

Adesão ao Tratamento em Uma Vila Popular de Porto Alegre *

FREDERICO M. RICHTER
 JAMES I. MOTTA
 JÉSSICA MARIA COSTI
 JOSÉ LUÍS STRAPAZON
 MARIA WALÉRIA S. M. VIANNA
 DVORA KNIJNIK
 BRUCE B. DUNCAN

SINOPSE

Adesão ao tratamento é um elo do processo terapêutico do qual depende o sucesso de qualquer prescrição. Dificuldades interpostas ao objetivo de adesão se acentuam junto a populações mais carentes.

Neste estudo, avaliou-se o nível de adesão apresentado por 71 pacientes atendidos ambulatorialmente, no período de agosto a novembro de 1986, numa Unidade Sanitária da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente localizada em uma vila popular de Porto Alegre. Só participaram da amostra os pacientes aos quais foram prescritos fármacos. Combinou-se o método de entrevista ao de "contagem de pílulas" em visitas domiciliares de surpresa, metodologia que visou adequar-se às peculiaridades do local de realização da pesquisa.

O nível de adesão ao tratamento encontrado foi de 53,5%. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre adesão e várias variáveis pesquisadas. Fatores capazes de influenciar adesão, metodologia empregada e resultados são amplamente discutidos.

Conclui-se que o problema de não-adesão a tratamentos prescritos no meio analisado é grave. Propõe-se que medidas estimuladoras de adesão sejam especificamente desenvolvidas e testadas junto a estas populações.

UNITERMOS: Adesão ao tratamento; Saúde Pública; Medicina Comunitária.

* Trabalho realizado como parte das atividades curriculares da disciplina MED 512-Medicina Comunitária do 10º Semestre do currículo da faculdade de Medicina da UFRGS.

Endereço para separatas: Frederico M. Richter, Rua Lima e Silva 141/206, CEP 90050 Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em: 04/05/87

Aceito para publicação em: 01/08/88

ABSTRACT

Compliance to the Treatment in a Peripheric Distric of Porto Alegre.

Compliance is a very important link in the therapeutic process. The sucess of any treatment depends on it. This is even a more preocupating problem when medical assistance is given to deprived communities.

The authors measured the level of compliance of 71 patients attending a government sponsored medical ambulatory located in a peripheric district of the city of Porto Alegre. Only patients who had drugs prescribed from August/86 to November/86 were included. The methodology employed was conceived to meet special local requirements and combined the method of interview to pill counts conducted at surprise home visits.

An overall compliance rate of 53,5% was found. Variables affecting compliance, methodological aspects and results are discussed.

It is concluded that the problem of non-compliance in the situation described is very serious. It is suggested that compliance improving measures specially developed to these communities be tested in the future as a way to minimize the problem.

UNITERMS: Compliance; Public health; Community Medicine.

INTRODUÇÃO

A importância da adesão ao tratamento ("compliance"), definida como o "grau em que o comportamento de um paciente coincide com conselhos médicos ou de saúde" (1, 2), refiram-se estes a drogas ou a alterações de hábitos do paciente, não pode ser subestimada, já que este pode ser o maior problema com que se defronta a prática médica atual (3), talvez o elo mais fraco do processo terapêutico (4).

Estudos prévios mostram que a adesão apresentada por pacientes varia muito em diferentes situações terapêuticas. Dependendo das condições analisadas pode ocorrer até que a maioria dos pacientes não sigam os tratamentos propostos (1, 3, 5, 6). Tal fato leva a um questionamento sobre até que ponto as condições encontradas em postos de saúde periféricos, tal qual o analisado neste trabalho, favorecem ou não a adesão de pacientes atendidos nestes locais.

A importância do problema está no fato de que níveis baixos de seguimento ao tratamento se refletem, em maior ou menor grau, nos resultados terapêuticos. Sabe-se que pacientes hipertensos necessitam tomar pelo menos 80% de sua medicação para terem sua pressão arterial significativamente alterada (7), embora, no caso de infecções microbianas não complicadas, isto possa não ser verdadeiro (3, 7). Além disso, estimativas de custos sociais tanto em termos de medicamentos não utilizados (7, 8) como em termos de hospitalizações motivadas por falhas terapêuticas mostraram-se elevadas (9).

A adesão apresentada por um paciente é resultado da interação de muitos fatores que provêm do médico, do paciente, da relação estabelecida entre ambos, do regime terapêutico, de condições sócio-demográficas e de interações sociais. Tais fatores são

apresentados, suscintamente, na Figura 1.

Primeiramente, estão representados os principais aspectos ligados ao paciente que influem na sua capacidade de adesão ao tratamento. Atuam: suas crenças individuais a respeito de saúde, tanto gerais, como relacionadas à doença específica a ser tratada; suas decisões, tomadas após a análise dos riscos de não se tratar e dos possíveis benefícios advindos da terapêutica, tudo pesado em relação às suas expectativas individuais de quantidade e qualidade de vida; além de preferências por tratamentos e recomendações médicas específicas, capazes de fazê-lo procurar outro profissional que lhe proponha um tratamento mais atraente (3, 4, 10, 11). Sobre o paciente atuam, ainda, fatores sócio-demográficos como escolaridade e vínculo previdenciário, e interações sociais, como o nível de amparo familiar e social de que dispõe na sua tarefa de cumprir o regime terapêutico prescrito (3, 12, 13, 14).

Ao nível do médico é importante a sua capacidade de seguir os princípios básicos de manejo de pacientes tendo-se em vista o objetivo da adesão (a chamada "adesão do médico"). Aí se situa a relação médico-paciente que exige que o profissional transponha obstáculos de comunicação (proeminentes no contexto do atendimento em vilas periféricas) e estabeleça um nível de compreensão e confiança com seu paciente ca-

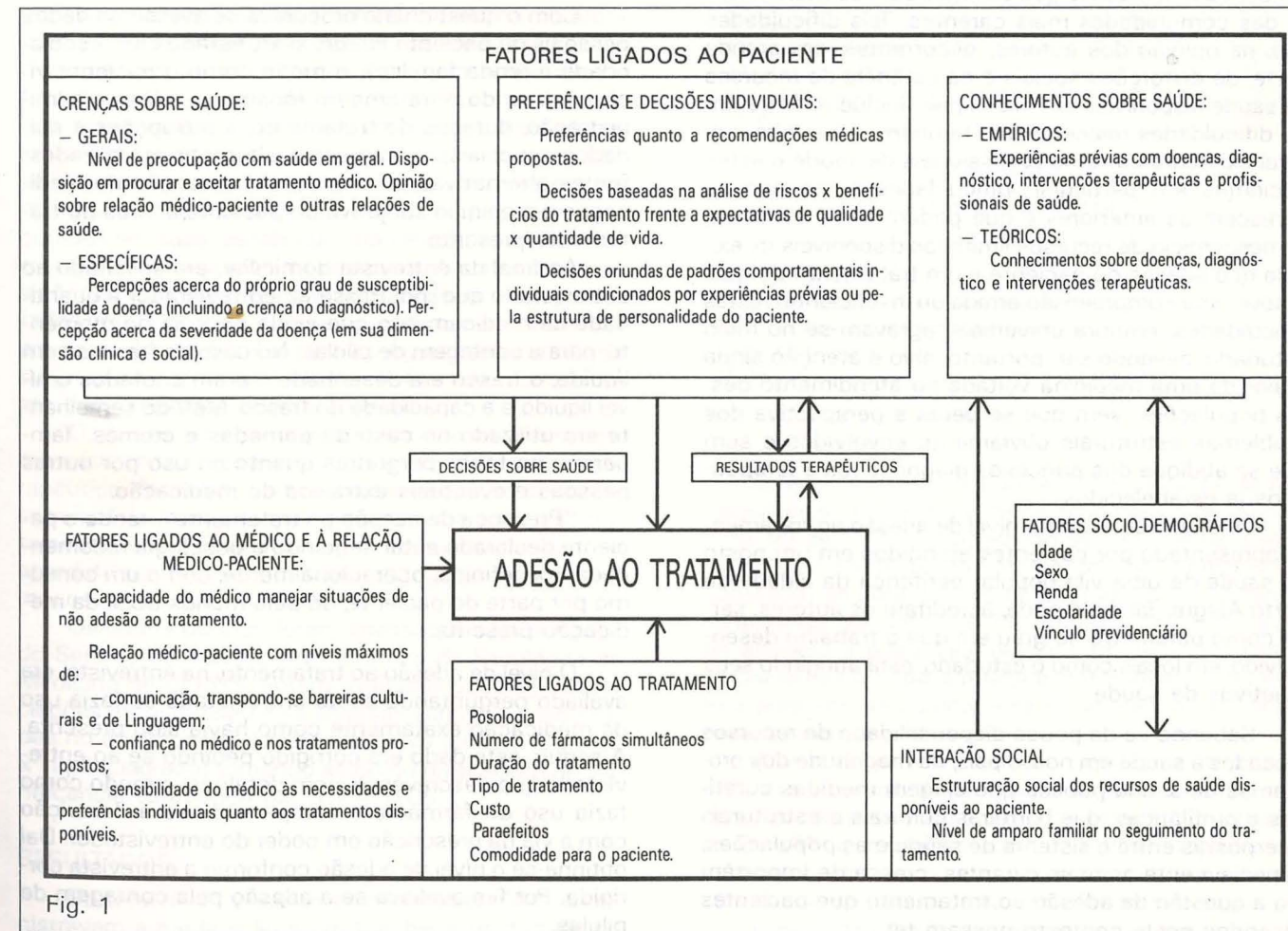


Fig. 1

paz de detectar e superar problemas de não-adesão (3, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

Finalmente são apresentados os aspectos pertinentes à prescrição propriamente dita (1, 3). As flechas na Figura 1 demonstram como as diversas variáveis atuam sobre a adesão ao tratamento, que é precedida de decisões que o paciente toma quanto a sua saúde e que será responsável pelos resultados terapêuticos, objetivo final de qualquer tratamento. Flechas duplas indicam que os fatores envolvidos são capazes de se influenciarem mutuamente.

Em nosso país, em geral, e no nosso Estado, em particular, cada vez mais o sistema de saúde se volta para um modelo de "medicina comunitária", que envolve uma hierarquização dos serviços de saúde, prestando-se cuidados primários (e secundários) em unidades sanitárias e postos de saúde avançados, inseridos fisicamente junto às populações alvo (que têm sido, no nosso meio, as populações mais desprivilegiadas sócio-economicamente).

O presente trabalho surge deste questionamento. Justifica-se pela escassez de trabalhos prévios em nosso meio (26), capazes de abordar o problema à luz de uma metodologia voltada para a testagem de hipóteses numa vila popular, e pela relevância da questão num momento em que se buscam meios capazes de vencer as dificuldades que se interpõem ao atendimento das comunidades mais carentes. Tais dificuldades são, na opinião dos autores, decorrentes, em grande parte, de distorções sociais e da carência de recursos de saúde disponíveis em nosso país. Incluem, entretanto, dificuldades relacionadas, também, à barreira cultural existente entre os profissionais de saúde e estes pacientes em particular, dificuldades estas que se acrescem às anteriores e que podem levar, inclusive, ao desperdício de recursos limitados disponíveis (p. ex., pela não adesão do paciente a um tratamento do qual obteve uma compreensão errada ou insuficiente). Estas dificuldades, embora universais, agravam-se no meio estudado, devendo ser, portanto, alvo e atenção ainda maior de uma medicina voltada ao atendimento destas populações, sem que se perca a perspectiva dos problemas estruturais obviamente envolvidos e sem que se abdique dos princípios diagnósticos e terapêuticos já estabelecidos.

Objetivou-se avaliar o nível de adesão ao tratamento apresentado por pacientes atendidos em um posto de saúde de uma vila popular periférica da cidade de Porto Alegre. Tal dado pode, acreditam os autores, servir como parâmetro do grau em que o trabalho desenvolvido, em locais como o estudado, está atingindo seus objetivos de saúde.

Sabendo-se da pouca disponibilidade de recursos alocados à saúde em nosso país, da magnitude dos problemas de saúde pública que exigem medidas curativas e profiláticas, das barreiras culturais e estruturais interpostas entre o sistema de saúde e as populações, especialmente as mais carentes, cresce de importância a questão da adesão ao tratamento que pacientes inseridos neste contexto possam ter.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos no protocolo da pesquisa todos os pacientes atendidos em regime ambulatorial na Unidade Sanitária (U.S.) 1º de Maio da SSMA do RS no período de 18/08/1986 a 21/11/1986, cuja patologia exigisse o emprego de algum fármaco e que não necessitassem de tratamento de urgência. Também era necessário que os pacientes residissem nos limites da Vila 1º de Maio e que não tivessem sido incluídos na amostra em função de um atendimento prévio.

As consultas eram realizadas por médicos ou doutorandos de Medicina cumprindo estágio de Medicina Comunitária na U.S.. A prescrição incluía o fármaco, posologia, quantidade de medicamento entregue ao paciente e medidas terapêuticas auxiliares. Para fins de pesquisa, uma cópia desta prescrição era mantida na U.S. para posterior confrontação com os dados obtidos nas entrevistas (normalmente a U.S. não mantém cópia das prescrições entregues aos pacientes).

A aferição da adesão ao tratamento era realizada durante entrevistas domiciliares, utilizando-se, para isso, um questionário padronizado e o método de "contagem de pílulas". Em caso de haver mais de um fármaco em uso, era considerado, para efeitos de pesquisa, aquele que estivesse sendo utilizado no tratamento da patologia que motivou a consulta.

Com o questionário procurava-se avaliar: os dados pessoais do paciente (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar); o modo como o paciente vinha realizando o tratamento (posologia, vias de administração, duração do tratamento, interrupções e cuidados especiais); tratamentos alternativos utilizados; fontes alternativas ao posto para obtenção de medicação e a opinião subjetiva do paciente acerca do tratamento prescrito.

Ao final da entrevista domiciliar, era solicitado ao entrevistado que mostrasse ao entrevistador a quantidade de medicamento que ainda possuía no momento, para a contagem de pílulas. No caso de frascos com líquido, o frasco era desenhado e eram anotados o nível líquido e a capacidade do frasco. Método semelhante era utilizado no caso de pomadas e cremes. Também eram feitas perguntas quanto ao uso por outras pessoas e eventuais extravios de medicação.

"Presença de adesão ao tratamento", tendo o paciente declarado estar seguindo a posologia recomendada, foi definida, operacionalmente, como um consumo por parte do paciente, de pelo menos 80% da medicação prescrita.

O nível de adesão ao tratamento, na entrevista, era avaliado perguntando-se ao entrevistado se fazia uso da medicação exatamente como havia sido prescrita. A seguir, este dado era corrigido pedindo-se ao entrevistado que descrevesse, com detalhes, o modo como fazia uso do fármaco, e comparando-se a descrição com a via da prescrição em poder do entrevistador. Daí obtinha-se o nível de adesão conforme a entrevista corrigida. Por fim avaliava-se a adesão pela contagem de pílulas.

O nível de adesão final é o resultado da combinação dos dados obtidos com a entrevista corrigida, associada à contagem de pílulas. Só eram considerados, ao final, como tendo adesão, os pacientes que apresentassem adesão tanto na entrevista como na contagem de pílulas, excluindo-se os pacientes que se mostrassem sem adesão por um ou outro método de avaliação.

Os médicos (ou doutorandos) deveriam atender os pacientes ambulatorialmente, evitando qualquer alteração da rotina habitual de atendimento, exceto pelo fato de prescreverem em uma via adicional (com uso de papel carbono), retida na U.S. e anexada ao prontuário do paciente. Cabia ao médico não alertar ao paciente quanto à possibilidade de ser incluído na pesquisa (a permissão era dada pelo paciente ou responsável no momento da entrevista) nem da possibilidade de visita domiciliar.

Ao entrevistador, que foi sempre um dos doutorandos, coube procurar o paciente atendido na U.S. em sua residência e aplicar o questionário padrão no próprio paciente ou na pessoa responsável pelo seguimento do tratamento. Para evitar qualquer atitude que sugerisse autoridade ou policiamento da conduta do paciente, o doutorando que realizava a entrevista não era o mesmo que o tinha atendido no posto. Além disto, deveria procurar formular apenas as perguntas padrão previamente elaboradas e adotar a mesma conduta com todos os pacientes, dentro dos limites possíveis e compatíveis com a obtenção das informações. Os entrevistadores estavam de acordo quanto à padronização das condutas e realizaram treinamento prévio conjunto. Coube ao entrevistador a aferição da quantidade de medicamento consumido pelo paciente e o registro dos dados de cada entrevista. Os pacientes procurados em suas residências, não encontrados no momento, eram excluídos da pesquisa. Aqueles cujas residências não eram encontradas poderiam ser procurados noutra ocasião. Não se poderia repetir a entrevista em uma mesma família, para assegurar seu caráter de surpresa. As entrevistas foram feitas num período de até duas semanas após a consulta.

O nível de adesão foi correlacionado a variáveis como sexo, renda, escolaridade, estado civil, regime terapêutico, fonte de medicação (entregue no posto ou comprado), opinião subjetiva do paciente acerca do tratamento, uso de medidas de tratamento caseiro, se atendido por médico ou doutorando e número de fármacos prescritos.

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do Serviço de Assessoria Científica da Faculdade de Medicina da UFRGS. Foram avaliadas possíveis associações entre adesão e as diversas variáveis pesquisadas no questionário. Utilizou-se, para tanto, o teste do χ^2 (qui-quadrado) tomando-se como nível aceito de significância estatística um $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Do total de 71 pessoas entrevistadas, 68% administravam a medicação a um familiar e os demais fa-

ziam eles próprios uso de medicação.

A distribuição da amostra, segundo o sexo, evidenciou um grande predomínio de mulheres (91,5%). A idade média dos entrevistados foi de 28 anos (Tabela 1). O nível de escolaridade da maioria era 1º grau incompleto (67,5%), seguindo-se de analfabetos (14%) (Tabela 2). Predominaram os casados (56%), seguidos dos solteiros (34%), os demais eram separados ou não se obteve a informação. A renda familiar média foi de três salários mínimos/mês.

TABELA 1
Distribuição por Idade

	f	%
7 a 15 anos	10	14
16 a 25 anos	24	34
26 a 59 anos	28	40
60 anos ou mais	4	5
sem informação	5	7
Total	71	100

x = 28 anos

TABELA 2
Distribuição por Escolaridade

	f	%
analfabetos	10	14
1º grau incompleto	48	67,5
1º grau completo ou 2º grau	7	10
sem informação	6	8,5
Total	71	100

TABELA 3
Distribuição por Renda

	f	%
0 - 1,5 salário mínimo por mês	15	21
1,5 - 3,0 salário mínimo por mês	29	41
3,0 - 16,5 salário mínimo por mês	24	34
sem informação	3	4
Total	71	100

x = 3 salários mínimos por mês

O nível de adesão encontrado, perguntando-se aos pacientes se tomavam a medicação conforme o prescrito, foi de 70%. Comparando-se, entretanto, a descrição, pelo paciente, do tratamento, com a prescrição, constatou-se uma adesão de apenas 65%. É interessante notar que somente 7% dos pacientes admitiram ter alterado a posologia, embora em 18% dos casos de pacientes que diziam seguir o tratamento que lhes fora prescrito se constatasse tal alteração pela comparação com a prescrição.

Aplicando-se o método de contagem de pílulas, 64% dos entrevistados tiveram uma quantidade de medicação compatível com o regime terapêutico prescrito. Os 36% que usaram uma quantidade incompatível geralmente deixaram sobrar mais de 50% da medicação, o que só não ocorreu em 3% desses casos.

O nível de adesão, combinando-se os achados da

entrevista, corrigida pela comparação com a prescrição, à contagem de pílulas, foi de 53,5% (Histograma 1).

Avaliando-se a fonte de obtenção dos medicamentos prescritos, a maior proporção dos entrevistados teve acesso direto à medicação, ou porque a recebeu no posto (73%) ou porque já a possuía (1%). Apenas 26% dos pacientes tiveram prescrita medicação a ser comprada (Histograma 2).

Pacientes portadores de doenças agudas (com período de tratamento menor que 15 dias) constituíram 79% da mostra. No que se refere à via de administração dos fármacos, encontrou-se 52% de via oral, 44% de uso tópico e 4% de via parenteral. Além disto, 32% dos pacientes tiveram apenas um fármaco prescrito; 42% dois fármacos e 26% tiveram de usar três ou quatro fármacos simultaneamente.

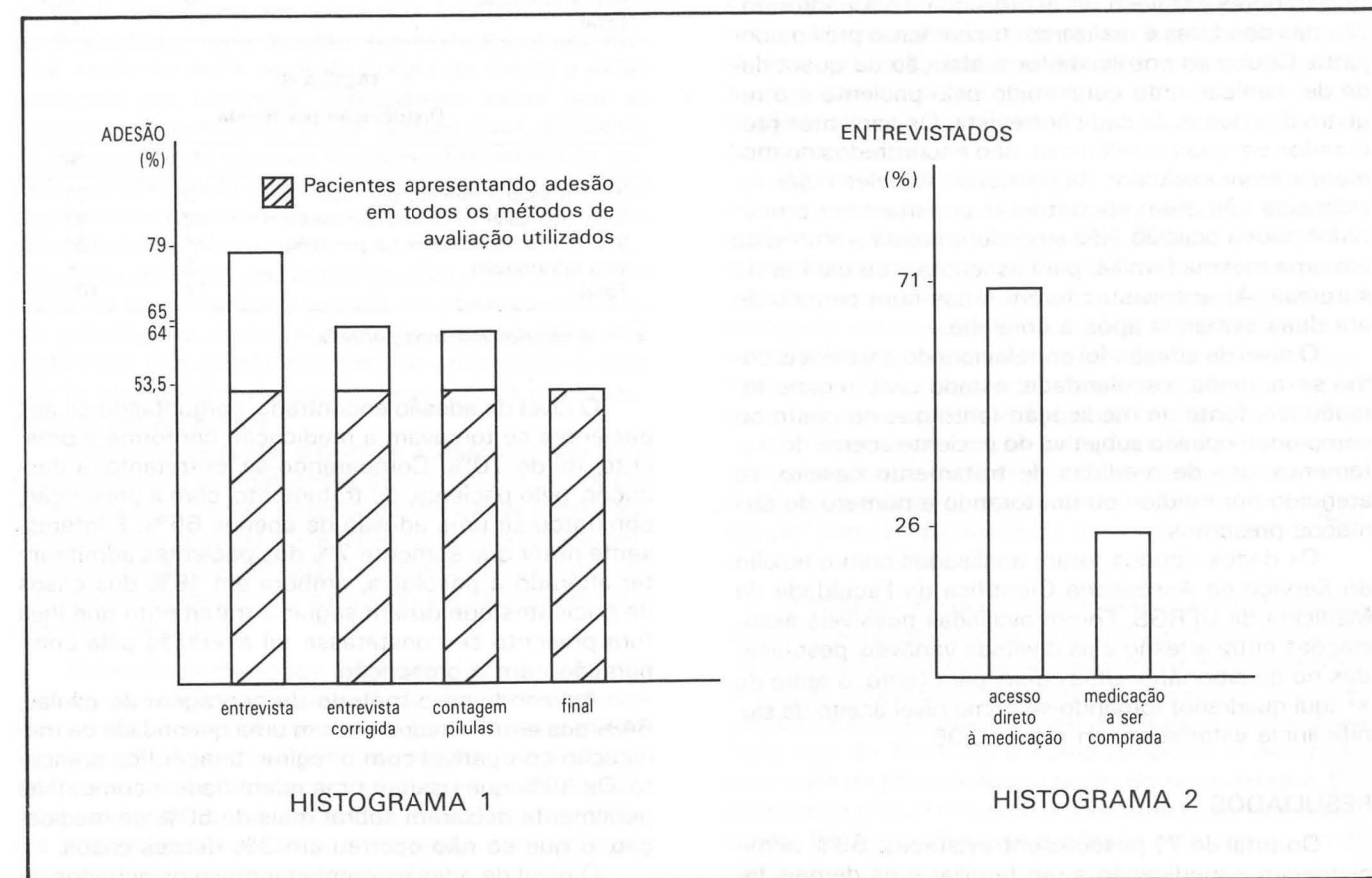
A opinião dos entrevistados foi de que o tratamento era bom em 68% dos casos e de que era ruim em 19%. Os demais não fizeram o tratamento (6%) ou não expressaram opinião (7%). Somente 28% dos entrevistados faziam uso de medidas caseiras para o tratamento da patologia considerada.

Finalmente, 52% dos pacientes foram atendidos por um médico do posto e os restantes 48%, por um dos doutorandos.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre qualquer uma das variáveis pesquisadas e adesão ao tratamento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A metodologia empregada, combinou, para a aferição do grau de adesão ao tratamento, os métodos da entrevista e de contagem de pílulas. Isso baseou-se no fato de que o método de entrevista, apesar de possuir uma sensibilidade relativamente baixa (aproximadamente 37% para detecção de não-adesão), apresenta uma especificidade muito alta (95%), o que dá uma confiança, com apenas 5% de erro, de que pacientes que admitem não estar apresentando adesão estarem dizendo a verdade (2). Além disso, o método de contagem de pílulas é considerado o "método padrão" para avaliação de adesão quando realizado durante uma visita domiciliar de surpresa (2). Deste modo a entrevista dá especificidade aos achados enquanto a contagem de pílulas fornece sensibilidade para a detecção de não-adesão ao tratamento, aproximando-se assim de um método ideal. Críticas feitas ao método de contagem de pílulas não se referem a entrevistas domiciliares de surpresa (27), sendo necessário, entretanto, estar alerta às limitações deste método, devendo-se avaliar fontes de obtenção da medicação, usos alternativos por outras pessoas que não o paciente e eventuais extravios (2). Outros métodos, como a determinação de concentrações de fármacos em líquidos corporais, apresentam baixa operacionalidade e custo elevado (1, 2, 28).



O cuidado de fazer-se com que o estudante que tivesse atendido um paciente não o entrevistasse justifica-se pelo fato de a entrevista estar sujeita a fatores como medo ou intimidação frente à autoridade do médico (9). Procurou-se minimizar esses problemas evitando-se também qualquer postura autoritária frente ao paciente. Buscou-se, tanto quanto possível, assumir uma postura de compreensão frente à possibilidade de falhas no seguimento dos tratamentos prescritos.

A amostra apresentou uma grande predominância do sexo feminino. Isto se explica, em parte, porque 68% das pessoas entrevistadas eram os responsáveis pela administração da medicação a um familiar, sendo a quase totalidade destes casos de mães que administravam a medicação a seus filhos (os dados relativos à idade das pessoas que recebiam a medicação de forma passiva não foram computados porque estas pessoas não influenciam, por si, os níveis de adesão que apresentam, dependendo, neste aspecto, da pessoa que lhes administra o tratamento). Cabe ressaltar que a Tabela 1 mostra apenas a faixa etária dos entrevistados (que usavam a própria medicação ou a administravam a outrem). A criança mais jovem entrevistada tinha sete anos, embora crianças menores tenham participado do trabalho recebendo a medicação de um familiar.

A distribuição da amostra quanto à faixa etária, estado civil e escolaridade reflete igualmente o grande número, entre os entrevistados, de responsáveis pela administração do tratamento a crianças.

A ausência de associação entre sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade ou renda familiar e adesão ao tratamento concorda com a maioria dos dados da literatura (1, 26, 29).

O fato de não ter sido observada uma grande diferença quanto à adesão dos pacientes controlando-se para o fato de terem sido atendidos por médico ou por doutorando não discorda da noção de que a adesão pode ser estimulada por diversos profissionais de saúde, incluindo-se enfermeiros, farmacêuticos ou outros profissionais (nesse caso, estudantes), tendo mais importância as medidas adotadas por estas pessoas do que o tipo de profissional que as aplica. Diferentes medidas propostas podem ser capazes (30), ou não (31), de influenciar a adesão, conforme comprovado em estudos caso-controle.

A comparação do número de medicamentos prescritos a um mesmo paciente com adesão, não mostrou associação. Esse dado não difere da literatura se considerarmos que esta demonstra associação, quanto ao número de fármacos prescritos, somente quando prescrições de cinco ou mais fármacos foram comparadas às prescrições de menos de cinco fármacos e com um tamanho amostral muito maior ($n = 202$) (32).

O nível de adesão encontrado, de 53,5%, é baixo, porém situa-se numa faixa que poderia ser esperada frente às dificuldades estruturais associadas ao atendimento do tipo de população estudada, embora não tenha sido muito discrepante dos achados de diversos autores em populações de países desenvolvidos. Na literatura, as estimativas do grau de não-adesão a tratamentos medicamentosos variam muito conforme a situação terapêutica analisada. Em crianças tratadas por infecções agudas com um curso de 10 dias de penicilino terapia, um estudo demonstrou uma taxa de adesão de apenas 8% no 9º dia do tratamento (33). Por outro lado, aplicando um programa estimulador de adesão a um grupo de pacientes hipertensos, outro autor encontrou um nível de 96% de adesão mesmo após um ano do início do tratamento. Embora taxas de adesão extremas como estas possam ocorrer, em regime terapêuticos agudos, taxas de adesão de 60% (3, 34, 35) e 70% (26, 30) são comumente encontradas. Em regimes terapêuticos crônicos, taxas de não-adesão de aproximadamente 50% são freqüentes (2). Isso, por um lado, demonstra que atendimento médico em U.S., modelo proposto em nosso país para populações carentes, não é totalmente ineficaz, apesar de se encontrar longe do ideal e, por outro lado, demonstra que aproximadamente a metade dos esforços em tratar esses pacientes pode ser em vão.

Por fim, cabe ressaltar que adesão não é um fim em si, objetivando-se, isto sim, um benefício terapêutico adicional significativo (7). Não basta aumentar o nível de adesão, é necessário que se produza também um benefício clínico significativo.

Os autores concluem que o problema da não-adesão a tratamentos em vila popular é grave, e propõem que sejam tomadas medidas tanto a nível de infra-estrutura da rede de saúde, quanto medidas estimuladoras de adesão operacionalizáveis neste contexto e que se mostrem eficazes

BIBLIOGRAFIA

- O'Hanrahan M, O'Malley K. Compliance with drug treatment. *British Medical Journal*, 1981; July. 283: 298-300.
- Sackett D L et alii. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston-Toronto: Little, Brown and Co., 1st ed., 2nd print, 1985.
- Eraker S A et alii. Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 1984; 100: 258-268.
- Weiss J K, Wolman T. Drug therapy: from compliance to cooperation. *Pennsylvania Medicine*, mar. 1979: 24-26.
- Rosenstoch I M. Patient's compliance with health regimens. *Jama*, 1975; Oct. 234 (4): 402-403.

- Takala J et alii. Improving compliance with therapeutic regimens in hypertensive patients in a community health center. *Circulation*, 1979; 59 (3): 540-543.
- Editorial. Non compliance: does it matter? *Br. Med. J.*, 1979; 2: 1168.
- Lister J. Compliance in clinical care — Congress in Viena — health services quanges. *The New England Journal of medicine*, 1979; Nov. 301 (22): 1226-1227.
- Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *British J of Clinical Psychology*, 1982; 21: 241-254.
- Lansky S B et alii. Psychological correlates of compliance. *The American Journal of Paediatric Hematology/Oncology*, 1983; 5 (1): 87-92.

11. Ross D J. Compliance and the health belief model: a challenge for the liaison psychiatrist. *General Hospital Psychiatry*, 1983; 5: 31-35.
12. Doherty W J et alii. Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence. *The Journal of Family Practice*, 1983; 17 (5): 837-841.
13. Dracup K A, Meleis A L. Compliance: an interactionist approach. *Nursing Research*, 1982; jan./feb. 31 (1): 31-36.
14. Levy R L. Social support and compliance: a selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement. *Soc Sci Med*, 1983; 17 (18): 1329-1338.
15. Moughton M. The patient: a partner in the health care process. *Nursing Clinics of North America*, 1982; sep. 17 (3): 467-479.
16. Abernethy V. Compassion, control, and decision about competency. *Am J Psychiatry*, 1984; jan. 141: 1.
17. Amarasinhgaham L R. Social and cultural perspectives on medication refusal. *Am J Psychiatry*, 1980; mar. 137: 3
18. Anderson A D. Therapeutic trust. *J Chronic Dis*, 1982; 35: 817-820.
19. Editorial. Compliance. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1979; july. 29: 387-389.
20. Gillum R F, Barsky A J. Diagnosis and management of patient non-compliance. *Jama*, 1974; june. 228 (12): 1563-1567.
21. Goldman B. Can treatment be compulsory? *Can Med Assoc J*, 1984; feb. 130: 451-453.
22. Graham J M, Suppre D A. Improving drug compliance in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1979; july 29: 399-404.
23. Keisling R. Characteristics and outcome of patients who refuse medication. *Hospital and Community Psychiatry*, 1983; sep. 34 (9): 847-848.
24. Reiser S J. Refusing treatment fomental illness: historical and ethical dimensions. *Am J Psychiatry*, 1980; mar. 137 (3): 329-331.
25. Starkaman M N, Youngs D D. Evaluation and management of the patient who refuses medical care. *Primary Care*, 1979; june. 6 (2): 451-457.
26. Saute L. et alii. Avaliação da adesão e seguimento da terapêutica médica em uma vila operária — um estudo de campo. *Arquivos de Medicina Preventiva*, 1982; jul./dez. 5: 12-18.
27. Ettlinger P R A, Freeman G K. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *Br Med J*. 1981; apr. 282: 1192-1194.
28. Pearson R M. Who is taking their tablets? *Br Med J*. 1982; sep. 285 (6344): 757-758.
29. Kleyn L E et alii. Medication problems among patients — a study with emphasis on the elderly. *Arch Intern Med*, 1984; june. 144: 185-188.
30. Bond C A, Monson R. Sustained improvement in drug documentation, compliance, and disease control — a four-year analysis of an ambulatory care model. *Arch Intern Med*, 1984; june. 144.
31. Mcphee S J et alii. Influence of a "discharge interview" on patient knowledge, compliance, and functional status after hospitalization. *Medical Care*, 1983; 21 (8): 755-767.
32. Sears C L, Charlson M E. The effectiveness of a consultation: compliance with initial recommendations. *Am J Med*, 1983; may. 74: 870-876.
33. Bergman A B, Werner R J. Failure of children to receive penicillin by mouth. *New England Journal of Medicine*, 1963; 268: 1334-1338.
34. Matillon U, Pasquier J. L'observance médicamenteuse — pourquoi la plupart des malades non se conforment — ils pas à l'ordonnance leur médecin? *La Nouvelle Presse Médicale*, 1980; mar. 9 (14): 989-992.
35. Matillon U, Pasquier J. L'observance médicamenteuse (suite). *La Nouvelle Presse Médicale*, 1980; mar. 9 (15): 1056-1059.
36. Peach H. Trends in self-prescribing and attitudes to self-medication. *The Practitioner*, 1983; oct. 227: 1609-1615.
37. Stoudmire A, Thompson T L. Medication non-compliance: systematic approaches to evaluation and intervention. *General Hospital Psychiatry*, 1983; 5: 233-239.
38. Wartmann S A et alii. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *Medical Care*, 1983; sep. 21 (9): 886-891.