

Descontinuidade no seguimento de pacientes atendidos em ambulatório de pneumologia em Belém do Pará

Discontinuity in the follow-up of patients served in pneumology ambulatory in Belém do Pará

José Tadeu Colares Monteiro¹, Ivalto Gonçalves Nascimento Junior¹, Monique Almeida Silva¹,
Marília de Fátima Silva Pinheiro¹, Rafaela dos Santos Nascimento¹

Resumo Objetivo: Identificar o perfil socio demográfico dos pacientes que descontinuaram o seguimento ambulatorial de pneumopatias e analisar variantes que podem influenciar na descontinuidade do seguimento dos mesmos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo retrospectivo baseado em uma coleta de dados realizada através de questionário contendo variáveis sócio demográficas, prováveis diagnósticos, exames solicitados, intervenção terapêutica, encaminhamento para outras especialidades e comorbidades. **Resultados:** A prevalência da descontinuidade no seguimento ambulatorial de pneumologia ocorreu em mulheres, com idade acima de 50 anos, naturais de Belém, com procedência da Região Metropolitana. A asma foi a doença pulmonar mais presente entre os pacientes que abandonaram o seguimento ambulatorial. Houve prevalência significativa de pacientes que referiram presença de outras comorbidades, sendo a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus as mais referidas entre as comorbidades dos pacientes. **Conclusão:** A adesão ao tratamento pode sofrer interferências de vários fatores, como os geográficos, financeiro, organizacionais e de informação. É necessário que os profissionais de saúde conheçam esses fatores para que possam planejar e implementar estratégias adequadas aos seus pacientes.

Descritores: adesão à medicação; pneumopatias; perda de seguimento.

Summary: Purpose: To identify the socio-demographic profile of patients who discontinued ambulatory follow-up of pneumopathies and to analyze variants that may influence discontinuation of follow-up. **Materials and Methods:** This is a retrospective descriptive cross-sectional study based on data collected through a questionnaire containing socio-demographic variables, probable diagnoses, requested tests, therapeutic intervention, referral to other specialties and comorbidities. **Results:** The prevalence of discontinuation in ambulatory follow-up of pneumology occurred in women, aged over 50 years old, from Belém, coming from the Metropolitan Region. Asthma was the most frequent pulmonary disease among patients who abandoned ambulatory follow-up. There was a significant prevalence of patients who reported presence of other comorbidities, with Hypertension and Diabetes Mellitus being the most frequent among the comorbidities reported by the patients. **Conclusion:** Adherence to treatment may be influenced by factors such as geographical, financial, organizational and information. Health professionals need to be aware of these factors so that they can plan and implement appropriate strategies for their patients.

Keywords: adherence to therapeutics; pneumopathies; abandonment of treatment.

¹Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, Belém, PA, Brasil


Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Received: Junho 07, 2018

Accepted: Agosto 08, 2018

Trabalho realizado no Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, Belém, PA, Brasil.

 Copyright Monteiro et al. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A adesão ao tratamento é compreendida como um conjunto de ações que podem incluir uso correto de medicamentos, imunizações, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida¹. Pode-se entender a continuidade ao tratamento como um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Sendo assim, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo¹.

Uma série de rigorosas avaliações descobriram que, nos países desenvolvidos, o seguimento ambulatorial entre os pacientes que sofrem doenças crônicas médias é de apenas 50%^{2,3}. A magnitude e o impacto da baixa continuidade ambulatorial nos países em desenvolvimento é assumido a ser ainda maior dada a escassez de recursos para a saúde e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, na China, Gâmbia e o Seychelles, apenas 43%, 27% e 26%, respectivamente, dos pacientes com hipertensão aderem ao seu regime de medicação anti-hipertensiva. Isto representa um tremendo desafio para os esforços de saúde da população onde o sucesso é determinado principalmente pela adesão a terapias de longo prazo⁴.

Em países em desenvolvimento são históricas as limitações com relação a saúde da população, chama atenção a falta de seguimento adequado dos pacientes, a baixa aderência a terapêutica e a alta mortalidade relacionada a certas patologias, sendo considerados obstáculos para o controle da doença no campo de saúde pública, apresentando-se como um desafio e contribuindo por exemplo, com o surgimento de resistência aos fármacos utilizados. Resultando em uma relação saúde-doença desigual, onde a baixa habilidade das políticas públicas de contenção somada as questões socioculturais contribuam para o adoecimento dos povos⁵.

Apesar do acesso facilitado ao Sistema Único de Saúde (SUS), a educação permanente dos profissionais que atuam nessa rede com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde deve ser uma constante. Com o objetivo de estimular nos pacientes a continuidade do acompanhamento através de intervenções da equipe multidisciplinar no intuito final de melhorar a qualidade de vida da população⁶.

A atitude acolhedora do profissional que cuida é preponderante na relação entre o paciente e o agravo que o trouxe até a unidade de saúde, sendo o medicamento um aliado terapêutico. Por ser um processo no qual os sujeitos estão em contato com uma variedade de fatores que influenciam na resposta terapêutica, a sua continuidade é uma tarefa árdua e fazer com que o paciente assimile isso é um determinante de sucesso do tratamento¹.

Além disto, a relação humanizada entre médico e paciente, vem sendo abordada sob diversos aspectos desde a antropologia médica e a filosofia hermenêutica até em teorias de comunicação, corroborando com a discussão sobre a necessidade destes pressupostos na formação do médico atual⁶.

No Brasil, há carência de estudos abrangentes sobre esse assunto, embora haja evidências inequívocas de que algumas doenças crônicas como a asma seja um componente importante da morbimortalidade da população do país. Trabalhos que identifiquem a frequência e os motivos da não adesão ao tratamento podem contribuir para a detecção de dificuldades e/ou problemas relacionados à atenção prestada pelos serviços de saúde à população geral. Possibilitam, ainda, a identificação dos grupos mais vulneráveis à não continuidade do seguimento ambulatorial, contribuindo para intervenções mais eficazes voltadas a estes grupos^{7,8}.

Este trabalho científico tem como finalidade identificar a frequência e as prováveis causas da descontinuidade do seguimento em um ambulatório de pneumologia, contribuindo para a detecção de dificuldades e/ou problemas relacionados à atenção prestada pelos serviços de saúde à essa população específica. Assim, possibilitando, ainda, a identificação dos grupos mais vulneráveis a falta de seguimento e à não adesão ao tratamento, contribuindo para a adoção de ações voltadas a estes grupos.

Metodologia

O estudo transversal descritivo retrospectivo foi desenvolvido após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), sob o processo número 2.475.523 em 21/12/2017.

A amostra foi composta de 85 prontuários de pacientes acima de 18 anos atendidos no ambulatório especializado em Pneumologia do CEMEC entre os anos de 2012 e 2015. Foram excluídos os prontuários com dados incompletos ou relacionados a agravos diferentes da especialidade em questão

A coleta de dados foi realizada através de questionário contendo as seguintes variáveis: a) sócio demográficas: idade, sexo, nacionalidade, naturalidade, procedência, profissão e estado civil; b) prováveis diagnósticos: suspeita de asma, tuberculose, neoplasia pulmonar, Doença Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças intersticiais, bronquiectasia; c) exames solicitados: laboratoriais (hemograma, bioquímica, marcadores tumorais, autoanticorpos, sorologias), radiológicos (radiograma de tórax, tomografia computadorizada de tórax, ecocardiograma), endoscópico (broncoscopia) e prova de função pulmonar (espirometria com prova broncodilatadora); d) intervenção terapêutica: broncodilatadores, corticóides inalatórios (disponibilizados pelo SUS) e broncodilatadores, corticoides, antileucotrienos, anti-Ige (não disponibilizados pelo SUS); e) encaminhamento para outras especialidades; f) Comorbidades (DM, HAS, Hipotireoidismo, Cardiopatia, Hemoglobinopatia, Doenças Reumáticas, outras comorbidades).

Os dados foram, inicialmente, tabulados e posteriormente tratados estatisticamente com Teste Qui-Quadrado Aderência, por meio do programa BioEstat 5.3.

Resultados

Em relação ao perfil sócio-demográfico, houve uma prevalência significativa ($p = 0,0219$) de pacientes do sexo feminino com 63,1% dos casos, representando o dobro da proporção do sexo masculino.

As idades dos pacientes apresentaram alta amplitude, variado de valores abaixo de 20 anos a idades acima de 50 anos, sendo esta última a de maior prevalência significativa ($p < 0,0001$) com 58,3% da amostra.

Foram atendidos pacientes da Região Metropolitana de Belém (83,3%), do Nordeste Paraense (10,7%) e também de outros estados (6,0%), sendo significativa a Região Metropolitana ($p < 0,001$).

Entre os prováveis diagnósticos dos pacientes atendidos a asma apresentou maior proporção (33,3%) com prevalência significativa ($p < 0,0001$), seguida da DPOC (20,2%), Tuberculose (14,3%).

Houve prevalência significativa ($p = 0,1561$) de pacientes que referiram presença de outras comorbidades (58,3%). A presença de HAS foi a mais prevalente (38,8%), seguida da Diabetes Mellitus (18,4%) e das Doenças reumáticas (8,2%).

Houve uma proporção significativa de pacientes ($p = 0,0475$) que não foram encaminhados para consulta com profissionais de outras especialidades (60,7%). Entre os que foram encaminhados, houve uma grande diversidade entre as especialidades sendo Cardiologia (21,2%), Gastroenterologia (12,1%) e Reumatologia (12,1%) as mais frequentes.

Discussão

No presente estudo houve predominância de má adesão ao tratamento de doenças respiratórias no gênero feminino (Tabela 1) corroborando com o resultado encontrado em um estudo sobre a não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo⁹. Entretanto, deve-se considerar que os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente a atenção básica, pois se consideram invulneráveis, por vergonha de frequentar o serviço¹⁰. A não procura pelo atendimento de saúde por indivíduos do sexo masculino potencializa a subestimação das doenças e agravos que os acometem¹¹.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo o sexo

SEXO	Freq	%
Feminino*	53	63,1
Masculino	31	36,9
Total	84	100,0

* $p = 0,0219$ Teste Qui-Quadrado Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas por meio dos prontuários.

Em relação a faixa etária (Tabela 2), observou-se prevalência significativa com 58,3% da amostra, naqueles com idade superior a 50 anos. A não adesão à terapêutica tem grande prevalência nos pacientes geriátricos¹² e tem sido relacionada com diversos fatores, como a quantidade diária de medicamentos a administrar; a dificuldade de deglutição; a negação ou medo da doença; a diminuição da auto-estima;

ideias suicidas; dificuldades económicas; a suspensão da medicação para ingestão de bebidas alcoólicas; o nível educacional/cultural do doente; esquecimento; e automedicação¹³. Por outro lado, os tratamentos crônicos ou de longa duração têm esquemas terapêuticos que exigem um grande empenho do doente e, em determinadas situações, implicam inclusivamente alterações dos hábitos diários e, conseqüentemente, um aumento da polimedicação nesta faixa etária¹⁴.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes de acordo com a sua faixa etária

Faixa Etária (anos)	Freq	%
< 20	6	7,1
20 a 30	7	8,3
31 a 40	10	11,9
41 a 50	12	14,3
> 50*	49	58,3
Total	84	100,0

* $p < 0,0001$ Teste Qui-Quadrado Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas por meio dos prontuários.

A grande maioria dos pacientes eram naturais de Belém (Tabela 3) e possuíam procedência da Região Metropolitana. Este achado pode exemplificar o fato de que adesão ao tratamento pode sofrer influências de outras barreiras, além da geográfica, como as financeiras, organizacionais e de informação¹⁵.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes de acordo com a sua procedência

Procedência	Freq	%
Região Metropolitana*	70	83,3
Nordeste Paraense	9	10,7
Outros estados	5	6,0
Total	84	100,0

* $p < 0,00001$ Teste Qui-Quadrado Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas por meio dos prontuários.

As doenças respiratórias crônicas (DRC) representam cerca de 7% da mortalidade global, o que corresponde a 4,2 milhões de óbitos anuais¹⁶. No Brasil, em 2011, as DRC foram a terceira causa de morte no conjunto de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹⁷. Essas doenças acarretam limitações físicas, emocionais e intelectuais, gerando conseqüências negativas na qualidade de vida do paciente e de sua família¹⁸. O tabagismo, a poluição ambiental, os alergênicos, os agentes ocupacionais, os fatores genéticos, sociais e relacionados ao estilo de vida são fatores de risco para DRC^{16,18,19} e sua carga tende a aumentar em conseqüência do envelhecimento da população.¹⁹ Em relação aos prováveis diagnósticos dos pacientes (Tabela 4), houve predominância dos diagnósticos de asma (33,3%) com prevalência significativa ($p < 0.0001$), seguida da DPOC (20,2%) e Tuberculose (14,3%). Esse resultado está em consonância com Goulart¹⁶ que cita como as principais doenças respiratórias crônicas a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os estados alérgicos, a hipertensão pulmonar, algumas doenças relacionadas ao processo de trabalho e a asma, sendo esta a mais comum¹⁶. Este dado pode ser justificado pelo fato das doenças citadas como predominantes, asma e DPOC, exigirem um seguimento contínuo para avaliação da efetividade de esquemas terapêuticos complexos e controle das exacerbações. Dessa forma, o paciente necessita adaptar o excesso de medicamentos à sua rotina e também estar atento às consultas marcadas. Além disso, somente 50% dos portadores de doenças crônicas continuam com o seguimento ambulatorial de seus problemas de saúde, acredita-se que os pacientes deixam de se preocupar em fazer o acompanhamento correto das comorbidades quando não estão sintomáticos das doenças, o que dificulta a identificação precoce de alterações do prognóstico e

riscos presentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰, a não adesão aos tratamentos a longo prazo na população em geral está em torno de 50,0%. Em revisão sistemática que compilou estudos publicados em 50 anos, Di Matteo²¹ identificou uma taxa média de 24,8% de não aderentes ao tratamento de doenças crônicas. No Brasil, faltam evidências sobre a prevalência de baixa adesão em portadores de doenças crônicas, a partir de estudos com representatividade nacional. Estudos nacionais anteriores mostraram prevalências com grande variabilidade, de 17,0% a 63,5%^{20,22-25}, mas cabe cautela na comparação dos resultados devido ao enfoque dos estudos em comparação, com diferenças importantes em relação à abrangência das amostras (locais ou regionais), subgrupos populacionais investigados ou foco em doenças crônicas específicas, como hipertensão arterial. Constatou-se uma relação de perda de continuidade com presença de outras comorbidade (Tabela 5), fato este que entra em conflito com o estudo de Chatkin⁷, que não achou relação significativa entre tais variáveis. Entretanto, ocorreu concordância com os estudos de Mac Laughlin²⁶ e World Health Organization²⁷, que a foi constatada forte associação entre maior número de doenças crônicas e baixa adesão. Isto pode ser explicado pelo fato de que o tratamento simultâneo para várias condições crônicas de saúde pode resultar em polifarmácia, regimes de medicação complexos que levam a tomar medicamentos muitas vezes ao dia, apresentando riscos farmacológicos e predispondo à não adesão e perda de continuidade^{26,27}. Não foi encontrada relação entre encaminhamento para outras especialidades e perda na continuidade dos pacientes (Tabela 6), apesar da maioria apresentar comorbidades, fato este que entra em conflito com Pasche²⁸, que afirma que a questão da humanização da saúde tem se expressado de maneiras diversas, e se concretiza, principalmente, pela pouca responsabilização e pela descontinuidade do cuidado e dos tratamentos, levando os usuários do SUS a perguntar: quem cuida de

Tabela 4. Distribuição dos prováveis diagnósticos dos pacientes

Provável Diagnóstico	Frequência	% (N = 84)
Asma*	28	33,3
Doença Obstrutiva Crônica (DPOC)	17	20,2
Tuberculose	12	14,3
Câncer de pulmão	6	7,1
Doenças intertisciais	4	4,8
Bronquiectasia	3	3,6
Outras	29	34,5

*p < 0,00001 Teste G Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas por meio dos prontuários.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes de acordo com outras comorbidades

Outras Comorbidades	Frequência	%
Presença		
Sim*	49	58,3
Não	35	41,7
Quais		N = 49
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	19	38,8
Diabetes Mellitus	9	18,4
Doenças reumáticas	4	8,2
Hemoglobinopatias	1	2,0
Cardiopatias	1	2,0
Outras	38	77,6

*p = 0,1561 Teste Qui-Quadrado Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas por meio dos prontuários.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes de acordo com encaminhamento para outra especialidade

Encaminhamento para outra especialidade	Frequência	%
Recebeu		
Sim	33	39,3
Não*	51	60,7
Quais		N = 33
Cardiologia	7	21,2
Gastroenterologia	4	12,1
Reumatologia	4	12,1
Oftalmologia	3	9,1
Otorrinolaringologia	3	9,1
Geriatria	2	6,1
Ginecologia	2	6,1
Ortopedia	2	6,1
Psiquiatria	2	6,1
Cirurgia de cabeça e pescoço	1	3,0
Clínica médica	1	3,0
Endocrinologia	1	3,0
Hepatologia	1	3,0
Metabologia	1	3,0
Cirurgia vascular	1	3,0
Nefrologia	1	3,0
Reumatologia	1	3,0
Nutrição	1	3,0
Psicologia	1	3,0
Mastologia	1	3,0

*p = 0,0495 Teste Qui-Quadrado Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas por meio dos prontuários.

quem? Quem cuida de mim? Com quem eu conto? Também discordando deste achado, Tavares²⁰ afirma que os indivíduos que referiram mais de um profissional médico para tratar as suas doenças crônicas tiveram maior prevalência de baixa adesão ao tratamento, sugerindo falhas na integralidade do processo de cuidado. O resultado encontrado pode ter sido enviesado pelo fato dos pacientes avaliados estarem sendo atendidos em um ambulatório especializado em pneumologia, diminuindo a responsabilização deste em encaminhá-los para outros ambulatórios.

Conclusão

A adesão ao tratamento pode sofrer interferências de vários fatores, como os geográficos, financeiros, organizacionais e de informação. Estas dificuldades podem ser entendidas como um processo multifatorial que culminam com menor seguimento ambulatorial dos pacientes e com a ausência de condições adequadas para o manejo da doença.

As doenças respiratórias crônicas representam um dos maiores problemas de saúde mundial, afetando a qualidade de vida dos pacientes e gerando grande impacto econômico e social. As longas filas no SUS para consultas e exames especializados mostram o ônus que essas doenças causam a saúde pública nacional. É necessário que o poder público estimule produção científica sobre as doenças respiratórias crônicas para que haja geração de conhecimentos a cerca do assunto e a sociedade seja estimulada a prevenir fatores

ambientais envolvidos na fisiopatologia das doenças, como o tabagismo. A prevenção do mesmo deve ser a partir de um projeto contínuo de promoção a saúde, por meio da proibição de propaganda de tabaco e ampliações de taxações sob os cigarros.

É importante também que os profissionais de saúde estabeleçam um bom vínculo com os portadores de doenças respiratórias crônicas, para que os mesmos tenham uma participação mais ativa nas decisões a cerca de seu esquema terapêutico. Esclarecer dúvidas sobre a doença e tratamento, adaptar o mesmo à rotina do paciente, incentivar o uso de caixas organizacionais de medicamentos, orientar ações para reduzir a exposição aos fatores agravantes, explicar o objetivo de cada exame e utilizar linguagem simples e clara são ações que devem ser postas em prática diariamente no Sistema Único de Saúde.

Dessa maneira, outras estratégias seriam palestras dirigidas aos grupos vulneráveis a descontinuidade terapêutica, alertando-os sobre os malefícios de não adesão ao tratamento, ressaltando os benefícios do acompanhamento ambulatorial regular e estimulando o autocuidado através do uso correto dos medicamentos.

Referências

1. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de "enseñanza" para profesionales de la salud y pacientes. *Interface Comunicacao Saude Educ.* 2005;9(16):91-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100008>.
2. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2001 [citado em 2014 nov 14]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
3. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Couns Health Educ.* 1978;1(1):18-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(78\)80033-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(78)80033-0). PMID:10238880.
4. Paula AP. Aderência à terapêutica com antimicrobianos administrados por via oral em adultos com osteomielite [dissertação]. São Paulo: Programa de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013.
5. World Health Organization. The World Health report 2002: reducing risks, promoting healthy life [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado em 2014 nov 14]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
6. Lutosa MA, Alcaires J, Costa JC. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Rev SBPH [Internet]*. 2011 [citado em 2016 jul 02];14(2):27-49. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt&nrm=iso
7. Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Scaglia NC, Tonietto RG, Wagner MB, Fritscher CC. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). *J Bras Pneumol.* 2006;32(4):277-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000400004>. PMID:17268725.
8. Giroto E. (2008). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da Família [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
9. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica.* 2014;30(1):126-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092613>. PMID:24627020.
10. Siqueira BPJ, Teixeira JRB, Valença No PF, Boery EN, Boery RNSO, Vilela ABA. Men and health care in the social representations of health professionals. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):690-6. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140098>.
11. Ribeiro ÍJS, Boery RNSO, Casotti CA, Freire IV, Teixeira JRB, Boery EN. Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2015b;29(3):250-60. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.12920>.
12. Beyth RJ, Shorr RS. Uso de medicamentos. In: Duthie EH, Katz PR. *Geriatría práctica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter Editora; 2002. p. 37-46.
13. Berger L. O consumo de medicamentos pelos idosos. In: Berger L, Poirier DM. *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta; 1995. p. 439-63.
14. Rocha CH, Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza AC, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Cien Saude Colet.* 2008;13(Supl):703-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700020>. PMID:21936175.
15. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanela L. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-46.
16. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2011. [citado 2014 nov 14]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf
17. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude.* 2014;23(4):599-608. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2014 nov 14]. (Cadernos de Atenção Básica - Série A: Normas e Manuais Técnicos; 25). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf
19. World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado 2014 nov 14]. Disponível em: <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf>
20. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1090-101. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000901092>. PMID:24626547.
21. Di Matteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9. <http://dx.doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>. PMID:15076819.
22. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):815-26. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00160512>. PMID:24896056.
23. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cien Saude Colet*. 2013;18(6):1763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>. PMID:23752542.
24. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):126-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092613>. PMID:24627020.
25. Santa-Helena ETD, Nemes MIB, Eluf No J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2389-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200017>. PMID:21243233.
26. Mac Laughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*. 2005;22(3):231-55. <http://dx.doi.org/10.2165/00002512-200522030-00005>. PMID:15813656.
27. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
28. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 63-72. (Cadernos HumanizaSUS; Vol. 1).

Autor correspondente

José Tadeu Colares Monteiro
Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA
Avenida Almirante Barroso, 3775
CEP 66613-903, Belém, PA, Brasil
Tel.: (91) 98934-6998
E-mail: tadeucolares@hotmail.com

Informação sobre os autores

JTCM e MFSP são especialistas em Pneumologia e docentes do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).
IGNJ, MAS e RSN são graduandos do curso de Bacharelado em Medicina no Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

Contribuição dos autores

JTCM foi orientador do trabalho; MFSP foi coorientadora do trabalho; NJ, MAS e RSN foram os autores e pesquisadores do trabalho.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.