de detecção e prevenção de doenças. Foi posteriormente ampliado para incluir respostas a sintomas (KIRSCHT, 1974) e ao comportamento em resposta à doença diagnosticada, particularmente a adesão a regimes médicos (BECKER, 1974).

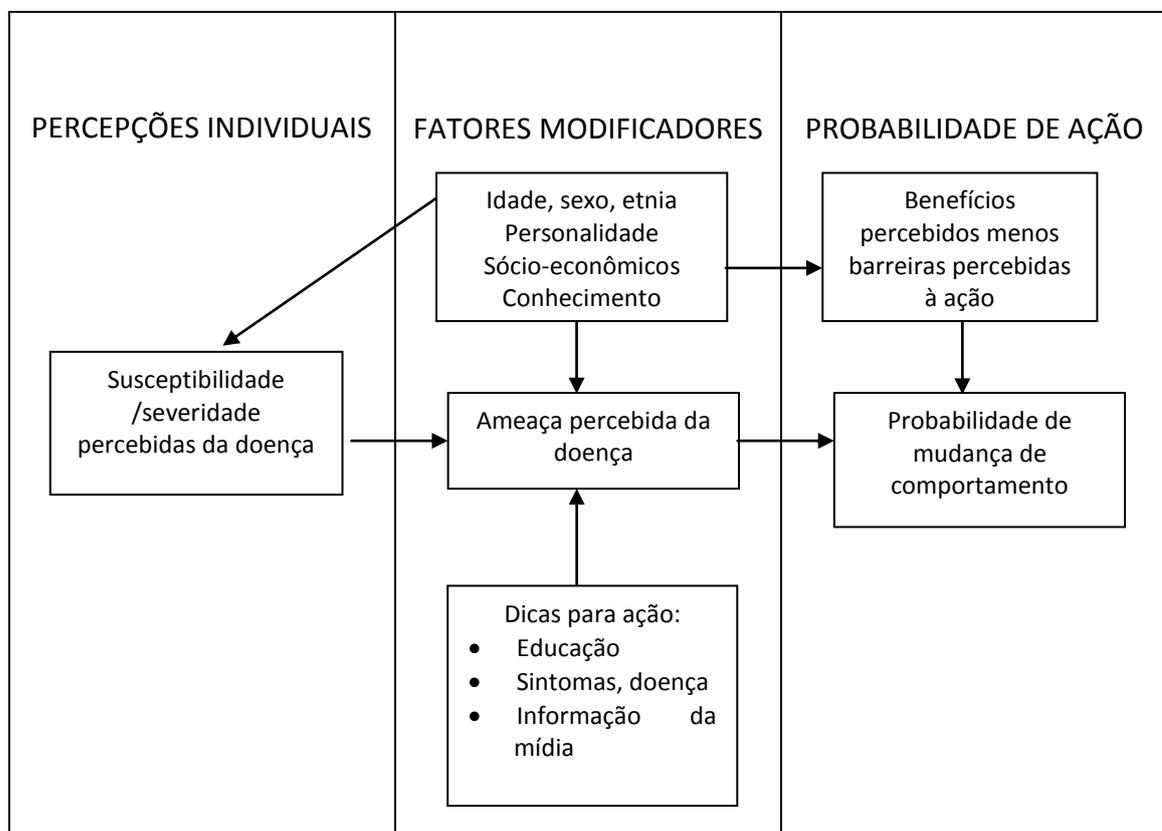
Nesta época, a psicologia social norte-americana estava marcada pelo esforço em desenvolver uma abordagem à compreensão do comportamento que reunisse teorias da aprendizagem derivadas de duas grandes fontes: a teoria de estímulo-resposta, e a teoria cognitiva de Tolman, Lewin, e outros autores (STRECHER; ROSENSTOCK, 1997).

O MCS é um dos resultados deste esforço, sendo reconhecido como uma teoria de expectativa de valor. Teorias de expectativas de valor assumem que comportamento é função de a) o valor subjetivo de uma consequência e b) da probabilidade subjetiva, ou expectativa, de que uma ação particular irá obter esta consequência (STRECHER; ROSENSTOCK, 1997).

A primeira versão deste modelo, elaborada por Hochbaum, Leventhal, Kageles e Rosenstock para explicar o comportamento de saúde no contexto da prevenção, foi publicada em 1966 (ROSENSTOCK, 1974). Quase dez anos depois, em 1974, uma edição da revista *Health Education Monographs* foi dedicada a este modelo e reuniu trabalhos de vários autores envolvidos no estudo e desenvolvimento do MCS.

O MCS foi amplamente investigado, o que resultou na inclusão de construtos não previstos no modelo original. Sua formulação atual está representada na figura 2, que se segue:

FIGURA 2 - Modelo de Crenças de Saúde



FONTE - Strecher e Rosenstock, 1997, p. 48¹¹.

¹¹ Original em inglês, tradução minha.

Este modelo discrimina que a probabilidade de adoção de um comportamento (de saúde) é função de perceber-se suscetível a uma dada condição negativa de saúde (susceptibilidade percebida), da crença de que esta condição tem conseqüências potencialmente graves (severidade percebida), da crença de que uma ação disponível no repertório individual reduziria a susceptibilidade ou severidade da condição e da avaliação de que os benefícios da ação são mais importantes que o custo (barreiras percebidas) gerado por ela.

Nas três últimas décadas, o MCS foi reconhecido como o principal modelo para explicar e prever a adesão a recomendações relacionadas à saúde e ao cuidado médico. A investigação empírica do MCS incluiu uma ampla gama de comportamentos de prevenção (vacinações, realização de exames de triagem, realização de auto-exame de mamas, uso de cinto de segurança, parar de fumar, comparecer a consultas de *check-up*) e comportamentos de doença (adesão a regimes variados – controle da hipertensão arterial, diabetes, doença renal terminal; uso de medicação entre crianças com otite e asma).

Os resultados destas pesquisas deram suporte a alguns componentes do MCS, mas também revelaram seus limites. Entre os achados empíricos está a constatação de que o componente “barreiras percebidas” é o mais poderoso preditor do comportamento de saúde, ao passo que “severidade percebida” é o preditor mais fraco. Além disso, “susceptibilidade percebida” explica melhor comportamentos preventivos que comportamentos de doença¹². Apesar do reconhecimento da importância de “dicas para ação” como incentivo à emissão de comportamentos de saúde, este conceito não foi empiricamente investigado.

Críticas ao MCS recaem tanto sobre aspectos teóricos, como sobre a metodologia empregada para estudá-lo. Entre as “fraquezas” mais freqüentemente atribuídas ao MCS estão a ênfase no indivíduo e insuficiente consideração do papel de fatores sociais e econômicos na produção e modelagem do comportamento, ao lado da falta de referência ao papel de fatores emocionais e o foco no processamento racional de informações. Por conta deste tipo de limite, o MCS é muitas vezes taxado de excessivamente “cognitivo” e estático, por não dar lugar a processos e mudanças (SCHWARZER, 1992).

¹² *Preventive health behavior* e *illness behavior*, respectivamente.

No que tange questões metodológicas, apesar do volume de pesquisas que partem do MCS ser considerável, o modelo é raramente utilizado em sua configuração original: as pesquisas tendem a empregar alguns construtos, desconsiderando sua estrutura. Mais importante que isto, entretanto, é a tradução de construtos em variáveis¹³. Boa parte da pesquisa acumulada sobre o MCS parte de medidas imprecisas (RIMER, 1997). Os estudos sobre o MCS geralmente utilizam a abordagem quantitativa, que nem sempre resultou em medidas válidas ou confiáveis, desconsiderando a especificidade contextual da amostra utilizada.

3.2 Modelo Transteórico e Estágios de Mudança

O Modelo Transteórico (MTT) foi proposto por Prochaska e Di Clemente no início da década de 80, como resultado de uma análise comparativa das principais teorias de psicoterapia e mudança de comportamento. O objetivo destes autores era integrar processos e princípios de mudança que fossem transversais a estas teorias, o que explica a sua denominação.

Prochaska e Di Clemente identificaram que apesar da diversidade de teorias e técnicas psicoterapêuticas praticadas na história recente do mundo ocidental, apenas dez processos de mudança estariam em questão ao longo de todas elas – a conscientização, o alívio dramático, a auto-avaliação, a reavaliação ambiental, a auto-liberação, a relação de ajuda, o contra-condicionamento, o manejo de contingências, o controle de estímulos e, finalmente, a liberação social.

Ao estudar estes processos de mudança entre tabagistas que tentavam parar de fumar, Prochaska e Di Clemente reconheceram que a mudança de comportamento não é um evento discreto, mas progride em estágios. Prochaska e Di Clemente inicialmente indicaram a existência cinco estágios no processo de mudança, cuja progressão não era necessariamente linear. Estes estágios corresponderiam à pré-contemplação (no qual não há

¹³ Considera-se aqui a definição de construto como “conceitos desenvolvidos ou adotados para uso em uma teoria específica” e de variáveis como “contrapartes empíricas ou formas operacionais dos construtos” (GREEN; LEWIS, 1986, p. 76).

intenção de mudança no futuro previsível), contemplação (quando já existe a intenção de agir – ou mudar o comportamento), preparação (a pessoa pretende agir no futuro imediato e já deu alguns passos nesta direção), ação (quando a mudança está efetivada e um novo comportamento se produz) e manutenção (o novo comportamento é sustentado no tempo) (PROCHASKA *et al.*, 1997; OGDEN, 1996). Posteriormente, um outro estágio foi agregado ao modelo (terminação), para explicar a manutenção de comportamentos de adição.

Após sua aplicação inicial ao tabagismo, o modelo foi empregado em estudos sobre outros comportamentos de saúde. Isto permitiu a expansão e desenvolvimento do modelo, que passou a considerar, além dos estágios e processos de mudança, o balanço decisório e a auto-eficácia.

O balanço decisório reflete o processo de contrabalançar prós e contras de deixar de desempenhar um dado comportamento, que sempre está em questão na mudança. No MTT, a auto-eficácia está fundada em dois construtos: a confiança e a tentação. Tanto a confiança quanto a tentação são específicas para o comportamento que se quer mudar. A primeira diz respeito à própria segurança quanto a não retomar o comportamento, mesmo diante de situações de risco. A segunda, quase auto-explicativa, fala do impulso de (re) engajar-se no comportamento que parou de ser emitido diante de situações conflitivas ou atraentes. Estes e outros construtos fundamentais do MTT estão resumidos no quadro 3 (ANEXO B).

Ao longo de duas décadas de aplicação, o MTT materializou suporte empírico para suas proposições. Entre os resultados mais interessantes está um padrão de distribuição de estágios de mudança que se repete a despeito do comportamento de saúde em questão. Este padrão indica que, em relação a parar de fumar, usar preservativos ou - o que é o nosso ponto - aderir a regimes medicamentosos, é de se esperar que 40% da população encontre-se no estágio de em pré-contemplação, outros 40% no estágio de contemplação e 20% em preparação para a ação. Este padrão refere-se a pesquisas realizadas na América do Norte.

Pesquisas com o MTT deram suporte ao papel do balanço decisório no processo de mudança e, ademais, relacionaram a pesagem de prós e contras à progressão ao longo dos estágios de mudança. Assim, para progredir de pré-contemplação para contemplação, os prós devem

aumentar; para progredir de contemplação para ação, os contras devem diminuir (PROCHASKA *et al.*, 1997). Ademais, alguns resultados sugerem que o processo mais eficaz para instrumentar a mudança depende do estágio no qual a pessoa se encontra.

Os principais proponentes do modelo acreditam que o MTT tem implicações importantes para a saúde pública, especialmente entre programas de promoção à saúde. Isto porque a identificação de um padrão de distribuição de estágios na população indica que a maioria da população em risco não seria beneficiada por programas tradicionais de prevenção. Este padrão permite estimar que apenas 20% da população que emite um dado comportamento de risco estariam efetivamente considerando mudar o comportamento de risco no futuro próximo (estágio de preparação).

Neste sentido, o MTT ofereceria princípios para o planejamento de ações que levassem em consideração os estágios de mudança. É o que Prochaska *et al.* entendem como uma “mudança de paradigma” em promoção à saúde: do paradigma da ação para um paradigma de estágios. Na prática, isto implica em, ao invés de esperar que o usuário se adéque a um programa, tratar de adequar o programa ao usuário - isto é, usar estratégias que levem em consideração o estágio no qual se encontra (PROCHASKA *et al.*, 1997).

O ponto forte do MTT é sua natureza dinâmica, o que justifica a ampliação de sua utilização como abordagem teórica em estudos internacionais na última década. Ademais, contrariamente ao MCS, inclui vários elementos não racionais e não cognitivos como determinantes do comportamento. No entanto, apesar dos seus proponentes enfatizarem a não linearidade dos estágios de mudança, programas baseados no MTT estabelecem estratégias para promover mudanças de comportamentos que implicam a sucessão crescente de estágios (de 1 a 5).

Apesar de introduzir a inovação de considerar a mudança como um processo e não um episódio, o MTT focaliza apenas fatores internos ao indivíduo que estão em cena na mudança de comportamento. Uma pergunta permanece sem resposta: Qual o papel de fatores extra-individuais no processo de mudança?

3.3 Teoria da Ação Racional

Fishbein desenvolveu a Teoria da Ação Racional (TAR) em 1967, a partir de uma crítica a pesquisas que vinham sendo desenvolvidas sobre as relações entre atitudes e comportamento. Fishbein acreditava que esta relação ainda não havia sido adequadamente compreendida porque as pesquisas não reconheciam a diferença entre atitudes direcionadas a um objeto e atitudes relacionadas a um comportamento. Para Fishbein, as pesquisas erravam ao tentar acessar atitudes relacionadas ao objeto e ao comportamento, medindo apenas atitudes relacionadas ao objeto.

Partindo desta hipótese, Fishbein encontrou que atitudes dirigidas ao comportamento eram melhor preditoras deste comportamento que atitudes relacionadas ao alvo para o qual tal comportamento estava direcionado.

Fishbein enfatizou a importância de obter um alto grau de correspondência entre medidas de atitudes, intenções e comportamentos em termos de ação, alvo, contexto e tempo. Para tanto, fundamentou-se no corpo de conhecimento acumulado pela teoria de medidas de atitude, que sustenta que uma atitude (direcionada a um objeto ou ação) é determinada por expectativas ou crenças relacionadas aos atributos deste objeto/ação e por avaliações destes atributos (MONTAÑO; KASPRZYK; TAPLIN, 1997).

A Teoria da Ação Racional (TAR) de Ajzen e Fishbein focaliza fatores motivacionais individuais como determinantes da probabilidade de desempenhar um comportamento, entre os quais destaca o papel exercido pela intenção.

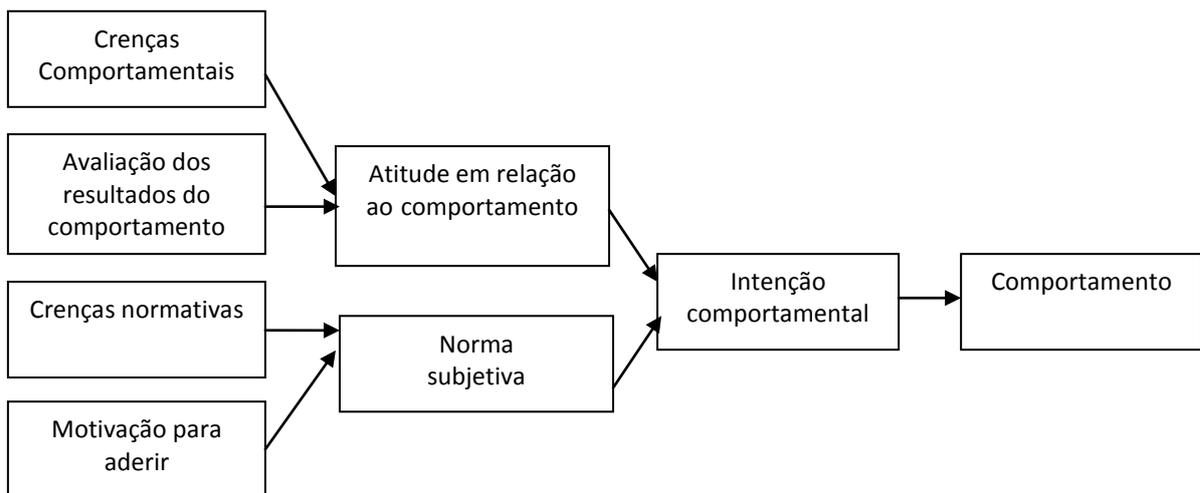
Os pressupostos básicos desta teoria são: a) a assunção de que os seres humanos são racionais e fazem uso sistemático das informações disponíveis quando tomam decisões; b) os comportamentos mais socialmente relevantes estão sob controle voluntário; c) a previsão do comportamento é uma função da intenção, que é determinada pelas atitudes pessoais diante do desempenho do comportamento e percepção pessoal das expectativas sociais

(que equivalem às expectativas dos “outros significativos”) sobre o desempenho do comportamento (RHEINER, 1995).

A atitude diante do desempenho é determinada pelas crenças do indivíduo acerca de resultados ou atributos de desempenhar o comportamento (crenças comportamentais), contrabalançadas por avaliações destes resultados ou atributos. A norma subjetiva, por sua vez, é determinada por crenças normativas (crenças a respeito da aprovação ou reprovação do comportamento pelos outros significativos), contrabalançadas pela motivação para aquiescer a estes referentes (MONTAÑO; KASPRYK; TAPLIN, 1997).

A Teoria da Ação Racional é resumida no seguinte modelo (FIG. 3):

FIGURA 3 - Teoria da Ação Racional



FONTE - Montaño, Kasprzyk e Taplin, 1997, p.87¹⁴.

Os proponentes da TAR desenvolveram instrumentos para medir cada um dos componentes do modelo. A maior parte deles corresponde a escalas bipolares às quais se atribuem escores, que geralmente variam de -3 a +3. Uma vez que se reconhece que resultados comportamentais e referentes variam em função do comportamento em questão e em função da população estudada, um passo crítico à aplicação da TAR é a determinação destas

¹⁴ Original em inglês, tradução minha.

variáveis, usualmente acessadas através de métodos qualitativos (entrevistas abertas, em profundidade). Isto faz do método de estudo da TAR o seu ponto forte.

O grande limite desta teoria foi identificado pelo conhecimento empírico acumulado sobre a mesma: a TAR é útil para explicar comportamentos que estão sobre controle volitivo. A maior parte do comportamento humano, incluindo comportamentos orientados à saúde, não se encaixa nesta categoria. Comportamentos emocionais, comportamentos habituais, comportamentos cujas causas não estejam imediatamente acessíveis à consciência (comportamentos subconscientes ou “inconscientes”) são exemplos do tipo de comportamento que a TAR não explica.

Porque a TAR não se aplica a comportamentos cujo controle volitivo é incompleto, Ajzen propôs uma variante da TAR, conhecida com Teoria da Ação Planejada (TAP). A TAP diferencia-se da TAR por incluir o “controle comportamental”, um construto que dá conta de fatores externos ao controle do indivíduo que podem afetar sua intenção e comportamento. Está baseado no reconhecimento de que além da motivação (intenção), o comportamento é determinado pela habilidade para desempenhá-lo. Diferentemente da TAR, A TAP não foi extensivamente estudada.

Ogden (1996) avalia que, apesar de manter o viés de tomar o indivíduo como um processador racional de informações, a TAP constitui um progresso em relação ao MCS. Isto porque, além de situar as cognições individuais num contexto social, inclui um componente de irracionalidade representado pelo valor (atitude negativa ou positiva diante do comportamento).

Acredito que além das críticas sobre a excessiva racionalidade do modelo (ou do ser humano que representa), cabe considerar em que medida a TAR ou a TAP de fato situam o indivíduo no contexto social. O contexto social implícito a ambos os modelos resume-se aos “outros significativos” que fazem parte da rede de relações sociais mais imediatas do indivíduo. Esta idéia se aproxima da teoria de *self* e sociedade de George Mead, que foi sistematizada e desenvolvida pelo interacionismo simbólico norte-americano.

Young apresenta uma crítica este tipo de noção do mundo social, apresentando-a como um viés no estudo de comportamentos orientados à saúde. Este viés consiste em favorecer uma perspectiva “diádica” na compreensão da interação humana. Segundo Young (1990), esta perspectiva consiste na tendência a ver relações sociais em termos de indivíduos ou pares de indivíduos. Suas premissas fundamentais são: a) a unidade básica de análise e ação é o indivíduo e b) unidades maiores que o indivíduo são compostas por outras díades. Young entende a perspectiva diádica como uma forma culturalmente específica de interpretar o comportamento, que não representa adequadamente o mundo social. Neste sentido, a Teoria da Aprendizagem Social, mais especificamente nos desenvolvimentos de Bandura, representa uma evolução em relação tanto à TAR, como à TAP.

3.4 Teoria da Aprendizagem Social

A Teoria da Aprendizagem Social foi introduzida em 1941 para explicar o comportamento de imitação entre animais e humanos. Dela fluíram duas correntes de teoria e pesquisa: o *locus* de controle em saúde e a Teoria Cognitiva Social (BARANOWSKY *et al.*, 1997).

O principal proponente da primeira corrente foi Rotter, que aplicou os princípios de aprendizagem social à psicologia clínica. Rotter propôs que a pessoa aprende ou é condicionada com base em sua história de reforçamentos positivos e negativos. O resultado disso é o desenvolvimento de um senso de *locus* de controle sobre os eventos da própria vida. O *locus* de controle pode ser interno ou externo.

Indivíduos com *locus* de controle interno apresentam uma tendência a implementar mudanças contando com os recursos pessoais dos quais dispõem. Indivíduos com *locus* de controle externo, por sua vez, são mais suscetíveis a serem influenciados por terceiros (pessoas ou circunstâncias) e estão inclinados a adotar uma atitude passiva diante de mudanças.

O locus de controle gerou muitas pesquisas no âmbito do comportamento de saúde, seja como principal referência teórica ou como uma das variáveis investigadas. Uma das constatações geradas por estas pesquisas foi a de que “conceder às pessoas controle sobre sua própria vida melhoraria os efeitos sobre sua saúde”¹⁵ (BARANOWSKY *et al.*, 1997, p. 154).

O outro desdobramento da Teoria da Aprendizagem Social corresponde aos desenvolvimentos teóricos de Albert Bandura. Bandura passou a denominar sua versão da Teoria da Aprendizagem Social de Teoria Cognitiva Social (TCS) a partir de 1986.

Bandura inovou a Teoria da Aprendizagem Social ao ultrapassar a idéia de que a ocorrência direta de reforços é necessária à aprendizagem, postulando uma modalidade de aprendizagem baseada em imitação e observação de reforços a comportamentos de terceiros (reforçamento vicariante).

Em 1977, Bandura propôs outra formulação seminal - o conceito de auto-eficácia, de fundamento cognitivo. No ano seguinte, estruturou o conceito de determinismo recíproco, que supõe uma interação contínua entre ambiente, pessoa e comportamento. Nos anos subseqüentes, a TCS passou a ser sistematicamente aplicada para explicar comportamentos de saúde (ABRAMS; FOLLICK, 1983, ABRAMS *et al.*, 1986, PARCEL; BARANOWSKY, 1981).

Dentro da TCS, o conceito de auto-eficácia é o mais utilizado para explicar a adesão, uma vez que discrimina mecanismos psicológicos atuantes na aquisição e manutenção de comportamentos de saúde (DEARBRE, 1994). Para Bandura, tais mecanismos correspondem a expectativas individuais relacionadas à própria capacidade para executar determinados comportamentos (juízos de eficácia) e às conseqüências do dito comportamento (juízos de resultado). O conceito de auto-eficácia inclui uma referência ao ambiente social imediato, contemplado nos juízos de eficácia integrativa. Os juízos de eficácia integrativa correspondem aos juízos que os indivíduos emitem sobre a eficácia dos demais.

¹⁵ Original em inglês, tradução minha.

O papel atribuído à influência do ambiente sobre o comportamento na TCS merece consideração. Esta influência está colocada na perspectiva do determinismo recíproco, que assume a condição de postulado na TCS. Em sua essência, o determinismo recíproco reconhece o comportamento como um fenômeno dinâmico, dependente de aspectos do ambiente e da pessoa, e a influência mútua entre estes três elementos (comportamento – ambiente – pessoa).

Bandura diferencia ainda ambiente de situação e, assim, configura um enquadre ecológico para o estudo do comportamento (PARRAGA, 1990¹⁶). Na TCS, ambiente corresponde a uma “noção objetiva de todos os fatores que podem afetar o comportamento de uma pessoa, mas que são fisicamente externos à mesma” (BARANOWSKY *et al.*, 1997, p. 158). Já a situação diz respeito à “representação cognitiva ou mental do ambiente (incluindo fatores reais, imaginados ou distorcidos) que podem afetar o comportamento de uma pessoa” (BARANOWSKY *et al.*, 1997, p. 158). A diferenciação entre ambiente e situação permite considerar o grau de consciência que a pessoa possui sobre as influências presentes no ambiente. Enquanto o ambiente pode afetar o comportamento sem que a pessoa se dê conta, a situação “guia e limita o pensamento e o comportamento” (BARANOWSKY *et al.*, 1997, p. 158).

Acredito que esta formulação representa uma boa aproximação ao que é, de fato, situar o indivíduo no contexto social. Bernier propõe que a realidade social admite dois níveis de análise: um lado objetivo, que enfoca instituições, objetos, modos de agir e de pensar, e um lado subjetivo, relacionado ao modo como os indivíduos vivenciam e pensam sobre estes aspectos objetivos (BERNIER, 1991). Enquanto o conceito de ambiente permite a consideração do tipo de variável proposta por Bernier na análise objetiva da realidade social, o conceito de situação contempla a subjetivação do social no indivíduo.

A TCS vai além de construir teoricamente a mediação entre indivíduo e sociedade. Intervenções sobre comportamentos de saúde baseadas nesta teoria têm concretizado suas assunções críticas em ações de prevenção e promoção à saúde que se endereçam não apenas ao indivíduo, mas também ao ambiente onde o mesmo está inserido. Nelas, as

¹⁶ Original em inglês, tradução minha.

intervenções sobre o ambiente objetivam a implementação de mudanças que atuem como suporte à mudança do comportamento individual (SIMONS-MORTON *et al.*, 1991). O quadro 5 (ANEXO B) ilustra como intervenções sobre o ambiente são concebidas a partir da TCS. Nele, além dos ambientes relacionados ao comportamento de saúde e passíveis de intervenção, estão especificados atores e categorias de influências que operam neste ambiente sobre o comportamento de saúde.

Segundo Baranowsky *et al.* (1997), a importância TCS no estudo do comportamento de saúde está em sintetizar idéias não previamente articuladas sobre a mudança de comportamento, englobando dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais. Creio que a TCS opera uma importante contribuição ao sugerir teórica e operacionalmente os meios através dos quais condições contextuais afetam o comportamento individual.

Críticas às intervenções baseadas na TCS dizem respeito ao fato da mudança de comportamento de saúde pretendida pelas mesmas nem sempre ocorrer. Trata-se de uma crítica que se aplica não só a todos os outros modelos apresentados neste capítulo, como também a uma ampla variedade de intervenções em saúde produzidas a partir de outras referências. Numa revisão sobre estudos de intervenção orientados à promoção de adesão, Haynes reconheceu que mesmo a mais efetiva destas intervenções não resultou em melhoria substancial da adesão (HAYNES *et al.*, 1996).

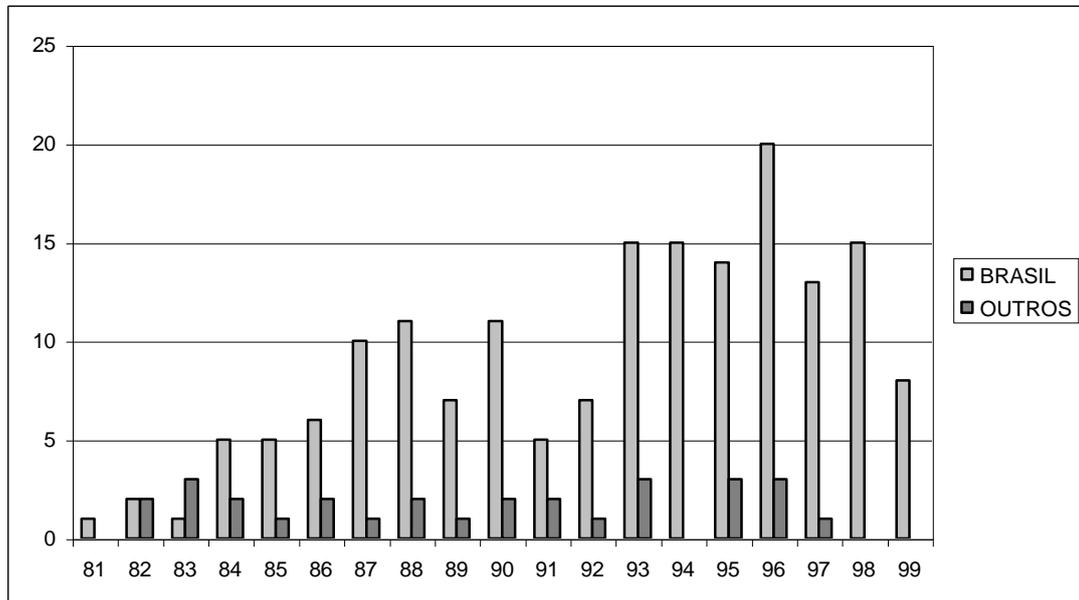
4 ADESÃO: ESTUDOS NACIONAIS

Em sua revisão sobre estudos epidemiológicos de adesão entre hipertensos e diabéticos, Lessa (1998) avaliou como escassa a produção sobre adesão em países em desenvolvimento. De fato, a produção de conhecimento sobre adesão a nível nacional contrasta com a literatura internacional pelo seu reduzido volume. Minha revisão da literatura brasileira sobre adesão, predominantemente baseada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), principal índice bibliográfico da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), identificou 172 artigos publicados entre 1980 e 1999 que faziam referência à adesão e/ou aderência e/ou termos correlatos.

O GRAF. 1 mostra o número de artigos sobre adesão, aderência e/ou colaboração do paciente publicados no Brasil e em outros países da América Latina entre 1981 e 1999. O gráfico sugere uma discrepância importante entre o número de publicações brasileiras e de outros países da América Latina. Uma vez que outras estratégias para acesso à literatura conduziram à identificação de artigos latino-americanos de relevância reconhecida que não estavam catalogados pelo LILACS (a exemplo da revisão de Homedes e Ugalde, de 1994), é possível que esta base de dados não ofereça uma cobertura exaustiva da produção latino-americana e que, ademais, favoreça a produção nacional. Por conta disto, limitar-me-ei aqui a analisar a literatura brasileira sobre a adesão.

O GRAF. 1 também evidencia que a produção brasileira sobre adesão na década de 90 é superior em volume à da década anterior. Enquanto a década de 80 soma 48 artigos, na década de 90 foram publicados 124 artigos, isto é, mais do que duas vezes e meia o número de artigos da década precedente. Esta ampliação pode sugerir um aumento do interesse de profissionais de saúde do Brasil sobre a adesão.

GRÁFICO 1 - Número de artigos sobre adesão, aderência e/ou colaboração do paciente publicados no Brasil e em outros países da América Latina por ano (1981 – 1999)



FONTE: Produção da autora

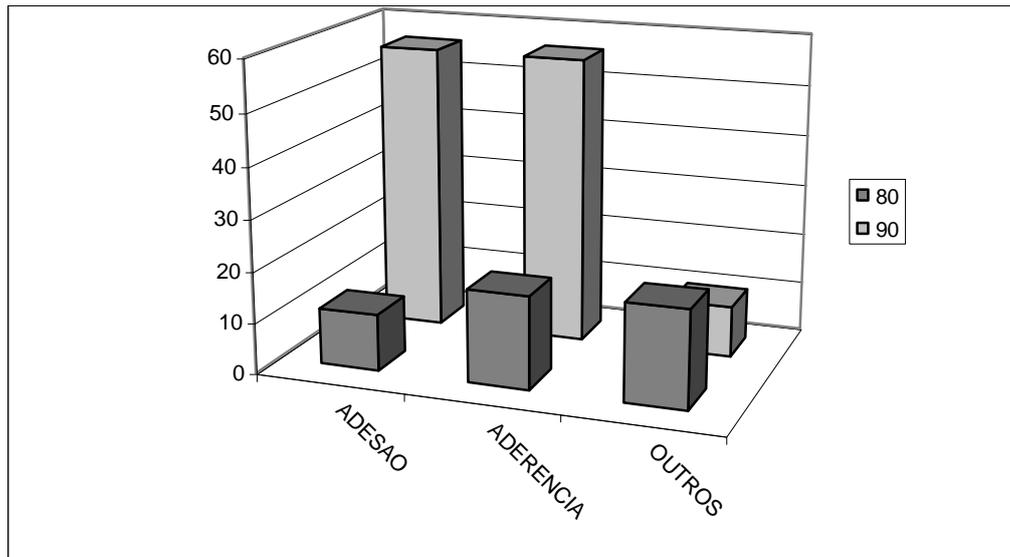
Na literatura nacional, chama atenção a diversidade de termos utilizados pelos autores em referência ao fenômeno adesão. Como foi apontado no segundo capítulo, o português é a língua na qual foi encontrada a maior diversidade de termos que se referem à adesão: cumprimento, seguimento, obediência, cooperação, observância, abandono, inassistência, absenteísmo, além de adesão e aderência. Deve-se considerar esta diversidade de termos como um fator que dificulta a identificação de estudos nacionais - condição que é ilustrada pelo artigo de Teixeira *et al.* (2000).

Neste artigo, os autores apresentam os resultados de sua revisão bibliográfica a respeito do cumprimento da prescrição entre idosos, que partiu de consultas ao MEDLINE, ao SOCIOFILE e ao LILACS. Teixeira *et al.* (2000) indicam como uma importante limitação do LILACS, que no seu entender depõe contra a confiabilidade desta base de dados, o fato do LILACS usar muitos descritores para um dado tema.

O que a minha revisão sobre adesão indica, contudo, é que são os autores nacionais – e não a base de dados em questão – que utilizam termos diversos para designar o mesmo tema. O

gráfico 2 mostra a freqüência na utilização de adesão, aderência (termos mais freqüentemente empregados nas duas décadas) e outros termos em publicações brasileiras nas décadas de 80 e 90.

GRÁFICO 2 - Freqüência de utilização dos termos adesão, aderência ou outros em trabalhos nacionais por década de publicação



FONTE: Produção da autora

A diferença no volume de publicações entre as duas décadas é também ilustrada pelo gráfico 2, mas o que nele se destaca é o favorecimento da utilização dos termos aderência e adesão nos trabalhos da década de 90. Enquanto que na década de 80 a freqüência de utilização de outros termos é quase idêntica à freqüência de utilização do termo aderência, na década de 90 há uma consolidação do uso dos termos adesão e aderência. O emprego do termo adesão é tão freqüente quanto o do termo aderência e constata-se uma diminuição importante na utilização de outros termos.

Pode-se tomar esta condição como mais uma evidência do aumento de interesse sobre a adesão, no sentido em que indica uma certa uniformização ou “acordo” entre autores brasileiros. Este “acordo” permite o uso intercambiável dos termos aderência e adesão na

produção brasileira. Foi possível observar, contudo, uma tendência a favorecer o termo “adesão” nos últimos anos da década de 90¹⁷.

Cabe ainda comentar que os outros termos mais freqüentes na literatura nacional são abandono e obediência. Lessa (1998), autora do primeiro estudo empírico sobre adesão no Brasil, propõe denominar a não adesão ao tratamento e a consultas de abandono. Entendo que o abandono é uma forma de não aderir o tratamento (talvez a mais completa), e não um substituto para o termo adesão.

Na literatura nacional consultada não foram encontradas discussões a respeito da correlação entre termos e construções relacionadas à natureza da relação entre sujeito da intervenção e provedor de cuidados, como ocorre na literatura em inglês, apesar da grande referência para os autores nacionais consultados ser o termo *compliance*. Alguns deles nem sequer o traduzem, mantendo-o na língua original (CAMARGO; ZANINI; LEITÃO, 1991, RIBEIRO NETO; ALVES, 1987) e assumindo sua correspondência com comportamentos de submissão, condescendência, complacência (FALEIROS, 1982; MARTINS; WATZKO, 1985).

A essência da discussão *compliance - adherence* apresentada no segundo capítulo é uma crítica à assimetria excessiva na relação entre profissional de saúde e paciente. Indica em que medida se assumiu, no campo de Educação e Promoção em Saúde a nível internacional, a importância de respeitar a liberdade de escolha do paciente (ou sujeito da intervenção), bem como incluí-lo no processo decisório implicado no estabelecimento do tratamento.

A inexistência de uma discussão desta natureza pode estar relacionada a características do contexto em que se desenvolveu a pesquisa nacional sobre adesão. Entre elas, destaco uma possível tendência a favorecer a concentração do poder no provedor de cuidados para o estabelecimento do tratamento. Outra evidência a favor desta hipótese é encontrada entre os fatores influentes sobre a adesão indicados por autores brasileiros, como veremos adiante.

¹⁷ Razão pela qual justifico o emprego do termo neste trabalho.

Cabe citar uma exceção a esta tendência hierarquizante, representada pelo artigo de Zeni (1986). Este autor defende a inclusão do paciente no planejamento terapêutico como estratégia para aumentar a adesão. Outros autores enfatizam a importância de empregar técnicas educativas para envolver o paciente no tratamento, sem contudo especificar o papel do paciente na definição do mesmo (VILELA; COSTA, 1991; CAMPOS, 1999).

A definição de adesão mais freqüentemente citada por autores nacionais é de Haynes (Cf. capítulo 2). De fato, Sackett e Haynes são referências quase onipresentes nos estudos brasileiros sobre adesão. Este é o primeiro grande indicador da vertente de construção teórica na qual se insere a maioria dos trabalhos nacionais sobre a adesão.

Outros autores amiúde consultados são Becker e Maiman, o que explica o reconhecimento por autores nacionais do papel das crenças (sobre severidade, susceptibilidade e eficácia do tratamento) na adesão ao tratamento de saúde.

O conjunto de fatores tidos como possíveis influências sobre a adesão por autores nacionais difere algo do que é posto na literatura internacional. Apresento abaixo um quadro no qual resumi e organizei o que propõem os autores brasileiros como barreiras ou fatores promotores de adesão. Neste quadro só figuram fatores com pelo menos três ocorrências entre os textos consultados – isto é, foram citados por pelo menos três autores diferentes, seja como barreira, fator promotor ou variável para a qual não se constatou associação com a adesão.

Trata-se de um quadro com óbvias diferenças em relação ao de Sheridan e Radmacher, apresentada no segundo capítulo. A diferença fundamental reside no fato de Sheridan e Radmacher terem compilado artigos empíricos sobre adesão, o que lhes permitiu organizar resultados de estudos internacionais em termos da associação entre um dado fator e seguir/manter um tratamento ou adotar procedimentos preventivos.

A tabela que se segue parte tanto de pesquisas empíricas como de artigos teóricos sobre adesão publicados no Brasil. Foi concebida para ilustrar os fatores considerados relevantes por autores nacionais entre as possíveis influências à adesão. Nada se pode afirmar sobre em que medida tais fatores representam influências comprovadas sobre a adesão de

usuários brasileiros a tratamentos de saúde oferecidos no sistema de serviços de saúde do Brasil.

O aparecimento do fator na literatura consultada é indicado pelo símbolo “+”. O número de símbolos em cada célula representa a frequência de citação do fator em questão como barreira e/ou fator promotor e/ou fator não relacionado à adesão entre os estudos nacionais. Algumas categorias são tidas em si como influência sobre a adesão, o que se encontra representado pelo emprego do símbolo “+” na linha da categoria, que divide grupos.

Os fatores estudados a nível internacional foram agrupados por Sheridan e Radmacher como características sociais, variáveis psicológicas, contexto social, demandas situacionais e interação com o sistema de saúde. Na tabela acima, proponho a organização dos fatores indicados na literatura nacional em nove grupos: características demográficas, variáveis psicológicas, da relação médico-paciente, relacionadas ao tratamento, à doença, aos serviços de saúde, à cultura e, finalmente, variáveis sociais.

É certo que o número e natureza dos grupos que organizam classes de variáveis influentes sobre a adesão refletem escolhas e a orientação teórica do(s) autor(es) da compilação. Acredito que além disso, o agrupamento de influências apresentado na tabela acima também reflete características da produção brasileira, na medida em que aponta qual são os fatores que ganham destaque no cenário nacional.

O agrupamento – ou categoria – de influências mais frequentemente citadas na literatura sobre adesão produzida no Brasil é o de variáveis relacionadas ao tratamento. Seguem-se, em ordem de relevância, as variáveis psicológicas, dos serviços, da relação médico-paciente, características demográficas, variáveis econômicas e sociais (igualmente citadas), da doença e, por fim, variáveis da cultura. Esta ordem de relevância sugere que os autores brasileiros atribuem importância a fatores contextuais à adesão, que extrapolam o nível individual ou da relação com o provedor de cuidados: aspectos relacionados aos serviços de saúde e ao contexto social e econômico no qual se desenvolvem cuidados à saúde.

QUADRO 4 - Influências à adesão citadas em estudos nacionais publicados entre 1980 e 1999

INFLUÊNCIA À ADESÃO	BARREIRA	FATOR PROMOTOR	NÃO RELACIONADO
<i>Características demográficas</i>			
Gênero			++
- Mulheres	+	+	
- Homens	+		
Idade	+		++
- Idosos	++		
- Crianças	+		
Raça	++		+
Educação	++	++	+++
Emprego	+++++		+++
<i>Variáveis Psicológicas +</i>			
Crenças ameaça à saúde (severidade + susceptibilidade)		+++	
Crença eficácia tratamento		+++++	
Conhecimento sobre o tratamento (prescrição)		+++++	
Conhecimento sobre a doença		+++++	
Motivação para aderir		+++++	
Memória	+++++		
<i>Relação médico-paciente +++++</i>			
Comunicação (inclui provisão informação)		+++++	
Aspectos afetivos		+++++	
Satisfação do paciente		+++++	
Habilidades do médico (empatia)		++++	
Atendimento individualizado, personalizado		+++	
Relação horizontalizada, mutualidade		+++	
<i>Tratamento</i>			
Complexidade (múltiplas doses, drogas e/ou procedimentos)	+++++		
Apresentação: pílulas, via oral	+++++		
Dieta	++	++++	
Efeitos adversos	+		
	+++		
	+++++		
	+++++		
Ausência ou debilidade do efeito da medicação	+++		
Alteração de hábitos, estilo de vida	+++		
Tratamento longo	++++		
<i>Doença</i>			
Cronicidade	+++++		
Sintomatologia presente	+	++++	+
Comorbidades	++		+
Forma clínica	++++		+
<i>Serviços de saúde</i>			
Acesso	+++		+
Doação medicação		++++	
Programa multiprofissional		+++++	
		+++++	
Estratégias educativas		+++++	
		+++	
<i>Variáveis econômicas ++</i>			
Custo da Medicação	+++++		
	+		
Pobreza	+++++		
<i>Cultura +</i>			
Crenças e práticas	+++++		
<i>Variáveis sociais ++</i>			
Suporte da família		+++++	
Viver só	+++++		

Fonte: Produção da autora.

Quanto à composição de cada categoria por fatores, constata-se uma correspondência entre influências à adesão estudadas na literatura internacional e as barreiras/fatores promotores citados por autores nacionais. Fatores incluídos por Sheridan e Radmacher no grupo de características sociais se reproduzem entre as “características demográficas”, mas na literatura nacional o indicador “emprego” é mais freqüentemente utilizado que “renda”.

Entre as variáveis psicológicas, também se reproduz a relevância das crenças sobre ameaça à saúde, crenças sobre eficácia do tratamento e conhecimento sobre o tratamento. Os fatores relacionados ao contexto social mais freqüentemente citados por autores brasileiros foram “suporte da família” e “viver só”. Estes podem ser tomados como formas particulares de suporte social e isolamento social - dois dos três fatores que compõem o grupo contexto social na tabela internacional.

Todos os outros fatores incluídos na tabela Sheridan e Radmacher e distribuídos entre os grupos “demandas situacionais” e “interação com o sistema de saúde” estão contemplados na tabela nacional, à exceção de ansiedade e distúrbio psíquico. Fatores como inteligência, estabilidade do grupo primário e continuidade do cuidado não foram incluídos na tabela acima pelo número reduzido de citações na literatura consultada.

Apesar do grupo “demandas situacionais” de Sheridan e Radmacher agregar fatores consensuais aqui distribuídos entre variáveis do tratamento e variáveis da doença, algumas barreiras há muito comprovadas por estudos internacionais estão fora dele. Este é o caso dos “efeitos adversos”, barreira à adesão mais freqüentemente citada por autores nacionais depois de “complexidade do tratamento”.

As variáveis atribuídas ao sistema de saúde na tabela de Sheridan e Radmacher refletem uma ênfase em aspectos da interação entre cliente e provedores de cuidado, isto é, nas relações humanas, mais do que em aspectos infra-estruturais do sistema de serviços de saúde. Esta é, sem dúvida, uma das principais diferenças entre a produção internacional e a nacional.

Apesar do destaque dado por autores brasileiros a variáveis da relação médico-paciente – justificando sua apresentação como categoria – um número importante de trabalhos discute

a relevância de variáveis relacionadas à organização dos serviços de saúde (como acesso ao serviço e doação de medicação) e ao modelo de prestação de serviços (programa multiprofissional, estratégias educativas) na adesão ao tratamento. Entre eles, destaco a tese de Bertolozzi, baseada numa pesquisa sobre adesão a um programa de controle de tuberculose. Esta autora encontrou que, entre outros fatores, a adesão estava influenciada pela estratégia de prestação de assistência à saúde e sua relação com a organização do processo de trabalho em unidades de saúde (BERTOLOZZI, 1998).

Pode-se supor que a presença de uma discussão desta natureza reflete não só características do sistema de saúde do Brasil, como também dos movimentos sociais que influenciaram a atual configuração do mesmo. No Brasil, a década de 80 foi marcada por mobilizações em vários segmentos sociais, fomentadas na crise da ditadura militar – uma crise do sistema político assentada em desestabilizações de vários setores do país, principalmente o econômico. O movimento pela democratização da saúde esteve entre os mais importantes movimentos sociais desta época.

Posteriormente reconhecido como Reforma Sanitária Brasileira, o movimento pela democratização da saúde representou uma reação à precariedade do estado de saúde da população brasileira, à ineficácia e distorções do sistema de saúde vigente e ao descaso do Estado em relação a este cenário (PAIM, 1999).

Críticas ao modelo excludente de organização dos serviços de saúde, aos modelos assistenciais hegemônicos e sua ineficácia em produzir impacto sobre os problemas de saúde da população e à desconsideração da determinação social do processo saúde-doença foram alguns dos elementos chave do pensamento crítico produzido no bojo da Reforma Sanitária (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000). Cursos de pós-graduação em Medicina Social, Medicina Comunitária e Saúde Coletiva foram seminais na produção deste pensamento crítico que, entre outras conquistas, resultou na criação do Sistema Único de Saúde com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O quadro 4 mostra que os autores nacionais concordam em apontar como barreiras à adesão, em ordem de frequência, a complexidade do tratamento, efeitos adversos, custo da

medicação, cronicidade (da condição de saúde), (alterações de) memória, viver só e pobreza. Os fatores promotores consensuais são programa multiprofissional, uso de estratégias educativas, conhecimento sobre doença e tratamento, comunicação (provisão de informação pelo médico), suporte familiar e motivação para aderir.

As principais barreiras indicadas por autores brasileiros reafirmam a extensão em que condições contextuais são tidas como relevantes na adesão ao tratamento no cenário nacional. Fatores de ordem econômica - custo da medicação e pobreza - representam a terceira e quinta barreiras à adesão mais freqüentemente citada no Brasil. Além da óbvia vinculação com a economia do país, tais fatores são mais um reflexo da composição do sistema de serviços de saúde no Brasil - em particular do papel dos gastos diretos da população com saúde neste sistema¹⁸.

Num artigo publicado na época do “Plano Cruzado”, Zeni (1986) confronta o valor do salário mínimo com o custo mensal de uma dada terapia medicamentosa. Conclui que a economia brasileira de então impunha uma “adesão estrutural mínima”, uma vez que 70% da população comprometeria em torno de 30% de sua renda mensal para realizar o tratamento. Pode-se supor que Zeni subestimou o volume de pessoas submetidas à “não adesão estrutural” ao desconsiderar a parcela da população que não tinha acesso ao emprego formal, renda fixa, salário mínimo integral, ou mesmo a qualquer fonte de renda.

Apesar da consideração de fatores estruturais estar presente nas análises nacionais sobre as influências à adesão, não se pode subestimar a importância atribuída às variáveis de ordem individual e intersubjetiva na literatura produzida no Brasil. De fato, a ênfase na relação médico-paciente pode ser tomada como uma marca registrada das revisões nacionais sobre

¹⁸ Mendes propõe que os gastos diretos indivíduos e famílias com saúde sejam considerados como um sub-sistema dentro do sistema de serviços de saúde do Brasil. Este autor indica que o sistema de serviços de saúde brasileiro está representado por um modelo segmentado, composto por três sub-sistemas: O Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD). O primeiro é um sub-sistema público e os demais são privados. O SDD tem sido pouco estudado e que atua de forma oculta, com baixa regulação por agências de saúde. Para analisar a participação do SDD no sistema de serviços de saúde brasileiro, Mendes utilizou dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE realizada em 1996. Esta pesquisa concluiu que 62,5% do orçamento familiar é empregado em gastos diretos com a saúde, distribuídos entre gastos com medicamentos (a maior parcela), seguidos por gastos com atenção odontológica, consultas médicas, óculos e lentes, hospitalização, entre outros (MENDES, 1998).

a adesão. Há autores que chegam a tomar algumas variáveis desta categoria como condições suficientes para a adesão, como ilustram os trechos a seguir:

É fundamental, para o sucesso da adesão, a 'dose do médico', que é fonte propulsora de energia de conquista definitiva do paciente, como também *certeza de obediência ao tratamento médico proposto*. (MARTINS; WATZKO, 1985, p. 232).

Assim, após o paciente ter recebido a receita médica, e conhecido de forma clara as instruções das dificuldades que eventualmente encontrará para obter e utilizar os medicamentos, *cabera somente a ele a decisão de cumpri-la ou não* (CAMARGO *et al.*, 1991, p. 77, grifo dos autores).

Outra evidência da relevância atribuída à relação médico-paciente por autores nacionais está entre os fatores consensualmente indicados como promotores. Se considerarmos que o conhecimento sobre o tratamento e o conhecimento sobre a doença são produtos esperados da (boa) comunicação entre médico e paciente, podem ser tomados como aspectos de um mesmo processo. Assim, em conjunto, representam a influência mais freqüentemente citada como promotora de adesão.

O papel da comunicação entre profissional de saúde e paciente como veículo de provisão de cuidados está bem estabelecido na área de saúde (ROTTER; HALL, 1997). Contudo, há que se discutir o modelo de relação médico-paciente na qual o processo de comunicação é desenvolvido. A literatura desta área identifica algumas perspectivas na relação médico-paciente, que se diferenciam pelo balanço entre o de controle exercido pelo médico e o controle exercido pelo paciente.

Reconhece-se como tradicional – e mais freqüente – a relação entre médico-paciente de natureza paternalista, implicando alto controle por parte do profissional de saúde e baixo controle pelo paciente. O fato desta ser a modalidade de interação mais comum na área de saúde não implica que a mesma é a mais efetiva em produzir adesão – de fato, é o que a oposição *compliance-adherence* põe em questão.

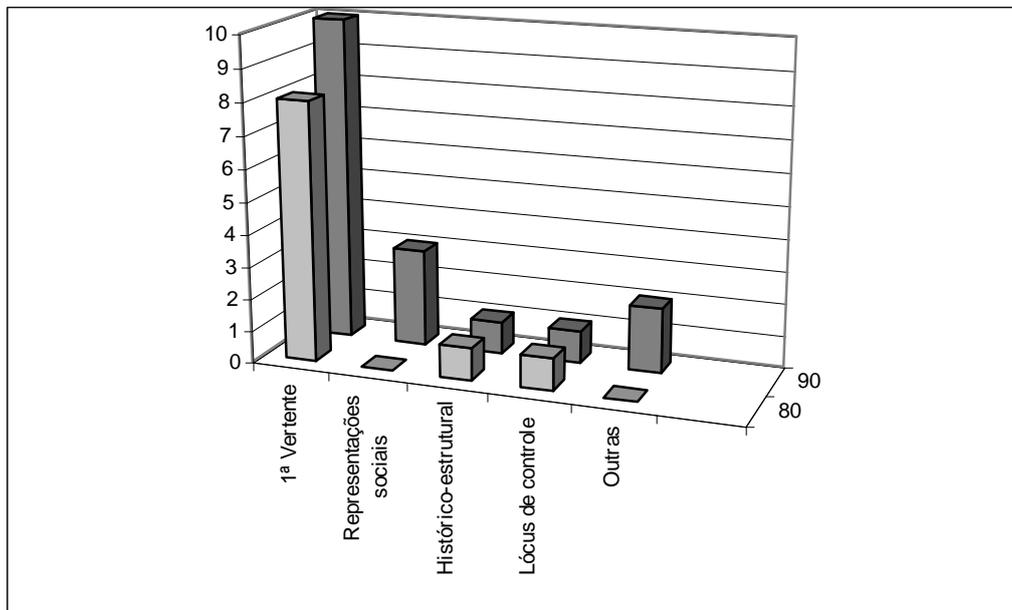
Quanto ao papel da comunicação na produção da adesão, é indiscutível que a informação é uma condição necessária à adoção, manutenção e mudança de comportamentos, como mostram as pesquisas de Haynes (1982) e Mullen *et al.* (1985). Em ambas, o uso de estratégias educativas implicou em aumento da taxa de adesão em relação à linha de base

para o tratamento. O que se questiona é até que ponto a comunicação, ou a provisão de informação, é condição *suficiente* para garantir a adesão, como postulam CAMARGO *et al.* (1991).

Esta discussão sobre as influências à adesão postuladas na literatura nacional está intimamente relacionada ao que foi proposto no segundo capítulo como as duas *vertentes* na construção conceitual da adesão: a primeira vertente, que estuda a adesão como fator modulador de resultados terapêuticos, e a segunda, que estuda a adesão como um comportamento de saúde.

O gráfico 3 mostra a abordagem teórica dos estudos sobre adesão consultados neste trabalho, a partir destas vertentes. Os estudos da primeira vertente foram agrupados e aqueles que seriam atribuídos à segunda vertente foram dispostos em separado, segundo a teoria que lhes servia de referência.

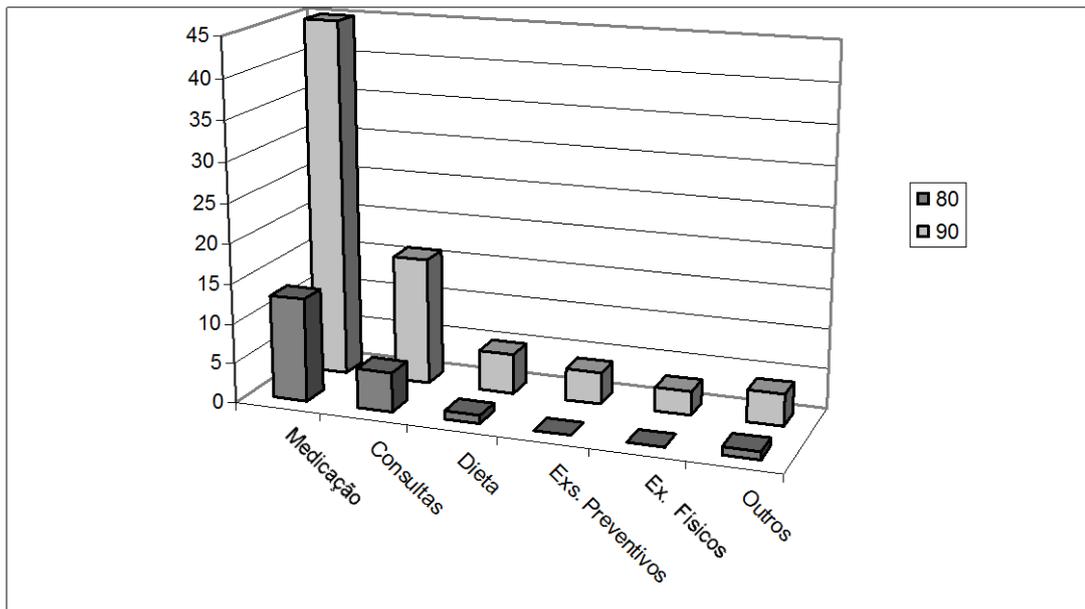
GRÁFICO 3 - Abordagem teórica dos estudos sobre adesão publicados no Brasil entre 1980 e 1999



Fonte: Produção da autora.

O gráfico evidencia que a grande maioria dos trabalhos brasileiros publicados tanto na década de 80 como na década de 90 se insere na primeira vertente de estudo da adesão. Isto implica que no Brasil, como no cenário internacional, predominam os estudos sobre adesão a terapias medicamentosas, o que está ilustrado no gráfico 4. Ademais, seguindo outra característica desta vertente, um grande esforço é empreendido por autores nacionais no sentido de identificar influências à adesão, que acabam de ser analisadas. O fato de serem as variáveis relacionadas ao tratamento a categoria de influências à adesão mais freqüentemente citada entre autores nacionais não é mais que um reflexo desta inserção na primeira vertente. Outro indicador está no consenso em apontar a complexidade do tratamento e efeitos adversos (duas variáveis implicadas em tratamentos medicamentosos) como principais barreiras à adesão.

GRÁFICO 4 - Modalidades terapêuticas nas quais a adesão é mais freqüentemente estudada em trabalhos nacionais, por freqüência e década de publicação



Fonte: Produção da autora.

Outra peculiaridade desta vertente é o interesse em determinar a magnitude da adesão (ou não adesão) em diferentes contextos. Entre os 172 estudos brasileiros consultados, foram encontrados 40 estudos que indicavam taxas de adesão ou de não adesão a diversas

modalidades terapêuticas (medicação, consulta, exames) ou medidas de resultado (nível da pressão arterial, frequência de crises epiléticas, entre outras). Todos estes estudos utilizam amostras por conveniência, isto é, amostras de usuários de um determinado serviço de saúde. A inexistência de estudos baseados em amostras populacionais representa um limite à compreensão das particularidades da adesão a tratamentos de saúde no cenário nacional, principalmente por conta da variação importante nas taxas de adesão identificadas nos estudos consultados.

A patologia para a qual foi produzido o maior número de taxas de adesão foi a hipertensão arterial, seguida da epilepsia. Estas correspondem às duas patologias que mais suscitarão estudos sobre adesão (Cf. Gráfico 6). As taxas de adesão ao tratamento da hipertensão arterial demonstraram uma variação importante (tão altas quanto 83% e tão baixas quanto 7%) e nem de longe reproduziram o padrão de 50% de não adesão verificado em pesquisas internacionais. Já nas epilepsias há uma maior regularidade, com taxas de adesão ao tratamento variando em torno de 74%. Isto indica que as taxas de adesão encontradas no Brasil tendem a ser mais altas do que as encontradas em outras partes. Um das razões para taxas elevadas de adesão pode ser o fato da adesão ser frequentemente utilizada como medida de impacto de intervenções em saúde, como mostrarei adiante.

Muito poucos são os estudos brasileiros inseridos na segunda vertente, isto é, aqueles que são orientados por teorias ou modelos de comportamento de saúde. Há dois estudos que partem do Locus de Controle em Saúde, um publicado em 1989 (PERES, 1989) e outro em 90 (ZANETTI, 1990). No final da década de 90, foi publicado um trabalho sobre a prática do auto-exame de mama entre mulheres de baixa renda que utilizou a Teoria da Ação Racional (GONÇALVES; DIAS, 1999). Apesar de número pouco representativo de pesquisas identificadas, pode-se reconhecer que os modelos empregados em estudos nacionais estão entre os mais citados em estudos internacionais.

Além das teorias/modelos de comportamento de saúde, as outras abordagens teóricas presentes nos estudos nacionais sobre adesão são a teoria das representações sociais e a abordagem histórico-estrutural. A última pode ser tomada como uma outra marca registrada da produção local, uma vez que não foram encontrados estudos internacionais

(produzido fora da América Latina) que analisassem a adesão numa perspectiva materialista histórica. Ambos os trabalhos brasileiros que utilizaram esta abordagem foram produzidos como teses de doutorado na Escola de Saúde Pública da Universidade USP (SASSAKI, 1984; BERTOLOZZI, 1998).

O fato da maioria da produção nacional estar inserida na primeira vertente, aliado à escassez de estudos inspirados por teorias ou modelos – seja de comportamento de saúde, de produção do processo saúde-doença, ou qualquer outro – pode ser tomado como um limite na produção nacional sobre a adesão. Um primeiro efeito é a diversidade de fatores postulados como possíveis influências, o que contrasta com o quadro internacional. Mais importante que a diversidade, contudo, são as incoerências que a literatura nacional produziu sobre o assunto. Uma nova consulta ao quadro 4 mostra em que medida isto limita a compreensão da realidade – ou do que está em questão na adesão a tratamentos de saúde.

Entre as características demográficas, encontramos que ser do sexo feminino tanto é barreira como fator promotor de adesão. De modo similar, tanto estar empregado como desempregado é considerado como barreira à adesão, e ainda há um estudo que não encontrou relação alguma entre emprego e adesão.

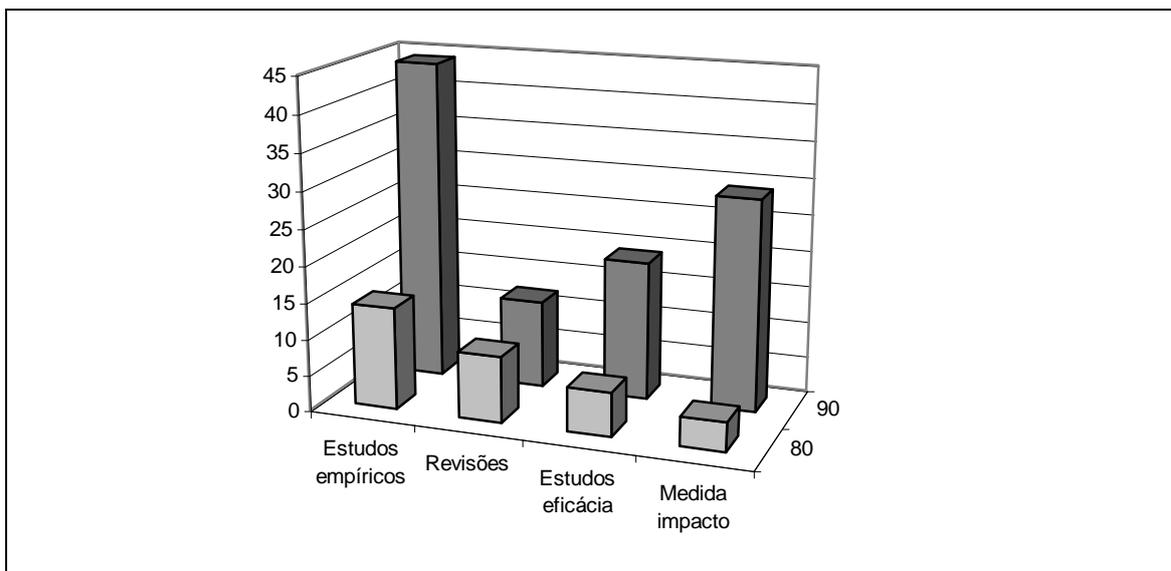
Entre as variáveis relacionadas ao tratamento, encontramos que a administração da droga por via oral tanto é uma barreira como uma condição que facilita a adesão. Entre variáveis da doença, a presença de sintomas pode tanto favorecer quanto dificultar a adesão (como é o caso do sintoma psiquiátrico), ou mesmo não estar relacionada à adesão.

Um das razões que justifica a presença destas inconsistências é o fato dos estudos nacionais não prosseguirem muito além do nível da descrição da realidade, permanecendo portanto contextuais e particulares. A compreensão sobre a realidade progride quando se é capaz abstrair da realidade concreta e propor regularidades que se apliquem às várias apresentações do fenômeno em questão - isto é, quando se é capaz de produzir conceitos ou teorias sobre o fenômeno. Como exposto anteriormente, teorias têm sido muito discretamente utilizadas em estudos brasileiros sobre adesão.

4.1 Outras características da produção nacional

Demarbre (1994), numa revisão sobre a literatura internacional em adesão, constatou a existência de um número superior de revisões teóricas sobre adesão que estudos empíricos originais. No cenário brasileiro encontrei o oposto, como ilustra o gráfico 5: os estudos empíricos sobre a adesão são mais frequentes que as revisões tanto na década de 80 como na década de 90.

GRÁFICO 5 - Estudos brasileiros sobre adesão publicados nas décadas de 80 e 90 por tipo e frequência



Fonte: Produção da autora

Nos estudos empíricos brasileiros sobre a adesão, a predominância da abordagem quantitativa é clara: são 58 estudos quantitativos contra apenas nove estudos qualitativos publicados nas duas décadas.

Os estudos de eficácia ou efetividade conformam uma classe particular entre os trabalhos nacionais sobre adesão. Apesar da adesão nem sempre ser incluída nestes estudos como variável dependente, independente ou interveniente, ela freqüentemente aparece na

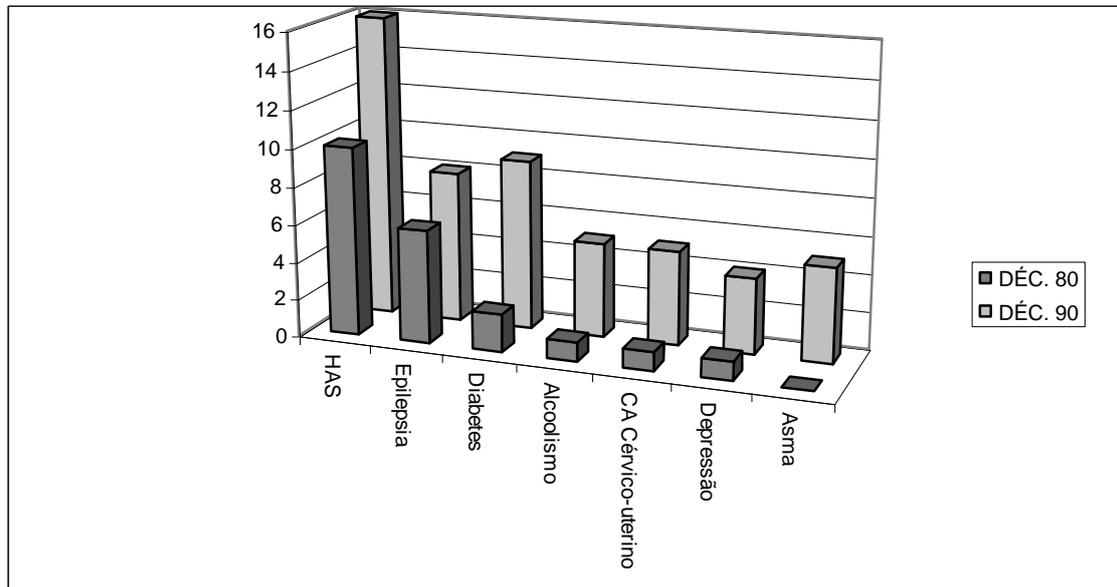
discussão dos resultados da pesquisa como efeito possível ou confirmado. Em geral, autores de estudos sobre eficácia e efetividade de drogas justificam seus resultados supondo que a adesão é uma consequência garantida da “comodidade” (ou simplicidade) do esquema terapêutico e/ou da ausência de efeitos colaterais.

Outra tendência na produção nacional indicada pelo gráfico 5 é o incremento da utilização da adesão como medida de impacto de intervenções em saúde – especificamente de programas ou abordagens multiprofissionais – na década de 90. A consolidação da abordagem multiprofissional na prestação de serviços de saúde é outra condição que, entre outras fontes de influência, está associada à discussão crítica sobre modelos assistenciais e estratégias de prestação de serviços de saúde.

É bem sabido que a adesão é particularmente difícil no tratamento de condições crônicas. Como exposto no capítulo de revisão da literatura internacional, estudos sobre adesão ao tratamento da hipertensão arterial produziram resultados tidos como típicos do padrão de não adesão. Os estudos pioneiros de Sackett e Haynes, bem como de outros autores importantes como Rosenstock e Leventhal, tiveram como objeto a hipertensão arterial.

No Brasil, a importância da hipertensão arterial para a produção de conhecimento sobre a adesão se reproduz. A número de estudos sobre adesão desenvolvidos a partir da análise do tratamento da hipertensão arterial é muito superior ao dos que se referem a outras patologias, como se pode verificar no gráfico 6. Deve-se notar que predominam condições crônicas entre as patologias que mais freqüentemente geraram estudos sobre adesão no Brasil.

GRÁFICO 6 - Patologias nas quais a adesão é mais freqüentemente estudada em estudos nacionais, por década de publicação.



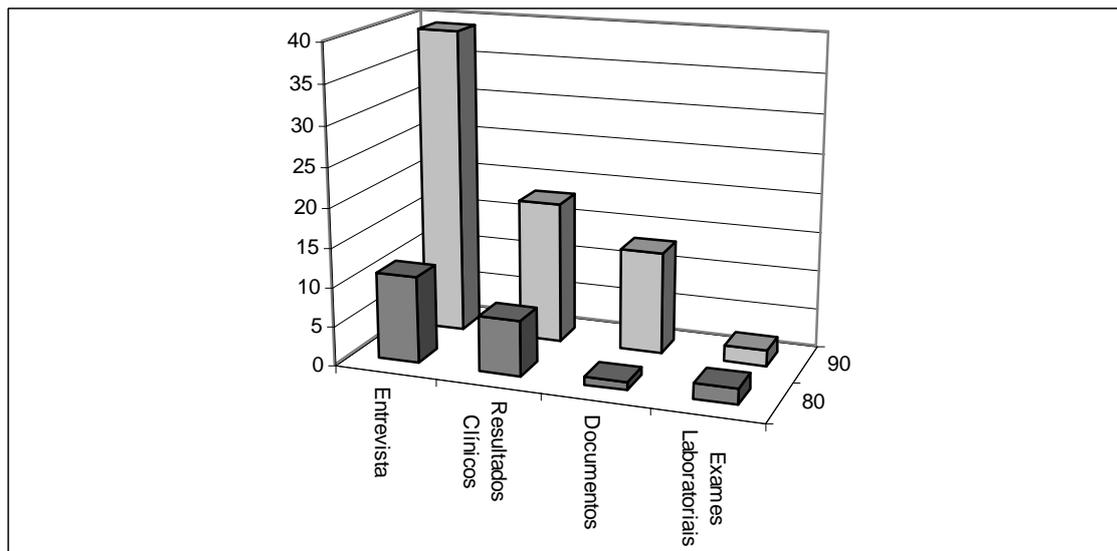
Fonte: Produção da autora.

Lessa discrimina entre as técnicas de mensuração da adesão praticadas em países em desenvolvimento a revisão de prontuários, inquéritos (ou entrevistas) com pacientes, contagem de pílulas e técnicas bioquímicas. A autora avalia que entrevistas com pacientes, relatos colaterais e contagem de pílulas são especialmente adequadas à realidade de pesquisa do terceiro mundo.

O gráfico 7, que resume as estratégias de mensuração da adesão mais freqüentemente empregadas em estudos nacionais publicados nas décadas de 80 e 90, confirma as afirmações de Lessa. A entrevista ao paciente é a estratégia de coleta mais freqüentemente empregada em ambas as décadas. Segue-se o uso de resultados clínicos como evidências da adesão, a revisão de prontuários ou documentos do paciente e, em menor número, o uso de exames laboratoriais (técnica mais onerosa). Cabe comentar que a autora assevera que todas estas estratégias podem conduzir a resultados duvidosos, em especial a contagem de pílulas. A contagem de pílulas pode produzir resultados inválidos na medida em que muitas

práticas além de efetivamente usar a medicação (como partilhar ou vender), podem conduzir à redução do número de pílulas disponíveis para o paciente (LESSA, 1998).

GRÁFICO 7 - Estratégias de mensuração da adesão empregadas em estudos nacionais, por década de publicação



Fonte: Produção da autora.

As medidas de adesão mais freqüentemente praticadas consistem no uso (referido) da medicação prescrita e freqüência de comparecimento a consultas, aferidos por inquéritos ao paciente, relatos colaterais ou análise de documentos (gráfico 4). Segundo Dunbar-Jacob e Schlenk (1997), auto-relatos e avaliações de médicos e enfermeiras tendem a superestimar a adesão. As mesmas autoras apontam que os efeitos da adesão a consultas sobre os resultados do tratamento ainda não são claros e que, até o momento, não existem evidências que sustentem a importância do comparecimento a consultas de *follow-up* para uma evolução favorável do paciente. A importância desta medida no estudo da adesão é ainda questionável, portanto.

5 ADESÃO COMO COMPORTAMENTO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA

No capítulo anterior, afirmei que abordar a adesão no enquadre próprio a primeira vertente de estudos limitava o saber disponível por manter as pesquisas sobre o tema no nível da descrição da realidade. A consequência previsível desta afirmação é reconhecer na abordagem da adesão como comportamento de saúde - isto é, na segunda vertente de construção conceitual do fenômeno – a perspectiva de progresso na compreensão sobre o mesmo.

Ao especificar um conjunto de conceitos, definições e proposições inter-relacionadas que apresentam uma visão sistemática do comportamento de saúde, as teorias e modelos abarcados pela segunda vertente de construção da adesão permitem transformar conhecimento em estratégias de ação úteis para conseguir melhorias no estado de saúde de indivíduos e grupos. O conhecimento acumulado em torno do comportamento de saúde confirma as palavras de Kurt Lewin: “Não há nada mais prático que uma boa teoria”.

Para avaliar a pertinência de empregar esta perspectiva na compreensão e/ou intervenção sobre a adesão a tratamentos de saúde, é necessário fazer uma incursão nas críticas que incidem sobre as teorias e modelos de comportamentos de saúde, algumas das quais já foram apresentadas no capítulo 3.

A crítica mais regular e freqüentemente dirigida a teorias e modelos de comportamento de saúde diz respeito à ênfase no indivíduo (fatores individuais) na produção do comportamento. Trata-se de uma crítica reconhecida e assumida pelos proponentes destes modelos, a exemplo de Janz E Becker, principais representantes do MCS na atualidade. Numa revisão de estudos baseados no modelo, Janz E Becker asseveraram que o MCS está limitado a explicar a variância no comportamento de saúde na medida em que esta variância pode ser relacionada a atitudes e crenças individuais. Estes autores reconheceram a contribuição de outras variáveis relevantes ainda não estudadas em relação comportamento de saúde (FISHBEIN *et al.*, 1991).

Stanley Yoder, um antropólogo norte-americano dedicado ao estudo de comportamentos de saúde em diferentes culturas, também chama atenção para o reducionismo implícito aos modelos psicológicos de comportamento de saúde, que exaltam as atitudes e motivações individuais e que, apesar de reconhecerem fatores ecológicos e sociais como barreiras a este comportamento, não utilizam estas dimensões na explicação do mesmo (YODER, 1997).

Além disto, Yoder aponta a validade restrita de tais modelos à cultura norte-americana de classe média, onde são principalmente estudados, conforme indica Good (1994). Tais modelos seriam, portanto, culturalmente específicos e pouco sensíveis às particularidades de culturas diversas.

O reconhecimento da especificidade cultural do conhecimento está na essência de uma corrente crítica do pensamento antropológico brasileiro, representada pelo trabalho de Luis Fernando Dias Duarte. O fio condutor desta linha incide sobre “o horizonte simbólico da cultura ocidental moderna” (DUARTE, 1998, p. 42), nele destacando como categoria estruturante a construção de pessoa na modernidade. A literatura sobre a construção de pessoa na modernidade analisa a influência e difusão do individualismo na cultura ocidental.

Uma vez que boa parte da crítica a teorias e modelos de comportamento de saúde recai sobre seu reducionismo (ou individualismo) e excessivo racionalismo, cabe analisar em que medida estas características se justificam pelo horizonte simbólico no qual foram produzidos. Além disso, seguindo o raciocínio de Duarte, pode-se avaliar particularidades do cenário ideológico local e estimar em que medida os modelos poderão explicar o comportamento de saúde (e mais especificamente a adesão) no Brasil.

5.1 Individualismo e comportamento de saúde: Reflexos da construção de pessoa moderna

Num texto no qual propõe uma operação de conhecimento que seria própria à “natureza do entendimento antropológico”, Clifford Geertz (1990) apresenta três concepções de “eu”

correspondentes a três sociedades/culturas distintas nas quais desenvolveu seus estudos: Java, Bali e Marrocos. O argumento principal de Geertz acaba sendo eclipsado pela rica descrição destas sociedades e das operações que nelas produzem a concepção de pessoa – pautada numa estética refinada forjada pela idéia de *alus*, em Java; dramatizada no teatro permanente de Bali ou imbricada numa rede identidades situacionais e relacionais produzidas pelo *nisba*, em Marrocos.

Mais intrigante que o exotismo destas concepções, contudo, é a diferença radical que as mesmas guardam em relação à construção de pessoa naturalizada na nossa cultura (ocidental) – que corresponde a um

universo cognitivo e motivacional delimitado, único, mais ou menos integrado, um certo dinâmico de percepção, emoção, juízos e ações, organizado em uma unidade distinta e localizado em uma situação de contraste com relação a outras unidades semelhantes, e com seu ambiente social e natural específico. (GEERTZ, 1998, p. 90)

Rüdiger (1995) encontra no “problema da condução da vida”, o alicerce para as diferentes concepções de pessoa construídas no curso da história da sociedade ocidental. Segundo este autor, as concepções ocidentais pré-modernas de indivíduo encontravam substrato em sua natureza social, que determinava não só os modos sancionados de conduzir a vida, como também a definição do bem (moral) e do bem-viver. Nas sociedades tradicionais, os valores do grupo representavam verdades válidas para todos e sua estabilidade dependia fortemente da manutenção de obstáculos à independência individual.

Rüdiger assinala que a transição para o individualismo moderno foi possível porque o individualismo esteve inicialmente vinculado à noção de dever para com a coletividade. Entre os séculos 17 e 19, foi gestado sem conflitos por subordinar-se a representações seculares e à religiosidade ainda vigente. Representou um desdobramento do projeto de liberar o homem da tradição, que pretendia “fundamentar a moralidade na autonomia individual” (RÜDIGER, 1995:65) e separar juízos sobre certo e errado da ordem do mundo (divina ou política).

Aos poucos, diz Rüdiger (1995, p. 66), “a cultura da obrigação moral deu lugar ao pragmatismo individualista e às estratégias de psicologização das relações sociais e da

subjetividade”. A partir de então, a metafísica dominante na modernidade começa a se consolidar. Ela sugere que “somos indivíduos separados e distintos” e que

possuímos uma personalidade individual, que deve ser plenamente desfrutada através do desenvolvimento de todas as capacidades físicas e espirituais que nos foram dadas pela natureza ou mesmo por Deus. (RÜDIGER, 1995, p. 63-4)

Rüdiger acredita que o individualismo “é um movimento que ainda não disse a sua última palavra” e que ainda está por exercer seus efeitos entre “as camadas populares da sociedade” (RÜDIGER, 1995, p. 51). O pensamento de Duarte se opõe a esta hipótese no que defende que as camadas populares representam áreas de resistência à ideologia individualista dominante (ROPA; DUARTE, 1985). Sua proposição encontra apoio em evidências oriundas da pesquisa antropológica no Brasil e em outras partes do mundo (como é o caso da literatura antropológica norte-americana sobre a doença de “nervos”).

Apoiado em idéias desenvolvidas por Foucault e Dumont, Duarte sinaliza que o alvo principal das estratégias de difusão do individualismo, baseadas na “intimização, interiorização psicológica, auto-exame e privatização dos sentimentos” (ROPA; DUARTE, 1985, p. 191) foram as camadas média e alta da sociedade moderna. Enquanto estas camadas seriam “portadoras” de visões de mundo individualizantes, as camadas sociais periféricas teriam mantido uma visão de mundo holista, própria às sociedades tradicionais.

Duarte não se limita a analisar a difusão diferencial do individualismo entre camadas da mesma sociedade. Reconhece nas sociedades metropolitanas ocidentais a difusão máxima - mas não completa ou homogênea - da ideologia individualista. Nas sociedades periféricas e latino-americanas, supõe uma “baixa ou heterogênea institucionalização” desta ideologia (DUARTE, 1998, p. 24).

Esta é uma das razões que justifica o conceito de indivíduo que subjaz às teorias e modelos de comportamento de saúde. Se nestes modelos o indivíduo é colocado como um singular processador racional de informações, inserido em relações sociais cuja existência e significado se produz nas representações individuais, é porque esta é a construção de pessoa hegemônica na cultura que os produziu – a cultura norte-americana de classe média, nos lembra Yoder.

A aplicabilidade destas teorias e modelos a culturas diversas é um ponto a ser apreciado. Duarte indica que no Brasil há camadas sociais nas quais se verifica a construção de pessoa moderna já desenvolvida ou estabelecida. Estas corresponderiam aos estratos sociais mais social e economicamente favorecidos. Por outro lado, as camadas populares tenderiam a construções de pessoa diversas, baseadas numa visão de mundo não individualizada e não psicologizada, constituída num modo cultural associado à relacionalidade, complementaridade e hierarquia (DUARTE, 1994).

Estas proposições sugerem que as teorias de comportamento de saúde explicariam melhor o comportamento de saúde de camadas sociais mais elevadas. Além disso, pode-se supor que variáveis não previstas nestes modelos podem representar influências relevantes ao comportamento de saúde de pessoas destas camadas, bem como de camadas populares da estrutura social do Brasil. Assim estariam refletidas as diferenças entre a sociedade brasileira e as sociedades “metropolitanas” que contribuíram na elaboração das teorias e modelos de comportamento de saúde.

5.2 A determinação social do comportamento de saúde: Contribuições da Saúde Coletiva

A Antropologia abre perspectivas ao estudo do comportamento de saúde ao prover indícios sobre quais são os fenômenos relevantes ao comportamento de saúde situados no âmbito da cultura. O campo da Saúde Coletiva indica outros caminhos para uma melhor compreensão a respeito de como a dimensão social engendra comportamentos orientados à saúde. Entre eles, destaco referências relacionadas a políticas e gestão de serviços de saúde, ao lado e dos modelos que enfocam efeitos da reprodução social e condições de vida sobre a saúde.

A literatura nacional sobre adesão já reflete a influência deste campo de conhecimento ao destacar em que medida a adesão é modulada por fatores estruturais, pertinentes ao sistema de serviços de saúde e à economia do país. Nenhum dos trabalhos internacionais

consultados discute o papel da estrutura e organização do sistema de serviços de saúde sobre o comportamento de saúde ou sobre a adesão a tratamentos nele oferecidos.

Como apontado anteriormente, referências ao sistema de serviços de saúde concentram-se nas relações interpessoais que se desenvolvem neste cenário, em especial a relação entre provedor de cuidados e cliente. Daí a ênfase dos estudos internacionais na relação médico-paciente, na transmissão eficaz de informações, nas crenças e na capacidade de recordar do paciente, e assim por diante. O sistema de serviços de saúde, sua estrutura e organização, não são alvo de análise. Pode ser entrevisto, contudo, de forma sutil e imprecisa, nas estratégias de identificação, seleção e acompanhamento de sujeitos submetidos a pesquisas ou intervenções de saúde.

Reconhecer o papel do sistema de saúde na produção e modelagem do comportamento de saúde implica em ir além do cenário da consulta médica e considerar aspectos objetivos deste sistema (aspectos físicos, distribuição no espaço, serviços disponíveis, recursos humanos, estratégias de atendimento, financiamento), bem como aspectos menos materializados, como políticas de saúde que influenciam a lógica de prestação de serviços, estratégias de gestão e administração do sistema, entre outros elementos.

A complexidade deste cenário pode ser uma das razões que desencoraja a consideração dos efeitos do sistema de saúde neste campo de estudo. O desafio representado por materializar esta diversidade de fenômenos relevantes em variáveis de estudo ainda está por ser enfrentado. Neste sentido, pode-se considerar que a literatura nacional avança ao apontar alguns elementos estruturais relevantes.

Outra vertente de teoria e pesquisa em Saúde Coletiva que instrumenta a consideração sobre a relação entre contexto social e comportamento orientado à saúde enfoca em que medida as condições materiais de existência produzem formas de inserção no mundo, características da subjetividade e de suas manifestações (entre as quais o comportamento de saúde). Destaco, nesta vertente, a “Teoria do Modo de Vida” desenvolvida por Almeida-Filho a partir de contribuições de autores como Breihl, Menendez, Possas, Castellanos, Samaja e Testa.

Este modelo parte do conceito de modo de vida proposto por Possas, segundo o qual o modo de vida está assentado em duas dimensões intervenientes – estilo de vida e condições de vida. As condições de vida referem-se a condições materiais de existência, constituídas basicamente pela capacidade de consumo social. O estilo de vida remete a “formas sociais e culturalmente determinadas de viver, que se manifestam em comportamentos” (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 24). Tais comportamentos são modelados pelas condições materiais de existência, ou condições de vida. Almeida-Filho faz equivaler o modo de vida às práticas da vida cotidiana, que são produto da articulação entre condições e estilo de vida.

Reconhecer a articulação entre condições e estilo de vida na produção das práticas (cotidianas) significa reconhecer a articulação entre o fundamento material e o fundamento simbólico da ação. Assim, a Teoria do Modo de vida indica caminhos para ir além de categorias do tipo “pobreza” ou “status sócio-econômico” no esforço de compreender como dimensões sócio-históricas concretas modulam o comportamento de saúde.

6 CONCLUSÃO

Apesar de reconhecer que todas as teorias de comportamento de saúde são basicamente lineares, individualistas e limitadas em sua capacidade de predição, acredito que estudar a adesão na perspectiva do comportamento de saúde contribui mais que os estudos que a tomam como fator modulador de resultados terapêuticos para esclarecer as condições que estão em cena na adoção de comportamentos de prevenção, restauração e manutenção da saúde. No entanto, assumo que se deve fazer um uso crítico destas teorias e modelos.

Elementos desta postura crítica foram apresentados no capítulo antecedente. Entendo que usar teorias e modelos de comportamento de saúde para produzir conhecimento sobre adesão que seja válido e sensível às particularidades do contexto nacional implica em reconhecer a especificidade do horizonte cultural e da estrutura social das comunidades onde tais modelos foram produzidos e desenvolvidos. Deve-se reconhecer, ademais, que o contexto brasileiro indicará outros fatores relevantes, que demandarão adaptações tanto a nível teórico, quanto no que tange a metodologia de estudo da adesão.

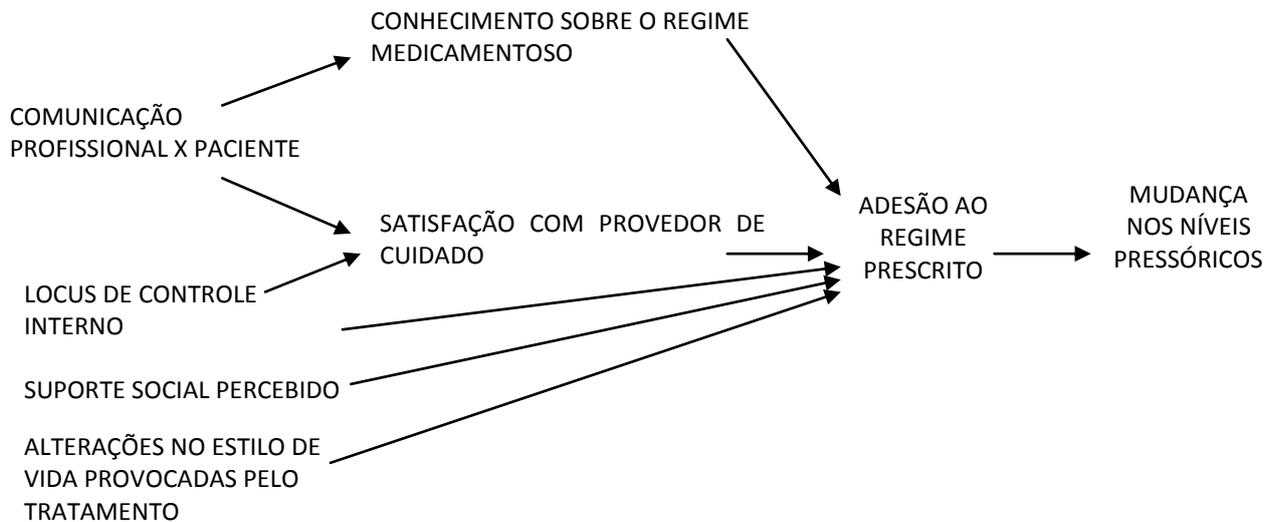
Entre os fatores produtores de variação, a estrutura e organização do sistema de serviços de saúde brasileiro devem ser consideradas, bem como modelos assistenciais vigentes. Outros elementos apontados no capítulo anterior e que são aqui reconhecidos como moduladores do comportamento de saúde (e da adesão) são as condições materiais de existência e seus reflexos simbólicos: as formas de construção da subjetividade e de práticas cotidianas.

Na verdade, a adaptação dos modelos de comportamentos de saúde a particularidades do fenômeno estudado já vem sendo discutida e implementada em trabalhos internacionais. Numa pesquisa que empregou uma variante do MCS para estudar o comportamento sexual de jovens, Van Der Velde e Van Der Pligt (1991) concluíram que ao invés de desenvolver modelos que possam ser aplicados a uma ampla gama de comportamentos, o esforço deve se concentrar na adaptação de modelos individuais para comportamentos específicos.

Um exemplo de adaptação bem sucedida de modelos de comportamento de saúde é o trabalho de Stanton, que integrou achados empíricos da pesquisa sobre comportamentos de saúde num modelo original de adesão ao tratamento da hipertensão arterial (STANTON, 1987).

Stanton acessou alguns construtos que vinham sendo estudados como determinantes da adesão e, após uma análise estatística, compôs o modelo apresentado na figura 4. Esta autora encontrou que o lócus de controle interno, conhecimento sobre o regime medicamentoso e o suporte social percebido exerciam efeitos causais estatisticamente significativos sobre a adesão. A adesão, por sua vez, facilitou mudanças na pressão diastólica. As contribuições das alterações no estilo de vida, satisfação com o profissional e interação entre profissional e paciente foram confirmadas no estudo.

FIGURA 4 – Modelo de determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão arterial



Fonte: Stanton, 1987, p. 388¹⁹

Outra forma de utilização do corpo de conhecimento construído em torno do comportamento de saúde como abordagem teórica em pesquisas foi proposta após uma reunião entre os proponentes das principais teorias de comportamento de saúde. Esta reunião foi convocada e patrocinada pelo *National Institute of Mental Health* dos EUA como

¹⁹ Original em inglês, tradução minha.

parte de um programa de pesquisas sobre AIDS. Dela participaram Albert Bandura (Teoria Cognitiva Social), Marshall Becker (Modelo de Crenças de Saúde), Martin Fishbein (Teoria da Ação Racional), Frederic Kanfer e Harry Triandis.

Após três dias de trabalho e discussão, estes teóricos chegaram a um acordo sobre a existência de um grupo de variáveis responsáveis pela maior parte da variância de qualquer comportamento de saúde. Estas variáveis consistem na intenção (de desempenhar o comportamento), limitações ambientais (*environmental constraints*), habilidades, resultados antecipados (atitudes), normas, padrões pessoais, emoção e auto-eficácia (FISHBEIN *et al.*, 1991).

A nível operacional, este grupo de variáveis implica que, para que uma pessoa desempenhe um dado comportamento, uma ou mais das seguintes condições deve ser satisfeita:

1. A pessoa comprometeu-se a desempenhar o comportamento em questão;
2. Não existem coações ambientais que tornem impossível a ocorrência do comportamento;
3. A pessoa possui as habilidades necessárias ao desempenho do comportamento;
4. A pessoa crê que as vantagens (benefícios, resultados positivos antecipados) de desempenhar o comportamento sobrepõem-se às desvantagens (custos, resultados negativos antecipados) - em outras palavras, a pessoa tem uma atitude positiva em relação ao desempenho do comportamento;
5. A pessoa percebe mais pressão social para desempenhar o comportamento do que para não fazê-lo;
6. A pessoa percebe que o desempenho do comportamento é mais consistente que inconsistente com a sua auto-imagem, ou que o desempenho deste comportamento não viola padrões pessoais ou produzem auto-recriminações;
7. A reação emocional da pessoa diante do desempenho do comportamento é mais positiva que negativa;
8. A pessoa percebe possuir a capacidade para desempenhar o comportamento sob diferentes circunstâncias (há auto-eficácia para executar o comportamento em questão).

A utilização de variáveis transversais às principais teorias e modelos de comportamento de saúde parece representar uma alternativa adequada aos estudos interessados em identificar particularidades do cenário local e sua influência sobre o comportamento de saúde. O grupo de variáveis guia a coleta de dados, deixando espaço para a consideração de novos fatores de influência.

Uma fonte de influência a ser considerada na pesquisa sobre comportamento de saúde/adesão ao tratamento e que também foi proposta pelo *Theorist's Workshop* é representada pelos comportamentos alternativos àquele que se estuda. Baranowsky *et al.* (1997) chamam atenção para o fato de que as pessoas geralmente não se deparam apenas com a escolha entre desempenhar ou não um comportamento saudável, mas sim com a escolha entre qual comportamento, num grupo de comportamentos possíveis relacionados a um mesmo objetivo, é a melhor opção numa dada situação. Pesquisas baseadas em teorias de comportamento de saúde em geral estudam um comportamento alvo, sem identificar o espectro de comportamentos alternativos que compõem uma classe de comportamentos na qual o comportamento-alvo se inclui.

No que tange a metodologia de estudo, deve-se considerar que a metodologia quantitativa é reconhecida como o calcanhar de Aquiles dos estudos internacionais sobre comportamento de saúde. Nos estudos brasileiros inseridos nesta perspectiva, a metodologia quantitativa implicaria em mais distorções porque tais estudos devem ser necessariamente exploratórios. Neste sentido, os estudos sobre adesão na perspectiva do comportamento de saúde devem favorecer a abordagem qualitativa, porque no estágio em que se encontra a pesquisa nacional sobre o tema ainda é relevante identificar as particularidades que o fenômeno assume em sua apresentação local. De fato, a sensibilidade contextual é a marca distintiva da metodologia qualitativa, reconhecida pelo interesse na perspectiva do sujeito estudado (SILVERMAN, 1993).

Por outro lado, Carey (1993) encontra na combinação de métodos qualitativos e quantitativos uma forma de aumentar a validade da informação produzida pela pesquisa social. Apesar de alertar quanto ao perigo de corromper suposições de amostragem e qualidade do dado coletado ao combinar métodos das duas abordagens, Carey avalia como

promissor o uso da triangulação metodológica seqüencial. Esta modalidade opõe-se ao emprego simultâneo de técnicas qualitativas e quantitativas na coleta de dados. Consiste na sucessão de estratégias qualitativas e quantitativas, de forma que dados gerados numa etapa possam esclarecer, contextualizar e em última instância validar dados colhidos na etapa precedente.

Exemplos do emprego desta estratégia são os diversos estudos de Garro em comunidades de índios canadenses, todos eles baseados no uso da Análise do Consenso Cultural. Variações culturais intra e intergrupais são freqüentemente pouco exploradas tanto na pesquisa social como na pesquisa em saúde (HILL *et al.*, 1990; PELTO; PELTO, 1975). A Análise do Consenso Cultural de Rommey e Weller (ROMEY *et al.*, 1986) endereça-se ao estudo destas variações e já foi aplicada em diversas pesquisas na área de saúde. Garro aplicou a Análise do Consenso Cultural em diversos estudos desenvolvidos em comunidades indígenas no Canadá, nos quais abordou o conhecimento culturalmente compartilhado sobre a medicina tradicional (GARRO, 1986, 1990), a diabetes (GARRO, 1995; GARRO; LANG, 1993), hipertensão arterial (GARRO, 1988).

A Análise do Consenso Cultural provê meios para determinar a existência de conhecimento culturalmente compartilhado dentro de um grupo e, por conseguinte, também abre a possibilidade de comparar respostas agregadas. O conhecimento compartilhado, uma vez detectado, permite então a comparação entre grupos. Na possibilidade de efetuar comparações entre grupos, Garro encontra um dispositivo que permite generalização e replicabilidade aos resultados da metodologia qualitativa (GARRO, 1986). Esta forma de validação é também preconizada por Becker, para quem “a comparação de variações nas condições e conseqüências pode fornecer uma teoria altamente diferencial do fenômeno estudado” (BECKER, 1994, p. 130).

6.1 Perspectivas para os estudos brasileiros sobre adesão

Ao longo do trabalho, elementos do que agora resumo como perspectivas para os estudos brasileiros sobre adesão foram apresentados e desenvolvidos. Tentei mostrar que a abordagem da adesão como comportamento de saúde traz vantagens em relação à construção da adesão como um fator modulador de resultados terapêuticos por oferecer uma aproximação sistemática da realidade e instrumentar o planejamento e intervenções sobre o fenômeno.

A relevância de melhor compreender a adesão com o objetivo de intervir sobre o quadro de saúde da população já tem sido indicada no Brasil. Num trabalho onde analisa o crescimento da mortalidade por acidentes cérebro-vasculares e sua relação com problemas no tratamento da hipertensão arterial, Caré (1998) recomenda investigações sobre adesão ao tratamento entre as frentes de ação para o enfrentamento do problema. Estudos realizados ao nível da atenção primária têm igualmente identificado problemas de adesão e incentivam ações de promoção à adesão pelas equipes de saúde (ARAÚJO et al., 1999).

Por que se reconhece a especificidade cultural das teorias e modelos de comportamento de saúde, sua utilização no planejamento de intervenções deve ser precedida pelo esforço em identificar variáveis relevantes à adesão ao tratamento de saúde no cenário local. A metodologia qualitativa é a abordagem mais adequada à consecução deste objetivo, no escopo da qual algumas tendências se apresentam especialmente úteis. Entre elas destaco a abordagem metodológica combinada (qualitativa/quantitativa) e seqüencial e a Análise do Consenso Cultural. A última proposta se ajusta particularmente à possível variabilidade na adequação das teorias e modelos de comportamento de saúde para explicar a adesão ao tratamento em diferentes segmentos sociais.

Estudos brasileiros sobre adesão ao tratamento na perspectiva do comportamento de saúde deverão assumir caráter exploratório por conta do reduzido volume de pesquisas já

publicadas que utilizam este tipo de abordagem. A consideração de variáveis transversais às principais teorias e modelos de comportamento de saúde parece uma alternativa mais vantajosa que eleger um único modelo ou teoria como referência para a pesquisa. A possibilidade de criar modelos individuais, adequados ao contexto de estudo (patologia, tratamento, serviço) representa uma importante vertente na pesquisa sobre o tema, ao lado de estudos que se enderecem a comportamentos alternativos àqueles recomendados por profissionais ou equipes de saúde.

Finalmente, a compreensão do fenômeno em sua apresentação local deve ser sensível à intervenção de dimensões contextuais próprias ao setor saúde ou exteriores a ele na produção e modelagem do comportamento de saúde. Espera-se que os resultados dos esforços de pesquisa empreendidos com estes objetivos possam resultar em progresso no conhecimento e aplicação da tecnologia comportamental à serviço da saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, D. B; FOLLICK, M. J. Behavioral weight-loss intervention at the worksite: Feasibility and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 51, p. 226-233, 1983.

ABRAMS, D. B. *et al.* Social learning principles for organizational health promotion: An integrated approach. In: CATALDO, M. F.; COATES, T. J. *Health and Industry: A Behavioral Medicine perspective*. New York: Wiley, 1986, p. 273 - 294.

Adherence. In: NOVO DICIONÁRIO MICHAELIS. 15ª Ed. São Paulo: Melhoramentos, 1974, p. 18

ALMEIDA-FILHO, N. *Desigualdades de salud em función de las condiciones de vida: Análisis de la producción científica em América Latina y el Caribe y bibliografía anotada*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1999.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION: <http://www.psych.org>

ARAÚJO, R. B. *et al.* Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.

BARANOWSKY, T.; PERRY, C.; PARCEL, G. How individuals, environments and health behavior interact: Social Cognitive Theory. In: GLANZ, K.; LEWIS F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997. p. 153-178.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Situação de saúde da população brasileira: Tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. Rio de Janeiro: CENEPI, p. 7-33, jul - ago 1994.

BECKER, H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

BECKER, M. H. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. In: BECKER, M. (Ed.) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monographs, v. 2, n. 4, p. 409-419, 1974.

BERNIER, B. *Marxism, historical materialism and their aftermath*. Montreal: Université de Montreal, 1991. 13 p.

BERTOLOZZI, M. R. *A adesão ao Programa de Controle de Tuberculose no distrito sanitário de Butantã, São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, 1998. 246 p. (Tese, Doutorado em Saúde Pública).

BIBLIOTECA REGIONAL DE MEDICINA (BIREME): <http://www.bireme.br>

CAMARGO, E. P.; ZANINI, M. P.; LEITÃO, F. B. P. Cooperação do paciente com seu regime terapêutico. *Semina*, v. 12, n. 2, p. 70-75, 1991.

CAMPOS, H. S. Esclarecer o asmático melhora sua adesão ao tratamento? Estamos agindo da maneira correta? Rio de Janeiro: *Pulmão*, v. 8, n. 1, p.15-24, jan.- mar. 1999.

CAPLAN, R. D. *et al.* *Adhering to medical regimens: Pilot experiments in patient education and social support*. Institute for Social Research Ann Arbor, Mich., 1976 *apud* STANTON, A. Determinants of Adherence to Medical Regimens by Hipertensive Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 10, p. 377-394, 1987.

CARÉ, M. R. A mortalidade cárdio-cérebrovascular e os problemas da prática no controle da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 32, n. 2, p. 140-3, ago. 1998.

CAREY, J. Linking Qualitative and Quantitative Methods: Integrating Cultural Factors Into Public Health. *Qualitative Health Research*, v. 3, n. 3, p. 298-318, 1993.

Compliance. In: NOVO DICIONÁRIO MICHAELIS. 15ª Ed. São Paulo: Melhoramentos, 1974, p. 84.

COONS, S. J.; SHEAHAN, S. L.; MARTINS, S. S.; HENDRIKS, J.; ROBBINS, C. A.; JOHNSON, J. A. Predictors of medication noncompliance in a sample of older adults. *Clinical Therapeutics*, v. 16, p. 110-117, 1994 *apud* TEIXEIRA, J. J. V, LEFÈVRE, F. CASTRO, L. L. C. & SPÍNOLA, A. W. P. Drug compliance and the elderly: Who is publishing, where and when?/Cumprimento da prescrição medicamentosa por idosos: Quem, onde e quando está publicando? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 429-443, 2000.

DELA COLETA, M. F. *Aplicações da psicologia à área de saúde*. 5.2. Modelo de Crenças em Saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 1996. 14 p.

DEMARBRE, V. Adherencia terapéutica: Una assignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*. Barcelona: Facultat de Psicologia/Universitat de Barcelona, nº 61, p. 71-77, 1994.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. *Saúde e Doença*. Um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 57-72.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no ocidente. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 9, p. 13-28, out. 1998.

DUNBAR-JACOB, J.; SCHLENK, E. Treatment adherence and clinical outcome: Can we make a difference? In: RESNICK, R. J.; ROZENSKY, R. H. (Ed.) *Health Psychology through the life span*:

Practice and research opportunities. 2ª Ed. Washington: American Psychological Association, 1997, p. 323-346.

DUNBAR-JACOB, J. Contributions to patient adherence: Is it time to share the blame? *Health Psychology*, v. 12, n. 2, p. 91-92, 1993.

EPSTEIN, L. H.; CLUSS, P. A. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 50, p. 950-971, 1982 *apud* LUCIANO, M.C.; HERRUZO, J. Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, v. 23, n.2, p. 117-124, 1992.

FALEIROS, J. J. Os pacientes seguem adequadamente os procedimentos terapêuticos? *Revista AMRIGS*, v. 26, n. 2, p.120-3, 1982.

FAWCETT, J. Compliance: Definition and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 56, n. 1, p. 4-8, 1995.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.22, p. 36-48, dez. 2000.

FISHBEIN, M.; BANDURA, A.; TRIANDIS, H. C.; KANFER, F. H.; BECKER, M. H.; MIDDLESTADT. *Factors Influencing Behavior and Behavior Change*. Washington D. C.: Final Report, Theorist's Workshop, p. 3-5, october 1991.

FLETCHER, R. H., FLETCHER, S. W; WAGNER, E. *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FRANK, E. *et al.* Relationship of pharmacology compliance to long term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacologic Bulletin*, v. 28, p. 231-235, 1992 *apud* FAWCETT, J. Compliance: Definition and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 56, n. 1, p. 4-8, 1995.

GARRO, L.; LANG, G. C. Explanations of diabetes: Anishinaabeg and Dakota deliberate upon a new illness. In: JOE, J. R.; YOUNG, R. S. (Ed.) *Diabetes as a disease of civilizations: The impact of cultural change on Indigenous peoples*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter, 1993, p. 294-328.

GARRO, L. Continuity and change: The interpretation of illness in an Anishinaabe (Ojibway) communities. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Dordrecht, Norwell: Kluwer Academic Publisers, v.14, p. 417-454, 1990.

GARRO, L. Explaining high blood pressure: Variation in knowledge about illness. *American Ethnologist*, v.15, p. 98-119, 1988.

GARRO, L. Individual or societal responsibility: Explanations of diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) community. *Social Science and Medicine*, v. 40, p. 37-46, 1995.

GARRO, L. Intracultural variation in folk medical knowledge: A comparison between curers and noncurers. *American Anthropologist*, v. 88, p.351-370, 1986.

GEERTZ, C. Do ponto de vista dos nativos: A natureza do entendimento antropológico. In: GEERTZ, C. *O saber local: Novos ensaios de antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 85-107.

GLANZ, K.; RIMER, B. *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. Washington: US Department of Health and Human Services - Public Health Services - National Institutes of Health, 1995.

GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

GOCHMAN, D. S. Labels, systems, and motives: Some perspectives on future research. *Health Education Quarterly*, v. 9, p. 167-174, 1982 *apud* GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

GONÇALVES, S. M. C.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame de mama em mulheres de baixa renda: Um estudo de crenças. *Estudos Psicológicos*. Natal, v. 4, n. 1, p. 141-159, jan. – jun. 1999.

GOOD, B. J. *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GREEN, L. W.; LEWIS, F. M. *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. Mountain View: Mayfield, 1986 *apud* GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

HAYNES, R. B. Improving patient compliance: An empirical review. In: STUART, R. B. (Ed.). *Adherence, compliance and generalization in Behavioral Medicine*. New York: Brunner/Mazel, 1982 *apud* OGDEN, J. *Health Psychology*. A textbook. Bristol: Open University Press, 1996.

HAYNES, R. B. Strategies to improve compliance with referrals, appointments and prescribed medical regimens. In: HAYNES, R.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. (Ed.) *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979, p. 121-143 *apud* STANTON, A. Determinants of Adherence to Medical Regimens by Hipertensive Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 10, p. 377-394, 1987.

HAYNES, R. B.; MC KIBBON, K. A.; KANANI, R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*, v. 348, p. 382-386, 1996 *apud* TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. CASTRO, L. L. C.; SPÍNOLA, A. W. P. Drug compliance and the elderly: who is publishing, where and when? Cumprimento da prescrição medicamentosa por idosos: quem, onde e quando está publicando?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 429-443, 2000.

HEANEY, C. A.; ISRAEL, B. A. Social Networks and Social Support. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 179-205.

HILL, R. F.; FORTENBERRY, J. D.; STEIN, H. E. Culture in clinical medicine. *Southern Medical Journal*, v. 83, p. 1071-1080, 1990 *apud* CAREY, J. Linking Qualitative and Quantitative Methods: Integrating Cultural Factors Into Public Health. *Qualitative Health Research*, v. 3, n. 3, p. 298-318, 1993.

HOMEDES, N; UGALDE, A. Research on patient compliance in developing countries. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, v. 28, p. 17-33, 1994.

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality. *Archives of Internal Medicine*, v. 155, p. 1949-1956, 1995 *apud* TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F.; CASTRO, L. L. C.; SPÍNOLA, A. W. P. Drug compliance and the elderly: who is publishing, where and when?/Cumprimento da prescrição medicamentosa por idosos: quem, onde e quando está publicando? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 429-443, 2000.

KASL, S. V.; COBB, S. Health behavior, illness behavior and sick-role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, v. 12, p. 246-266, 1966a *apud* DELA COLETA, M. F. *Aplicações da psicologia à área de saúde*. 5.2. Modelo de Crenças em Saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 1996. 14 p.

KASL, S. V.; COBB, S. Health behavior, illness behavior and sick-role behavior: II. Sick-role behavior. *Archives of Environmental Health*, v. 12, p. 531-541, 1966b *apud* DELA COLETA, M. F. *Aplicações da psicologia à área de saúde*. 5.2. Modelo de Crenças em Saúde. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 1996. 14 p.

KIPNIS, D. Accounting for the use of behavioral technologies in Social Psychology. *American Psychologist*, v. 49, n. 3, p. 165-172, 1994 *apud* GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

KIRSCHT, J. P. The Health Belief Model and Illness Behavior. In: BECKER, M. (Ed.) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monographs, v. 2, n. 4, 1974, p. 387-408.

KLEINMAN, A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: CURRER, C.; STACEY, M. (Ed.). *Concepts of health, illness and disease: A comparative perspective*. Massachusetts/Toronto: Lexington Books, 1986, p. 26-47.

LESSA, I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus. In: LESSA, I. et al. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: HUCITEC ABRASCO, 1998, p. 223-239.

LEVENTHAL, H.; ZIMMERMAN, R.; GUTMANN, M. Compliance: A self-regulations perspective. In: GENTRY, W. D. (Ed.) *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford Press, 1984.

LUCIANO, M.C.; HERRUZO, J. Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, v. 23, n.2, p. 117-124, 1992.

MAIMAN, L.A.; BECKER, M. H. The Health Belief Model: Origins and correlates in psychological theory. In: BECKER, M. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs*, v. 2, n. 4, 1974, p. 336-353.

MARTINS, J. M. C.; WATZKO, W. L. A não-adesão dos pacientes ao tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 25, n. 6, p. 230-236, nov.-dez. 1985.

MENDES, E. V. *O sistema de serviços de saúde no Brasil*. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias. Escola de Saúde de Minas Gerais. Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde, 1998. 25 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL: <http://www.saude.gov.br>

MONTAÑO, D. E.; KASPRZYK, D.; TAPLIN, S. H. The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 85-112, 1997.

MSU LIBRARIES: <http://www.lib.msu.edu>

MULLEN, P. D.; GREEN, L. W.; PERSINGER, G. S. Clinical trials of patient education for chronic conditions: A comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, v. 14, p. 753-781, 1985 *apud* OGDEN, J. *Health Psychology: A textbook*. Bristol: Open University Press, 1996.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH: <http://www.nih.gov>

NATIONAL INSTITUTES OF MENTAL HEALTH: <http://www.nih.nimh.gov>

OGDEN, J. *Health Psychology: A textbook*. Bristol: Open University Press, 1996.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: COOPMED ABRASCO, 1999, p. 473 – p. 503.

PARCEL, G.; BARANOWSKY, T. Social Cognitive Theory and Health Education. *Health Education*, v. 12, p. 14-18, 1981.

PARKESON, G. *et al.* Disease specific versus generic measurement of health related quality of life in insulin dependent diabetic patients. *Medical Care*, v. 31, p. 629-637, 1993 *apud* GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

PARRAGA, I. M. Determinants of food consumption. *Journal of American Dietetic Association*, v. 90, p. 661-663, 1990 *apud* BARANOWSKY, T.; PERRY, C.; PARCEL, G. How individuals, environments and health behavior interact: Social Cognitive Theory. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 153-178.

PAYTON, O.; NELSON, C.; OZER, M. *Patient participation in planning: A manual for therapists*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1990.

PELTO, P. J.; PELTO, G. H. Intra-cultural diversity: Some theoretical issues. *American Anthropologist*, v. 2, n. 1, p. 1-18, 1975 *apud* CAREY, J. Linking Qualitative and Quantitative Methods: Integrating Cultural Factors Into Public Health. *Qualitative Health Research*, v. 3, n. 3, p. 298-318, 1993.

PERES, E. M. Aderência ao tratamento dialítico e dietético em pacientes portadores de insuficiência renal crônica. 1989. 159 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde): Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 1989.

PORTAL DE PERIÓDICOS DA CAPES: <http://www.periodicos.capes.gov.br>

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C.; VELICER, W. F.; ROSSI, J. S. Standardized, Individualized, Interactive and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation. *Health Psychology*, v. 12, n. 5, p. 399-405, 1983.

PROCHASKA, J. O.; REEDING, C. A.; EVERS, K. E. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 60-84.

PSICOLOGIA ON-LINE: <http://www.psicologia-online.org.br>

PUBMED: <http://ncbi.nlm.nih.gov/PUBMed>

QUINE, L.; RUTTER, D. R. *First diagnosis of severe mental and physical disability: A study of doctor-parent communication*. Canterbury: University of Kent, 1994.

RHEINER, N. W. A theoretical framework for research on client compliance with a rehabilitation program. *Rehabilitation Nursing Research*, v. 4, n. 3, p. 90-97, 1995.

RHEINER, N. W. *Validity and reliability of the Rehabilitation Compliance Scale*. Palo Alto, CA: Mind Garden, 1994.

RIBEIRO NETO, J. P. M.; ALVES, J. G. B. Cumprimento da prescrição médica. *Revista do IMIP*, v. 1, n. 2, p. 189-192, jul.-dez. 1987.

RIMER, B. Perspectives on intrapersonal theories of health behavior. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 139-147.

ROMMEY, A.K.; WELLER, S.C.; BATCHELDER, W.H. Culture as consensus: A Theory of Culture and Informant Accuracy. *American Anthropologist*, v. 88, p.313-338, 1986.

ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985, p. 179-201.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the Health Belief Model. In: BECKER, M. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, v. 2, n. 4, 1974, p. 328-335.

ROTER, D. L.; HALL, J. A. Patient-provider communication. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 206-226.

RÜDIGER, F. *Literatura de auto-ajuda e individualismo*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

SASSAKI, T. H. Prescrição: Uma análise institucional. 1984. 103 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1984.

SCHWARZER, R. Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: SCHWARZER, R. (Ed.) *Self-efficacy: Thought Control of Action*. Hemisphere Publishing Corporation, 1992, p. 217-243.

SCIENTIFIC LIBRARY ON-LINE (SCIELO): <http://www.scielosp.org>

SHERIDAN, C. L.; RADMACHER, S. A. *Health Psychology: Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley & Sons, 1992.

SILVERMAN, D. *Interpreting Qualitative Data*. London: Sage Publications, 1993.

SIMONS-MORTON, B. G *et al.* Promoting diet and physical activity among children: Results of school based intervention study. *American Journal of Public Health*, v. 81, p. 986-991, 1991.

STANTON, A. Determinants of Adherence to Medical Regimens by Hypertensive Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 10, p. 377-394, 1987.

STRECHER, V. J.; ROSENSTOCK, I. M. The Health Belief Model. *In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B (Ed.). Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice. 2nd Ed.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997, p. 41-59.

TEIXEIRA, J. J. V, LEFÈVRE, F. CASTRO, L. L. C.; SPÍNOLA, A. W. P. Drug compliance and the elderly: Who is publishing, where and when? Cumprimento da prescrição medicamentosa por idosos: Quem, onde e quando está publicando? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 429-443, 2000.

VAN DER VELDE, F. W.; VAN DER PLIGT, J. AIDS related health behavior: Coping, protection motivation, and previous behavior. *Behavioral Medicine*, v. 14, p. 429-452, 1991 *apud* OGDEN, J. *Health Psychology: A textbook*. Bristol: Open University Press, 1996.

VILELA, J. E. M.; COSTA, D. A. Aderência terapêutica. *Informação Psiquiátrica*, v. 10, n. 3, p. 78-82, jul.-set. 1991.

YODER, S. Negotiating relevance: Belief, knowledge and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 11, n. 2, p. 131-146, 1997.

YOUNG, A. (Mis)Applying Medical Anthropology in multicultural settings. *Santé, Culture, Health*, v. 7, n. 2-3, p. 197-208, 1990.

ZAMUDIO, M. G. *Teoria y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal: Universidad de Montreal, 1998.

ZANETTI, M. L. Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética. 1990. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990.

ZENI, P. R. Aderência ao tratamento médico "compliance". *ACM Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 15, n.2/3, p. 63-64, jun.-set. 1986.

APÊNDICE A

QUADRO 1 - Definições de *compliance* e *adherence* e sua correspondência com relações de submissão ou cooperação entre provedor de cuidados e sujeito da intervenção

TERMO	AUTOR, ANO	SUBMISSÃO	COOPERAÇÃO
<i>Compliance</i>	Sackett, 1976	<i>The extent to which the patient's behavior (in terms of keeping appointments, taking medications, following diets or executing other life-styles changes) coincides with the clinical prescription regardless of how the latter was generated</i>	
<i>Adherence</i>	Haynes et al., 1976	<i>The extent to which a person's behavior (in terms of taking medications, following diets or executing life-styles changes) coincides with medical or health advice</i>	
<i>Compliance</i>	Rheiner, 1980		<i>The act of conforming to a plan of care developed cooperatively by the client and by a team of health professionals</i>
<i>Adherence</i>	Epstein; Cluss, 1982	<i>Coincidence between a part of a person's behavior and the prescription received</i>	
<i>Compliance</i>	Frank et al., 1992	<i>The extent to which a patient adheres behaviorally to the treatment regimen</i>	
<i>Adherence</i>	Frank et al., 1992		<i>The term adherence puts more of a burden on the clinician to form a therapeutic alliance with the patient aimed at increase behavioral compliance by using educating techniques</i>
<i>Adherencia</i>	Demarbre, 1994	<i>Grado de coincidencia entre la conducta indicada por el terapeuta y la conducta del paciente cuando ejecuta las prescripciones terapéuticas</i>	

Fonte: Produção da autora.

ANEXO A

QUADRO 3 - Principais construtos do Modelo Transteórico e Estágios de Mudança

Construto	Descrição
<i>Estágios de mudança</i>	
Pré-contemplação	Estágio no qual não há intenção de mudança nos próximos 6 meses
Contemplação	Existe a intenção de agir dentro dos próximos 6 meses
Preparação	A pessoa tem a intenção de agir no futuro imediato (próximos 30 dias) e já deu alguns passos (comportamentais) nesta direção
Ação	A pessoa mudou o comportamento manifesto por menos de 6 meses
Manutenção	Mudou o comportamento manifesto por mais de 6 meses
Terminação	Aplica-se a alguns comportamentos, como o de adicção. Neste estágio não há tentação e a pessoa apresenta 100% de auto-eficácia
<i>Balanço decisório</i>	
Prós	Benefícios da mudança
Contras	Barreiras da mudança
<i>Auto-eficácia</i>	
Confiança	Confiança na própria capacidade de engajar-se no comportamento saudável, mesmo em diferentes situações desafiadoras
Tentação	Tentação de engajar-se no comportamento insalubre em diferentes situações desafiadoras
<i>Processos de mudança</i>	
Conscientização	Encontrar e aprender novos fatos, idéias e dicas que dão suporte à mudança do comportamento de saúde
Alívio dramático	Experimentar as emoções negativas (medo, ansiedade, apreensão) que acompanham os riscos dos comportamentos insalubres
Auto-avaliação	Dar-se conta de que a mudança de comportamento é uma parte importante da própria identidade
Reavaliação ambiental	Dar-se conta do impacto negativo do comportamento insalubre ou do impacto positivo do comportamento saudável no próprio ambiente físico e social proximal
Auto-liberação	Comprometer-se firmemente com a mudança
Relação de ajuda	Buscar e utilizar suporte social para a favorecer a mudança para o comportamento saudável
Contra-condicionamento	Substituir comportamentos insalubres por comportamentos e cognições alternativas mais saudáveis
Manejo de contingências	Aumentar recompensas para a mudança comportamental positiva e diminuir as recompensas para o comportamento insalubre
Controle de estímulos	Remover dicas ou lembretes de comportamentos insalubres e adicionar dicas ou lembretes para engajar-se em comportamentos saudáveis
Liberação social	Dar-se conta de que as normas sociais estão mudando na direção de dar suporte à mudança comportamental saudável

FONTE – Prochaska, Redding e Evers, 1997²⁰, p. 62.

²⁰ Original em inglês, tradução minha

ANEXO B

QUADRO 5 - Categorias de ambiente, suas características físicas e sociais e delineamento preliminar de categorias de influência ao comportamento de saúde

<i>Ambiente</i>	<i>Localização Física</i>	<i>Atores</i>	<i>Categorias de influência</i>
Institucional	Escritórios governamentais	Formuladores de políticas, burocratas, clientes	Leis, regras, regulamentos, políticas Clima organizacional Influências interpessoais de pares Influências entre organizações e clientela Lanchonete da organização (veja abaixo) Programas da organização (veja abaixo)
Vizinhança	Área em torno da residência	Vizinhos, pares	Clima da vizinhança Influência interpessoal entre pares
Ocupacional	Local de trabalho, escola	Gestores, empregados, professores, clientes, estudantes	Regras, regulamentos, políticas, clima organizacional, influência interpessoal professor-aluno, influência interpessoal entre pares, influência interpessoal companhia-cliente
Consumidor	Lojas, mercados, restaurantes, lanchonetes	Gestores, empregados, patrões, clientes	Regras, regulamentos, políticas Clima organizacional Influências interpessoais entre estabelecimento e comprador
Programas de saúde	Centros de Saúde ou local de trabalho	Gestores, empregados, patrões, clientes	Regras, regulamentos, políticas Clima organizacional Técnicas de mudança empregadas no programa
Família	Residência	Parentes, cônjuge, parceiros, filhos, enteados	Regras, regulamentos, políticas Características emergentes da família Relação entre cônjuges/parceiros Práticas de socialização

FONTE - Baranowsky *et al.*, 1997, p. 160²¹

²¹ Original em inglês, tradução minha