



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ – REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

GEILSON RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
PEDRO PAULO SOUZA FRANCO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL DE DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA NO
CENTRO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS MÉDICAS DO CESUPA**

BELÉM-PA
2021

GEILSON RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

PEDRO PAULO SOUZA FRANCO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL DE DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA NO
CENTRO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS MÉDICAS DO CESUPA”**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para obtenção do grau em Medicina.

Orientador: Prof Msc. Jose Tadeu Colares Monteiro

Co- Orientador: Profa. Msc. Cybelle Cristina Pereira

BELÉM-PA

2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Santos Junior, Geilson Rodrigues dos.

Avaliação da adesão ao tratamento ambulatorial de doenças respiratórias crônicas no ambulatório de pneumologia no Centro de Especialidades Médicas do CESUPA / Geilson Rodrigues dos Santos Junior, Pedro Paulo Souza Franco; orientador José Tadeu Colares Monteiro, coorientadora Cybelle Cristina Pereira. – 2021.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2021.

1. Aparelho respiratório – Doenças. 2. Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC). I. Franco, Pedro Paulo Souza. II. Monteiro, José Tadeu Colares, orient. III. Pereira, Cybelle Cristina. IV. Título

CDD 23º ed. 616.2

AGRADECIMENTOS

A priori gostaria de agradecer aos meus pais, Geilson Rodrigues dos Santos e Maria do Carmo Lima dos Santos. Vocês são os pilares fundamentais dessa conquista. Graças a vocês eu tive todos os subsídios para chegar neste momento e iniciar em breve minha vida profissional. A educação é a chave e passaporte que vocês me proporcionaram a vida toda, cabe a mim agora abrir minhas portas e alçar os meus voos por conta própria, mas sempre com a benção de ambos. Até aqui foram muitas lutas, lembrarei de todas elas. Nunca direi que a canção está perdida. Obrigado também as minhas avós, dona Santa e dona Tereza, vocês contribuíram enormemente para minha criação, ganhei valores que levarei para a vida a toda e sei que boa parte do que levo e levarei daqui em diante, tem muito de vocês. Giza, você também fez parte disso, logo, logo é você. Estarei orgulhoso também.

Aos meus tios e primos, gostaria de agradecer o apoio que sempre recebi, me sinto enormemente grato pela família que tanto me acolhe, sou enormemente privilegiado de várias formas por ter vocês. De agora e para sempre, meu muito obrigado. Gostaria de agradecer a minha namorada, que participou ativamente na construção deste projeto e há 03 anos enriquece cada um dos meus dias. Muito obrigado, Juliana, faltam palavras para te agradecer. Agradeço também para a minha dupla na construção desse trabalho, que embarcou comigo neste projeto e assim como eu, entende, a importância desse momento para nós, obrigado Pedro.

Ao meu orientador Prof. José Tadeu Colares e coorientadora profa. Cybelle Pereira, deixo minha enorme gratidão para a realização e conclusão desse projeto. Sem vocês isso não seria possível, tenho em vocês referências profissionais, almejo e me projeto em médicos como vocês. Espero exercer a medicina com a excelência e da mesma forma humanizada que vocês. Fica também a gratidão aos todos os professores que tive durante a vida, em todas as etapas, e que deixaram em mim alguma contribuição. Ainda que não saibam, tenho muito de vocês comigo e tenho vários de vocês como referências pessoais. Vocês são os gigantes, a quem Newton citava.

Agradeço aos amigos que fiz durante a vida, das etapas que passei, das cidades que morei, dos projetos que iniciei, de todos que de alguma forma contribuíram para todo esse processo. Possuo grandes amigos, sei que estão sempre

na torcida pela minha pessoa. Gostaria de agradecer também aos funcionários do Cesupa, que tanto me acolheram nessa instituição ao longo desses 6 anos, desde o primeiro dia, meu muito obrigado a todos.

E por fim, não poderia deixar de agradecer a memória do meu avô, Seu Arcino S. Santos, o senhor fez da minha infância mais florida, mais feliz, gostaria muito da sua presença física entre nós nesse momento para desfrutar dessa vitória juntos, mas sei que olha por mim de onde estiver. No final do ano, seu neto vai virar médico, vô.

Geilson Rodrigues dos Santos Junior

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que desde pequeno após eu, insistentemente, dizer que queria ser médico, nunca deixaram de apoiar a realização do meu sonho. Sempre me estimularam, acalmaram nos dias turbulentos, deram forças quando tive dificuldades e sempre estarão ao meu lado em todas as minhas decisões.

Agradeço também meu irmão, por ser meu pilar de confiança, meu parceiro de vida e apoiador de todos os meus sonhos. Agradeço aos professores que passaram por mim durante toda a minha vida e me ajudaram a construir todo o conhecimento que tenho hoje. Agradeço ao meu parceiro de TCC, que desde o início aceitou dividir comigo essa responsabilidade e é não só meu parceiro de TCC, mas também meu parceiro de vida. E por último, e não menos importante, agradeço a Deus por guiar meus passos, iluminar minhas escolhas e nunca deixar eu desistir dos meus sonhos. Finalizo esse agradecimento com uma frase que marcou essa caminhada que só está iniciando: insista, persista, mas nunca desista

Pedro Paulo Souza Franco

RESUMO

Objetivo: Avaliar os impactos da não adesão em relação as medidas de tratamento para controle de doenças pneumológicas crônicas, em paciente em seguimento clínico-ambulatorial no centro de especialidades médicas do Cesupa com tempo de acompanhamento maior que 1 ano. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, de abordagem qualitativa e baseada na submissão de formulário em pacientes no seguimento de pneumopatologias crônicas, atendidos no ambulatório de pneumologia do Centro de Especialidades Médicas do Cesupa, realizado no período de agosto de 2020 até março de 2021. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 69 pacientes. Aproximadamente 70% eram do sexo feminino, 60% tinham de 51 a 70 anos. A idade variou de 22 a 89 anos, com média de idade de 58 anos \pm 15 anos. O formulário abrangeu informações como idade, gênero, escolaridade, doença de base, tipo de medicamento, prejuízo das atividades cotidianas e perguntas objetivas acerca dos preditores de adesão. A asma foi o acometimento mais prevalente, seguidos por DPOC e fibrose pulmonar idiopática, em igual distribuição. 61% dos pacientes utilizavam medicação via oral, contra 58% que realizava o uso de medicações por via inalatória. Os formulários traziam informações acerca do grau prejuízo das atividades de vida diária, na qual 55 dos 69 participantes referem grau moderado ou alto de comprometimento, assim como, o nível de instrução recebida pelo médico atendente, na qual a maioria dos pacientes afirmavam ter recebido as orientações necessárias para o seguimento clínico. Acerca das características de adesão ao tratamento, 87% dos pacientes afirmavam que dependem do tratamento para manutenção de sua saúde, 52% relataram que já tiveram prejuízos com o tratamento em função dos custos. A adaptação à rotina de vida, o receio da dependência e dos efeitos colaterais e o esquecimento da tomada das medicações também foram relatados, embora com números menos expressivos. Poucos pacientes, proporcionalmente, relataram ter abandonado o tratamento por dispensar sua necessidade ou de que não há melhora de seu quadro clínico. **Conclusão:** Diversos são os fatores que influenciam na adesão medicamentosa ao tratamento de doenças pulmonares crônicas, perpassando por dificuldades financeiras, que é um problema do nosso país, por baixo nível de escolaridade, que influencia diretamente com o entendimento da sua doença de base e a terapêutica proposta, até por esclarecimento sobre como utilizar o medicamento, visto que pode haver necessidade de utilização de dispositivos inalatórios que apresentam particularidades no seu uso. Todos estes fatores podem ser resolvidos através de políticas públicas adequadas.

Palavras Chave: 1 - Adesão a tratamento 2- Doenças Respiratórias 3- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impacts of non-adherence in relation to treatment measures for the control of chronic pulmonary diseases in patients under clinical-ambulatory follow-up at the Medical Specialties Center of Cesupa with follow-up time greater than 1 year. **Methodology:** This is a cross-sectional descriptive observational study, with a qualitative approach and based on the submission of a form in patients with chronic pneumopathology follow-up, seen at the pulmonology outpatient clinic of the Medical Specialties Center of Cesupa, conducted from August 2020 to March 2021. **Results:** Sixty-nine patients were included in the study. Approximately 70% were female, 60% were 51 to 70 years old. Age ranged from 22 to 89 years, with a mean age of 58 years \pm 15 years. The form covers information such as age, gender, education, underlying disease, type of medication, impairment of daily activities, and objective questions about predictors of adherence. Asthma was the most prevalent disorder, followed by COPD and idiopathic pulmonary fibrosis, in equal distribution. 61% of the patients used oral medications, against 58% who used inhaled medications. The forms bring information about the degree of impairment of activities of daily living, in which 55 of the 69 participants reported moderate or high level of impairment, as well as, the level of instruction received by the attending physician, in which most patients claim to have received the necessary guidance for clinical follow-up. About the characteristics of adherence to treatment, 87% of patients said they depend on the treatment to maintain their health, 52% reported that they have already had losses with the treatment due to the costs. The adaptation to the routine of life, the fear of dependence and side effects, and forgetting to take medications were also reported, although with less expressive numbers. Few patients, proportionally, reported having abandoned the treatment for dismissing its necessity or that there is no improvement in their clinical picture. **Conclusion:** There are several factors that influence drug adherence to chronic lung disease treatment, ranging from financial difficulties, which is a problem in our country, to low levels of education, which directly influences the understanding of the underlying disease and the proposed therapy, and even clarification on how to use the medication, since there may be a need for inhalation devices that have particularities in their use. All these factors can be addressed through appropriate public policies.

Key words: 1- Adherence to treatment 2- Respiratory diseases 3- Chronic obstructive pulmonary disease

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	21
Tabela 2	Características clínicas e subjetivas dos pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém – Pará	22
Tabela 3	Características de adesão ao tratamento dos pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém – Pará	23
Tabela 4	Características sociodemográficas associadas ao uso de dispositivo inalatório em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	24
Tabela 5	Características clínicas e subjetivas associadas ao uso de dispositivo inalatório em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	25
Tabela 6	Características sociodemográficas associadas ao uso de comprimido em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	26
Tabela 7	Características clínicas e subjetivas associadas ao uso de comprimido em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	27
Tabela 8	Adesão ao tratamento por gênero em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	28
Tabela 9	Adesão ao tratamento por faixa etária em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém – Pará	29
Tabela 10	Adesão ao tratamento por escolaridade em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	30
Tabela 11	Adesão ao tratamento por grau de prejuízo nas atividades dos pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.	31

Tabela 12 Adesão ao tratamento por orientações recebidas dos médicos nos atendimentos do ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.

32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Doenças Respiratórias Crônicas.....	12
1.2	Transição Epidemiológica	13
1.3	Doenças Respiratórias Crônicas no Brasil	13
1.4	Abordagem Comunitária ao Paciente Pneumopata e seus Determinantes	14
1.5	Conceito de Adesão	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos	17
3	METODOLOGIA.....	18
3.1	Aspectos Éticos	18
3.2	Tipo de Estudo	18
3.3	Local e Período.....	18
3.4	Número de Participantes	19
3.5	Critérios de Inclusão.....	19
3.6	Critérios De Exclusão	19
3.7	Instrumento de Pesquisa e Coleta de Dados.....	19
3.8	Apresentação e Análise dos Dados.....	20
4	RESULTADOS	21
5	DISCUSSAO	33
6	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
	APENDICE B – QUESTIONARIO.....	49
	ANEXO C - PARECER DO CEP	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doenças Respiratórias Crônicas

Perante os processos de transição demográfica e epidemiológica destacados no cenário atual, observa-se na comunidade mundial a tomada de novos desafios conforme apresenta-se o surgimento das “epidemias” das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O grupo reúne doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e metabólicas e são responsáveis por cerca de 7 a cada 10 mortes no mundo na última década, estimando-se em 38 milhões de mortes anuais ¹ Desses óbitos, aproximadamente 28 milhões ocorrem em países subdesenvolvidos. Fato este, que evidencia as adversidades do manejo desse tipo de afecção ^{1,2}

As Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) pertencem ao grupo das DCNT e configuram um grupo de grande importância clínica. São definidas como um conjunto de doenças com prejuízo funcional do parênquima pulmonar, vias aéreas e estruturas associadas. O grupo de doenças é vasto, porém, destacam-se pela prevalência e pelo número de hospitalizações, a asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), além de Tuberculose pulmonar, neoplasias (câncer broncogênico), outras doenças parenquimatosas intersticiais, além de estados alérgicos de vias aéreas superiores ³

As pneumopatologias, assim como as demais doenças crônicas são habitualmente vinculadas a causas multifatoriais com início insidioso e progressivo. Além disso, podem apresentar prognóstico variável a depender do manejo e intervenção médica sobre a doença, influenciando diretamente no curso clínico. É comum oscilações entre períodos de estabilidade e agudização da doença, além de possuir determinantes como a frequência e intensidade dos sintomas dependentes de fatores ambientais e econômicos. Ao abordar o paciente pneumopata, o profissional da saúde deve possuir o conhecimento da grande complexidade de fatores que podem interferir na efetividade de suas intervenções, afim de otimizar os recursos e o tratamento ⁴

1.2 Transição Epidemiológica

Nas últimas décadas, assim como observa-se na população mundial, o Brasil apresenta processos simultâneos de transição demográfica e epidemiológica com repercussões diretas no perfil das doenças ocorrentes em seu território⁵

A transição demográfica é atribuída sobretudo a alterações importantes de índices como a diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e elevação da expectativa de vida. Tais alterações elevam proporcionalmente o número de idosos em relação as demais faixas etárias da população. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019 a população de idosos no país era estimada em 28 milhões de pessoas, o que representa o percentual de 13% do total da nossa população, além de haver projeções do mesmo IBGE, para um número de 32 milhões em 2020⁶

O fenômeno da transição epidemiológica, por sua vez, é marcado pela mudança do perfil de morbimortalidade no cenário nacional. No país, a transição ocorre devido a fatores como urbanização e crescimento da infraestrutura básica, medidas de saneamento, acesso a serviços de prevenção e promoção de saúde.¹ A soma de todos esses eventos diminuiu drasticamente a mortalidade de doenças infecciosas ao longo das décadas em todo território nacional e concomitantemente nos foram acrescidos um novo desafio, que se refere ao enfrentamento das doenças crônicas, cada vez mais prevalentes, e que requerem investimento em pesquisa, vigilância e reprodução do seu manejo e tratamento, afim de exercer uma gestão efetiva por parte do sistema único de saúde⁷

1.3 Doenças Respiratórias Crônicas no Brasil

No Brasil, segundo o documento de “Recomendações para Manejo da Asma da Sociedade Brasileira de Pneumonia e Tisiologia, 2020”, a prevalência dos sintomas de asma entre adolescentes é superior a 20% do percentual dessa faixa etária. Entre adultos de 18 a 45 anos, 23% dos brasileiros afirmam terem apresentado algum sintoma de asma no último ano⁸, contudo, apenas 12% da amostra possuíam diagnóstico prévio de asma. O dado nos alerta sobre o desafio da subnotificação, sobretudo em algumas populações específicas, como a de adultos jovens com limitações leves em função da comorbidade que resulta na ausência de busca de atendimento médico, elevando ainda mais os índices de subnotificação⁸

Sobre a doença pulmonar obstrutiva crônica, é estimado que haja 65 milhões de pessoas portadoras de grau moderado ou grave no mundo (OMS). Além disso, a maior parte das informações sobre incidência, prevalência, morbidade e mortalidade acerca da DPOC provém de países desenvolvidos, entretanto, a maior mortalidade (90% das mortes por DPOC no mundo) ocorrem em países pobres ou emergentes (WHO,2013) ⁹ No cenário nacional, a SBPT estima que 12% da população adulta maior de 40 anos sejam portadoras desse distúrbio pulmonar.

Adjunto as taxas de mortalidade, as pneumopatologias também repercutem em índices de morbidade da doença. Segundo o portal DATASUS, que monitora os registros epidemiológicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2018 houve 197.568 internações atribuídas a exacerbações de quadro de asma e DPOC, o número representa 9,5 internações para cada 10.000 habitantes, aproximadamente 2% das internações realizadas no Brasil. Ressalta-se que o número de internações em sistema privado não possui a mesma disponibilidade de registros nos últimos anos que a rede pública, o que implica em um número absoluto de internações subestimado ⁹

1.4 Abordagem Comunitária ao Paciente Pneumopata e seus Determinantes

A epidemia das DCNT e sua elevação progressiva da prevalência em função da inversão de índices epidemiológicos, implicam em consequências importantes na qualidade de vida de seus portadores, ao passo que, exercerem restrições físicas, ocupacionais e socioeconômicas importantes aos pacientes. Além disso, familiares e indivíduos próximos a estes, podem apresentar repercussões diretas em suas rotinas ao exercerem o papel de cuidadores. O problema amplia-se quando se observa de uma perspectiva comunitária, onde há sobrecarga de sistemas de saúde atrelado a fatores que poderiam ser removíveis em uma etapa anterior da abordagem deste paciente.¹⁰ Há uma relação direta entre a proporção de acometimento das doenças crônicas com o grau de vulnerabilidade socioeconômica das populações, visto que as comunidades com menor renda apresentam maior exposição aos riscos e menos acesso aos serviços de saúde ^{10,11}

Dentre os diversos fatores que podem influenciar na abordagem deste paciente, destacam-se a idade e sexo do paciente, o nível de escolaridade e instrução pessoal, exposição ocupacional, acesso ao atendimento médico e medidas de prevenção e promoção de saúde, recursos financeiros e materiais, constituição

familiar e de domicílio, presença de comorbidade e aspectos legais e previdenciários. Portanto, reconhece-se esses pacientes como complexos do ponto de vista clínico, de modo que, o manejo deve pontuar todos os determinantes citados, otimizando sempre que possível de forma individualizada ^{12,13}

Atualmente, a problemática descrita desenrola-se com predomínio no primeiro e segundo níveis de atenção à saúde desenvolvida pelo SUS. Portanto, ressalta-se a importância fundamental das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a abordagem inicial, complementação diagnóstica, tratamento e prevenção a fim de realizar a adesão efetiva, reduzindo falha terapêutica e agravo do quadro instalado ¹⁴

1.5 Conceito de Adesão

Segundo Haynes, “Adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde as recomendações de um profissional de saúde”, portanto nota-se que a não adesão perpassa não só pelo comprometimento do profissional de saúde em promover aconselhamentos, medicações e acompanhamento de perto de cada paciente, sempre respeitando as diversas peculiaridades dos mesmos e suas limitações; mas também do próprio paciente que detém a decisão final sobre aderir ou não aderir a um determinado tratamento, visto que sempre será exclusivo do paciente essa tomada de decisão ¹⁵

Adesão efetiva é compreendida como um conjunto de ações que incluem: uso efetivo dos medicamentos, imunizações, comparecimento ao agendamento de consultas, adoção de hábitos de saúde mais saudáveis, entendimento acerca da doença a ser tratada concomitante com a vontade do paciente de controlar a sua doença ^{10,16}

A não adesão efetiva leva em consideração outros fatores; como os empecilhos físicos (distância paciente-ambulatório), questões financeiras (alto custo de medicamentos não disponibilizados gratuitamente pelo serviço público, alto custo com transporte – público ou particular, entre outros), e quesitos relacionados a relação profissional de saúde e paciente (que perpassa desde o vínculo firmado entre médico paciente até todo o aparato multiprofissional que pode estar ligado ao tratamento da patologia do paciente) ¹⁵

Pontua-se também o erro qualitativo da não adesão, classificando acerca do momento de descontinuidade. A não-adesão primária (descumprimento da primeira

prescrição), por exemplo varia de 6% a 44%, de modo a refletir quais fatores possuem repercussão imediata e quais seriam mais importantes na descontinuidade tardia. Descobrir quais fatores influenciam na não adesão do paciente ao tratamento proposto é de suma importância, visto que quando o paciente não faz a adesão primária do tratamento, o mesmo nem chega a notar melhora de seu quadro clínico; já quando o paciente aderiu ao tratamento e depois acabou descontinuando o seguimento medicamentoso por algum motivo, este tende a retornar as consultas ou retorna ao uso do medicamento pois já apresentou algum quadro de melhora do seu quadro clínico ou busca novas alternativas medicamentosas caso não apresente melhora clínica ^{16,17}

Percebeu-se que no Brasil há uma escassez de trabalhos que buscam motivos e geram respostas sobre a adesão medicamentosa de pacientes tratados com doenças crônicas pulmonares, mesmo o Brasil apresentando cerca de 7,5 milhões de pacientes portadores dessas doenças (Segundo DATASUS), portanto este trabalho tem intuito de esclarecer algumas problemáticas enfrentadas pelos pacientes para não aderirem efetivamente ao tratamento proposto; gerando informações para que sejam desenvolvidas futuras ações do sistema de saúde que possam sanar essas problemáticas demonstradas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a adesão às medidas de tratamento para controle de doenças pneumológicas crônicas, em pacientes em seguimento clínico-ambulatorial no Centro de Especialidades Médicas do Cesupa (CEMEC), com tempo de acompanhamento maior que 1 ano.

2.2 Específicos

Avaliar perfil sócio demográfico do paciente, descrevendo descritores neste âmbito que possam ser fatores limitantes.

Identificar a prevalência dos preditores de alta e baixa adesão medicamentosa.

Relacionar características clínicas associadas ao uso de dispositivos inalatórios em pacientes atendidos no Centro de Especialidades Médicas do Cesupa.

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos Éticos

A Pesquisa respeitou todas os preceitos postuladas pelo código de Nuremberg e da declaração de Helsinque, respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos presentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõem sobre atuação de pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com seus componentes: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

As etapas do presente projeto foram iniciadas frente à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do curso do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de numeração 36745620.3.0000.5169, além da autorização do responsável do Centro de Especialidades Médicas do Cesupa – CEMEC e do docente preceptor responsável pelo ambulatório de Pneumologia e só teve o início de seu desenvolvimento, após a aprovação de todos os segmentos. Além disso, foi necessário o uso de um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tendo em vista que a coleta de dados foi realizada pela aplicação de questionários respondidos pelos participantes do estudo (APENDICE A).

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, de abordagem qualitativa com dados coletados mediante a aplicação de um formulário que foi respondido pelos pacientes em seguimento de pneumopatologias crônicas, atendidos no ambulatório de Pneumologia do Centro de Especialidades Clínicas do Cesupa (CEMEC).

3.3 Local e Período

A pesquisa foi realizada no Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), localizado na av. Almirante Barroso, n. 3775, CEP: 6613-903, Belém, Pará. O período da pesquisa estendeu-se de agosto de 2020 a abril de 2021.

3.4 Número de Participantes

A amostra de participantes da pesquisa com o número de 69 pacientes cadastrados e atendidos no serviço ambulatorial de Pneumologia do Centro de Especialidades Clínicas Médicas do Cesupa (CESUPA).

3.5 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo, os pacientes com idade superior a 18 anos, com período de seguimento clínico, superior há 12 meses consecutivos, no ambulatório de Pneumologia do Centro de Especialidades Clínicas Médicas do Cesupa (CEMEC) e que apresentem doenças respiratórias crônicas incluídas na CID-10 sob os códigos alfa numéricos J44, J45, J47, J84 e A15. Além disso, todos os participantes manifestaram o aceite e realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APENDICE A)

3.6 Critérios De Exclusão

Foram excluídos do estudo, todos os pacientes que não possuíram os pré-requisitos mínimos para a participação da pesquisa, assim como, aqueles que não preencheram de forma adequada o questionário em mais de 50% de sua totalidade.

3.7 Instrumento de Pesquisa e Coleta de Dados

A coleta dos dados utilizadas do desenvolvimento da pesquisa foi fundamentada na utilização de um formulário estruturado, elaborado e fundamentado em questionários validados acerca da adesão terapêutica à tratamento de doenças crônicas como o Brief Medication Questionnaire (BMQ), Morisky Green-Test. Utilizou-se também como apoio na estruturação e elaboração do questionário, o instrumento de coleta de dados do estudo Gonçalves, sobre o comportamento de adesão à terapêutica em pessoas com doença respiratória crônica em Portugal. A partir da sua fundamentação, o questionário foi estruturado conforme as demandas encontradas na população alvo para o seguinte estudo, valorizando, portanto, informações pertinentes as circunstâncias sociodemográficas e condições de saúde públicas encontradas na conjuntura local e de forma a não prejudicar os componentes técnicos da avaliação.

O questionário é constituído por 14 itens, agrupados de forma a realizar uma avaliação sociodemográfica, identificação do diagnóstico, caracterização das condições de saúde e da terapêutica prescrita e conclui com itens que são fatores preditivos da adesão a terapêutica instituída, como motivos da não adesão, repercussões do tratamento na qualidade de vida e relação médico – paciente acerca da instrução correta acerca do tratamento.

A coleta ocorreu durante o período letivo, em horário comercial de funcionamento do CEMEC (08:00 às 18:00), fora do período de atendimento de modo a não gerar comprometimento a consulta do paciente. A coleta de dados foi individual e ocorreu em sua totalidade no âmbito da instituição. Em todo período de coleta, o preenchimento do formulário contou com a presença do aluno pesquisador para fins de esclarecimento e preenchimento do formulário.

3.8 Apresentação e Análise dos Dados

Inicialmente os dados foram analisados e posteriormente tratados por meio do programa Microsoft Office Excel 2017. As variáveis numéricas foram analisadas com auxílio da estatística descritiva, por meio do programa BioEstat 5.5. A independência ou associação entre duas variáveis categóricas foi testada pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme o caso e as associações significativas foram detalhadas pela análise de resíduos padronizados, para identificar as categorias que mais contribuíram para o resultado. Os resultados com $p \leq 0,05$ (bilateral) foram considerados estatisticamente significativos.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos Pacientes

Foram incluídos no seguinte estudo 69 pacientes. Destes, aproximadamente 70% eram do sexo feminino, 60% tinham de 51 a 70 anos, 54% possuíam apenas o ensino fundamental completo (Tabela 1). A idade variou de 22 a 89 anos, com média de 58 ± 15 anos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém - Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021.

Variável	Frequência (n=69)	Porcentagem (%)
Gênero		
Feminino	48	69,6
Masculino	21	30,4
Idade		
22 a 30 anos	4	5,8
31 a 40 anos	5	7,2
41 a 50 anos	7	10,1
51 a 60 anos	22	31,9
61 a 70 anos	19	27,5
71 a 80 anos	6	8,7
81 a 89 anos	6	8,7
Escolaridade		
Analfabeto	13	18,8
Ensino fundamental completo	37	53,6
Ensino médio completo	16	23,2
Ensino superior completo	3	4,3

A maioria dos pacientes tinha asma, DPOC ou fibrose pulmonar, 61% usavam comprimidos e 58% dispositivos inalatórios. 32% achavam que há um alto impacto da doença em sua rotina diária e apenas 2 (2,9%) não receberam orientações do médico sobre o motivo e a forma correta de usar o medicamento (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Frequência (n=69)	Porcentagem (%)
Diagnóstico		
Asma	19	27,5
DPOC	16	23,2
Fibrose pulmonar	16	23,2
Doença do interstício pulmonar	11	15,9
Bronquiectasia	3	4,3
Sem diagnóstico	3	4,3
Tuberculose	2	2,9
Medicamentos		
Comprimido	42	60,9
Inalatório	40	58,0
Oxigênio	2	2,9
Prejuízo de AVD*		
Leve	13	18,8
Moderado	33	47,8
Alto	22	31,9
Recebeu orientações do médico		
Não	2	2,9
Sim	67	97,1

*AVD= Atividades da vida diária.

Obs: 1 paciente apresentava DPOC e tuberculose, concomitantemente.

Em relação à adesão ao tratamento, 87% acham que a saúde depende do seu medicamento e 52% não conseguiram comprar medicamento por falta de dinheiro (Tabela 3).

Tabela 3 - Características dos preditores de não adesão ao tratamento dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Frequência (n=69)	Percentagem (%)
Atualmente, a sua saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico?	60	87,0
Você não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o seu tratamento por não ter dinheiro para isso?	36	52,2
Você esquece com frequência de tomar o seu medicamento ou de comprá-lo?	18	26,1
Você deixou de tomar o seu medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo?	16	23,2
Você chegou a não utilizar o seu medicamento por ter medo dos seus efeitos colaterais ou dependência?	15	21,7
Tenho dificuldades em adaptar o tratamento à minha vida (rotina/trabalho)?	12	17,4
Você pensa que o seu tratamento não está fazendo você melhorar da sua doença?	9	13,0

Nota: foram incluídos apenas os pacientes que responderam “Sim”, por brevidade.

4.2 Associação entre as Características dos Pacientes e o uso de Dispositivo Inalatório ou Comprimidos

As características clínicas e sociodemográficas dos pacientes foram comparadas quanto ao uso ou não de dispositivo inalatório e comprimidos (os quais foram os mais frequentemente citados e, por isso, possíveis de entrar na análise estatística). Por exemplo, observa-se na Tabela 4 que, no sexo feminino, 27 mulheres usam dispositivo inalatório (60% das mulheres), enquanto 65% dos homens o usavam. Essas proporções de uso foram similares entre homens e mulheres, sendo que não houve diferença significativa do ponto de vista estatístico no uso de dispositivo inalatório entre os sexos ($p=0,915$). Similarmente, não houve diferença significativa no uso do dispositivo inalatório entre idosos e não idosos. Apesar de que 73% dos idosos o usavam, esta diferença não foi significativa ($p=0,120$). Similarmente, em relação à escolaridade.

Tabela 4 - Características sociodemográficas associadas ao uso de dispositivo inalatório em pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Usa Disp. Inalatório		p-valor*
	Não (n=25)	Sim (n=40)	
Gênero			0,915
Feminino	18 (40,0)	27 (60,0)	
Masculino	7 (35,0)	13 (65,0)	
Idade			0,120
<60 anos	17 (48,6)	18 (51,4)	
>=60 anos	8 (26,7)	22 (73,3)	
Escolaridade			0,711
Analfabeto	4 (30,8)	9 (69,2)	
Ensino fundamental completo	15 (42,9)	20 (57,1)	
Ensino Médio ou superior	6 (35,3)	11 (64,7)	

* Teste qui-quadrado.

Quanto às características clínicas, impacto nas atividades diárias e instruções recebidos pelos médicos, observa-se que 89,5% dos pacientes que possuíam asma usavam o equipamento, sendo esta proporção significativamente maior em relação aos que não tinham asma (†, Tabela 5, p=0,007)

Tabela 5 - Características clínicas associadas ao uso de dispositivo inalatório em pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021.

Variável	Usa Disp. Inalatório		p-valor
	Não (n=25)	Sim (n=40)	
Asma			0,007 ¹
Não	23 (50,0)†	23 (50,0)*	
Sim	2 (10,5)*	17 (89,5)†	
DPOC			0,442 ¹
Não	21 (42,0)	29 (58,0)	
Sim	4 (26,7)	11 (73,3)	
Fibrose pulmonar			0,426 ¹
Não	17 (34,7)	32 (65,3)	
Sim	8 (50,0)	8 (50,0)	
Doença do interstício pulmonar			0,076 ²
Não	19 (33,9)	37 (66,1)	
Sim	6 (66,7)	3 (33,3)	
Prejuízo de AVD			0,681 ¹
Leve	5 (45,5)	6 (54,5)	
Moderado	10 (32,3)	21 (67,7)	
Alto	9 (40,9)	13 (59,1)	
Recebeu orientações do médico			1,000²
Não	1 (50,0)	1 (50,0)	
Sim	24 (38,1)	39 (61,9)	

Nota: as percentagens são relativas ao total de cada linha.

Obs: AVD: Atividades da vida diária.

¹: Teste do qui-quadrado.

²: Teste Exato de Fisher.

*: esta frequência foi inferior ao que seria esperado ao acaso.

†: essa frequência foi superior ao esperado.

Em relação ao uso de comprimidos, houve uma associação próxima à significância estatística em relação à escolaridade ($p=0,059$): 88% dos que tinham maior escolaridade usaram comprimidos, enquanto essa proporção foi um pouco menor nos indivíduos com menos escolaridade (Tabela 6).

Tabela 6 - Características sociodemográficas associadas ao uso de comprimido em pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021.

Variável	Usa Comprimidos		p-valor*
	Não (n=23)	Sim (n=42)	
Gênero			0,375
Feminino	18 (40,0)	27 (60,0)	
Masculino	5 (25,0)	15 (75,0)	
Idade			0,327
<60 anos	10 (28,6)	25 (71,4)	
>=60 anos	13 (43,3)	17 (56,7)	
Escolaridade			0,059
Analfabeto	6 (46,2)	7 (53,8)	
Ensino fundamental completo	15 (42,9)	20 (57,1)	
Ensino Médio ou superior	2 (11,8)	15 (88,2)	

Nota: As porcentagens são relativas ao total de cada linha.

* Teste qui-quadrado.

Em relação às características clínicas (Tabela 7), 73,9% dos que tinham asma não usavam comprimidos, sendo esta proporção significativamente maior que o esperado ($p=0,031$). Também, os que tinham DPOC e não usavam comprimidos foram significativamente mais frequentes ($p=0,049$). Na fibrose pulmonar, a diferença no uso de comprimidos foi perto da significância, com 87,5% de uso entre os que tinham fibrose ($p=0,057$).

Tabela 7 - Características clínicas associadas ao uso de comprimido em pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Usa Comprimidos		p-valor
	Não (n=23)	Sim (n=42)	
Asma			0,031 ¹
Não	12 (26,1)*	34 (73,9)†	
Sim	11 (57,9)†	8 (42,1)*	
DPOC			0,049 ¹
Não	14 (28,0)*	36 (72,0)†	
Sim	9 (60,0)†	6 (40,0)*	
Fibrose pulmonar			0,057 ¹
Não	21 (42,9)	28 (57,1)	
Sim	2 (12,5)	14 (87,5)	
Doença do interstício pulmonar			0,142 ²
Não	22 (39,3)	34 (60,7)	
Sim	1 (11,1)	8 (88,9)	
Prejuízo de AVD			0,275 ¹
Leve	5 (45,5)	6 (54,5)	
Moderado	13 (41,9)	18 (58,1)	
Alto	5 (22,7)	17 (77,3)	
Recebeu orientações do médico			1,000 ²
Não	1 (50,0)	1 (50,0)	
Sim	22 (34,9)	41 (65,1)	

As variáveis são representadas como n (%). As percentagens são relativas ao total de cada linha. AVD: Atividades da vida diária.

¹: Teste do qui-quadrado.

²: Teste Exato de Fisher.

*: esta frequência foi inferior ao que seria esperado ao acaso.

†: essa frequência foi superior ao esperado.

4.3 Fatores Associados à Adesão ao Tratamento

Em seguida, o padrão de respostas quanto à adesão ao tratamento foi relacionado ao sexo do paciente. Na Tabela 8 estão representadas as respostas “Sim” à cada questão. Por exemplo, 87% dos pacientes concordam que a sua saúde depende da medicação/ tratamento sugerido pelo médico, enquanto apenas 13% pensa que o tratamento não o está fazendo melhorar da doença. Não houve diferença significativa no padrão de respostas entre os sexos (p-valores não significativos).

Tabela 8 - Adesão ao tratamento por gênero em pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Total	Feminino (n=48)	Masculino (n=21)	p-valor
Não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o tratamento por não ter dinheiro.	36 (52,2)	28 (77,8)	8 (22,2)	0,198 ¹
A saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico.	60 (87,0)	40 (66,7)	20 (33,3)	0,258 ²
Deixou de tomar o medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo.	16 (23,2)	12 (75,0)	4 (25,0)	0,760 ²
Esquece com frequência de tomar o medicamento ou de comprá-lo.	18 (26,1)	14 (77,8)	4 (22,2)	0,560 ¹
Chegou a não utilizar o medicamento por ter medo dos efeitos colaterais ou dependência?	15 (21,7)	11 (73,3)	4 (26,7)	1,000 ²
Pensa que o tratamento não está o fazendo melhorar da doença.	9 (13,0)	7 (77,8)	2 (22,2)	0,712 ²
Tem dificuldades em adaptar o tratamento à rotina/trabalho.	12 (17,4)	9 (75,0)	3 (25,0)	0,744 ²

Nota: As percentagens são relativas ao total da linha. **Nota:** foram incluídos apenas os pacientes que responderam “Sim”, por brevidade.

¹: Teste do qui-quadrado.

²: Teste Exato de Fisher.

Em relação à idade, uma proporção significativamente maior (†) de pessoas não idosas não conseguiu comprar o medicamento por falta de dinheiro (p=0,043). Também, uma proporção significativamente maior de idosos acha que a sua saúde depende do tratamento/medicamento (Tabela 9).

Tabela 9 - Adesão ao tratamento por faixa etária em pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, no período de agosto de 2020 a abril de 2021, Belém - Pará.

Variável	Total	<60 anos (n=37)	>=60 anos (n=32)	p-valor
Não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o tratamento por não ter dinheiro.	36 (52,2)	24 (66,7)†	12 (33,3)*	0,043 ¹
A saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico.	60 (87,0)	29 (48,3)*	31 (51,7)†	0,031 ²
Deixou de tomar o medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo.	16 (23,2)	8 (50,0)	8 (50,0)	0,964 ¹
Esquece com frequência de tomar o medicamento ou de comprá-lo.	18 (26,1)	10 (55,6)	8 (44,4)	1,000 ¹
Chegou a não utilizar o medicamento por ter medo dos efeitos colaterais ou dependência?	15 (21,7)	10 (66,7)	5 (33,3)	0,394 ¹
Pensa que o tratamento não está o fazendo melhorar da doença.	9 (13,0)	3 (33,3)	6 (66,7)	0,285 ²
Tem dificuldades em adaptar o tratamento à rotina/trabalho.	12 (17,4)	7 (58,3)	5 (41,7)	0,967 ¹

As variáveis são representadas como n (%). As percentagens são relativas a Total.

¹: Teste do qui-quadrado.

²: Teste Exato de Fisher. *: esta frequência foi inferior ao que seria esperado ao acaso.

†: essa frequência foi superior ao esperado. São apresentados apenas os pacientes que responderam “Sim”, por brevidade.

Em relação à escolaridade (Tabela 10), uma proporção significativamente maior de pessoas com maior instrução esquece com frequência de tomar a medicação (p=0,006).

Tabela 10 - Adesão ao tratamento por escolaridade em pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Geral	Analf. (n=13)	Ens. Fund. (n=37)	Médio/ Superior (n=19)	p-valor
Não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o tratamento por não ter dinheiro.	36 (52,2)	6 (16,7)	20 (55,6)	10 (27,8)	0,886
A saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico.	60 (87,0)	13 (21,7)	31 (51,7)	16 (26,7)	0,300
Deixou de tomar o medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo.	16 (23,2)	3 (18,8)	8 (50,0)	5 (31,3)	0,925
Esquece com frequência de tomar o medicamento ou de comprá-lo.	18 (26,1)	1 (5,6)	7 (38,9)	10 (55,6)†	0,006
Chegou a não utilizar o medicamento por ter medo dos efeitos colaterais ou dependência?	15 (21,7)	1 (6,7)	11 (73,3)	3 (20,0)	0,193
Pensa que o tratamento não está o fazendo melhorar da doença.	9 (13,0)	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	0,354
Tem dificuldades em adaptar o tratamento à rotina/trabalho.	12 (17,4)	1 (8,3)	6 (50,0)	5 (41,7)	0,379

As variáveis são representadas como n (%). As percentagens são relativas a Total. Em todos os casos foi utilizado o qui-quadrado.

*: esta frequência foi inferior ao que seria esperado ao acaso.

†: essa frequência foi superior ao esperado. São apresentados apenas os pacientes que responderam “Sim”, por brevidade.

Com relação ao prejuízo nas atividades diárias, houve menos pessoas com prejuízo moderado entre quem não conseguiu comprar medicamento por falta de dinheiro ($p=0,015$, Tabela 11).

Tabela 11 - Adesão ao tratamento por grau de prejuízo nas atividades dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021.

Variável	Total	Leve (n=13)	Moderado (n=33)	Alto (n=22)	p-valor
Não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o tratamento por não ter dinheiro.	35 (51,5)	9 (25,7)	11 (31,4)*	15 (42,9)	0,015
A saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico.	59 (86,8)	10 (16,9)	28 (47,5)	21 (35,6)	0,266
Deixou de tomar o medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo.	16 (23,5)	6 (37,5)	7 (43,8)	3 (18,8)	0,082
Esquece com frequência de tomar o medicamento ou de comprá-lo.	18 (26,5)	3 (16,7)	9 (50,0)	6 (33,3)	0,954
Chegou a não utilizar o medicamento por ter medo dos efeitos colaterais ou dependência?	14 (20,6)	2 (14,3)	5 (35,7)	7 (50,0)	0,285
Pensa que o tratamento não está o fazendo melhorar da doença.	9 (13,2)	3 (33,3)	4 (44,4)	2 (22,2)	0,482
Tem dificuldades em adaptar o tratamento à rotina/trabalho.	12 (17,6)	1 (8,3)	6 (50,0)	5 (41,7)	0,526

As variáveis são representadas como n (%). As percentagens são relativas a Total. Em todos os casos foi utilizado o qui-quadrado.

*: esta frequência foi inferior ao que seria esperado ao acaso.

†: essa frequência foi superior ao esperado. São apresentados apenas os pacientes que responderam “Sim”, por brevidade.

O padrão de respostas não variou de forma significativa entre quem recebeu ou não orientações adequadas sobre o tratamento (p-valores não significativos).

Tabela 12 - Adesão ao tratamento por orientações recebidas dos médicos nos atendimentos do ambulatório de Pneumologia do CEMEC/CESUPA, Belém – Pará, no período de agosto de 2020 a abril de 2021

Variável	Total	Recebeu Orientações		p-valor
		Não (n=2)	Sim (n=67)	
Não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o tratamento por não ter dinheiro.	36 (52,2)	1 (2,8)	35 (97,2)	1,000
A saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico.	60 (87,0)	1 (1,7)	59 (98,3)	0,246
Deixou de tomar o medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo.	16 (23,2)	1 (6,3)	15 (93,8)	0,413
Esquece com frequência de tomar o medicamento ou de comprá-lo.	18 (26,1)	0 (0,0)	18 (100,0)	1,000
Chegou a não utilizar o medicamento por ter medo dos efeitos colaterais ou dependência?	15 (21,7)	1 (6,7)	14 (93,3)	0,390
Pensa que o tratamento não está o fazendo melhorar da doença.	9 (13,0)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,246
Tem dificuldades em adaptar o tratamento à rotina/trabalho.	12 (17,4)	1 (8,3)	11 (91,7)	0,320

As variáveis são representadas como n (%). As percentagens são relativas a Total. Em todos os casos foi utilizado o teste Exato de Fisher. São apresentados apenas os pacientes que responderam “Sim”, por brevidade.

5 DISCUSSAO

A descontinuidade do tratamento é um dos fatores que mais dificulta o controle das patologias crônicas no mundo inteiro. Fatores sociais, culturais, e econômicos estão diretamente relacionados a isto e interferem diretamente na qualidade de vida de milhares de pessoa no mundo todo. Neste trabalho foram avaliados fatores que impactaram no seguimento ambulatorial de pneumopatologias crônicas a longo prazo sendo avaliados 69 pacientes¹⁸

O estudo iniciou a partir da descrição sociodemográfica dos participantes e foi percebido predomínio do gênero feminino, correspondendo à 69,6% dos pacientes. A idade abrangeu indivíduos entre 22 e 89 anos, com maior prevalência na faixa etária de 51 a 70 anos, correspondendo a 59,4% dos pacientes e média de 58 ± 15 anos (Tabela 1). Comparado a Monteiro et al que possuíam o mesmo local de aplicação e coletado entre os anos de 2012 e 2015, foi obtido resultados semelhantes, tais como o predomínio feminino de 63,1% ($p=0,0219$) e números mais expressivos em pacientes acima de 50 anos (58,3%), apesar da alta variabilidade de idade encontrada dentre os pacientes¹². Ambos os estudos tiveram seus dados coletados no Centro de Especialidades Clínicas do Cesupa em Belém. Deste modo, é possível estabelecer um padrão epidemiológico existente no ambulatório de pneumologia referido. Em Janezic et al, também se obteve média de idade de idade semelhante, com valor de $54,9 \pm 9$ anos e discreto predomínio do gênero feminino (57,2%). Schreiber et al, por sua vez, descreveram em seu estudo com a prevalência de 65% de mulheres contra 34,4% dos homens asmáticos e números aproximadamente equivalentes entre pacientes portadores de DPOC, o que sugere a influência de fatores ambientais e ocupacionais interferindo nos índices^{19,20}

Portanto, é possível observar relação entre o perfil epidemiológico de pacientes que realizam tratamento ambulatorial de doenças respiratórias crônicas em diversos estudos aplicados na última década. Contudo, há de se mencionar, que a maior prevalência do gênero feminino sugere também maior busca dos serviços de saúde, sobretudo acerca da atenção básica, que por consequência aumentam as oportunidades de serem diagnosticadas e realizarem corretamente a manutenção do seu seguimento clínico em relação aos homens^{21,22,23}

Ao avaliar escolaridade, notamos que 27,6% dos pacientes possuíam ensino médio concluído, e dos 72,4% que não finalizaram esta etapa, 18,8% não foram alfabetizados (Tabela 1). Ao comparar com Gonçalves M.N, encontra-se valores semelhantes no que diz a conclusão do ensino médio que se encontra em 28%, contudo, o índice de pessoas não alfabetizadas não foi avaliada e encontra-se maior proporção de pessoas com nível superior concluído quando comparado a este estudo. Identifica-se, portanto, um importante fator de risco para a descontinuidade do seguimento e adesão completa ao tratamento. Parte desses pacientes, sobretudo aqueles que não receberam alfabetização, são mais vulneráveis a evasão, haja vista, que dependem de terceiros para a compreensão e cumprimento das prescrições e orientações médicas escritas.

Acerca das características clínicas dos pacientes, ressalta a prevalência dos diagnósticos, orientados a partir do CID – 10. No seguinte trabalho, foi notado relativa homogeneidade entre as principais doenças respiratórias atendidas no ambulatório, sendo a Asma com 19 pacientes, correspondendo a 27,5% dos pacientes a de maior prevalência, seguida por DPOC e Fibrose pulmonar idiopática com 23,2 % dos pacientes cada. É digno de nota, também, a prevalência de pacientes com doença do interstício pulmonar e bronquiectasias que juntos somam 20,2% dos pacientes e os quadros de seguimento de tratamento de Tuberculose pulmonar (Tabela 2).

Em Monteiro et. al, entre os pacientes atendidos, a asma também apresentou a maior proporção (33,3%), seguida por DPOC (20,2%) e tuberculose pulmonar (14,3%), doenças intersticiais pulmonares (4,8%) e Bronquiectasias (3,6%). Em Schreiber et al. (2020), que avalia o uso inadequado de dispositivos inalatórios em pacientes com Asma e DPOC, há também o predomínio de pacientes asmáticos (58%) em contrapartida aos 41,9% com DPOC. Em contexto nacional, as prevalências de diagnóstico de asma e DPOC apresentadas pela PNS foram de 4,4% (IC95%: 4,1-4,7) e 1,8% (IC95% 1,6-2,0) ^{24,25}

Há semelhanças entre esses padrões e o encontrado por Goulart ⁸. que cita a presença de outros acometimentos respiratórios, pontuando a sobreposição e sinergia que essas podem ter em associação com asma, e destacando esta como a mais comum ²⁶. O dado pode ser justificado pelo alto padrão de cronicidade encontrado nessas comorbidade, assim como o seguimento contínuo para avaliação da efetividade da abordagem farmacológica e controle de exarcebações ¹⁹ O caráter

progressivo e/ou de refratariedade existente nessas patologias também corroboram para maior prevalência destes pacientes em ambulatórios, visto que, ao passo que se tornam mais sintomáticos com prejuízos funcionais ou ocupacionais, há uma maior tendência pelos atendimentos nos diversos níveis de atenção.

Objetivou-se compreender o tipo de tratamento usual destes pacientes, a fim de, resgatar a importância dos planos terapêuticos a médio e longo prazo, sendo importante na forma de avaliar a adesão à prescrição estabelecida. No seguinte estudo, foi observada equivalência entre as vias de administração de medicação oral (comprimidos) e do dispositivo inalatório (Tabela 2 e 4). Contudo, 17 dos 19 pacientes asmáticos realizavam o uso regular de dispositivo inalatório, proporção superior aos não asmáticos ($p=0,007$) (Tabela 5). Em outros trabalhos ², é observado o predomínio majoritário dos dispositivos inalatórios, isso atribui-se ao estabelecimento do plano terapêutico por meio do GINA, que utiliza em suas etapas de tratamento os dispositivos inalatórios para o tratamento da asma, que é a patologia mais prevalente nesses estudos. Contudo, o predomínio da medicação de via inalatória também proporciona maiores erros na execução da técnica, na qual, um a cada dez pacientes podem vir a apresentar um erro na execução dos inaladores prescritos ²⁶ Além disso, identifica-se nesses pacientes algum grau de constrangimento ou incomodo em realizar essas medicações em ambientes com circulação de pessoas ¹³

Em relação as características clínicas, impacto nas atividades diárias e presença ou ausência de orientação acerca do uso adequado da medicação, observou-se que 17 dos 19 pacientes que referiam asma como o diagnóstico de base, afirmavam o uso regular do dispositivo inalatório, proporção significativamente superior aos que não declaravam asma ($p = 00,7$) (Tabela 5). O dado nos aponta acerca do manejo terapêutico da asma, conforme o protocolo estabelecido pelo GINA 2020. Nos dois pacientes asmáticos que não realizam o uso do dispositivo, o questionário não investigava a razão para tal, portanto, não podemos concluir o motivo pelo qual os pacientes utilizavam apenas medicação de resgate ao invés do tratamento inalatório.

Outro descritor importante é o custo do plano terapêutico proposto. Neste trabalho, aproximadamente metade (52,2%) dos participantes da pesquisa afirmaram em algum momento no seguimento não ter realizado a aquisição dos medicamentos por falta de recurso financeiro (Tabela 3). Uma das razões pelo dado acima, encontra-

se no acesso dessas medicações pela rede pública e como ela é distribuída em território nacional. Segundo Leal, L.F na região Centro-Oeste, o acesso a medicações de doenças respiratórias foi de 98% (IC95% 91,7-99,5), enquanto na região norte foi de 84,3% (IC95% 63,8- 94,2). Pelo mesmo estudo, afirma-se que 57,3% dos pacientes dos pneumopatas adquire pelo menos um de seus medicamentos em farmácias comerciais. O SUS foi utilizado por 36,1% (IC95% 28,3-44,6) dos usuários para aquisição de pelo menos um medicamento, enquanto a farmácia popular foi utilizada por 9,1% (IC95% 5,8-14,0). Outros locais foram utilizados por 4,9% (IC95% 2,1-10,9) das pessoas ²⁵. Os números corroboram a falta de acesso a essas medicações, mas também sugerem o desconhecimento acerca da dispensação desses fármacos por meio do Ministério da Saúde.

Acerca dos fatores de adesão correlacionados com as características clínicas é necessário realizar ponderações importantes. O plano terapêutico deverá ser seguido por tempo indefinido, e, portanto, nestes pacientes é comum encontrar diminuição da adesão ao tratamento, à medida que o paciente não percebe alterações em sua condição de saúde, ou se mantém assintomático por longo período de tempo ²⁸ Somente após quadros de deterioração ou exacerbação clínica, há a retomada do regime terapêutico. Logo, pacientes assintomáticos ou com pouco prejuízo de atividades de vida diária, incluindo laborais, tendem a não se sentir motivadas a manutenção do esquema. No artigo de revisão desenvolvido por Jimmy et al, há a citação de um trabalho que demonstra um elevado grau do regime terapêutico quando o tratamento tinha como objetivo a cura da doença, 63% dos doentes foram aderentes ao esquema medicamentoso quando este visava a prevenção e somente cerca de 50% realizaram o plano de tratamento, quando este seria para ter uma duração mais prolongada independentemente da sua finalidade^{25,29, 31}

Outro ponto notado durante o desenvolvimento do trabalho foi o baixo número de uso de comprimido no tratamento da asma e DPOC; sendo 73,9% dos asmáticos ($p=0,031$) e 72% dos pacientes portadores de DPOC ($p=0,049$) que não utilizavam comprimidos para o seguimento da sua doença (Tabela 6). Os dados também corroboram para o manejo terapêutico adequado dessas doenças conforme o GINA e o GOLD, que não colocam essas medicações como prioritárias no tratamento dessas patologias; e que também é demonstrado no artigo ³² que demonstra a importância do tratamento inalatório no combate dessas doenças, perpassando desde o correto modo

de utilização de cada dispositivo, até aos benefícios de cada base farmacológica; porém também apresenta empecilhos em seu uso, principalmente, no que tange a dificuldade da população mais idosa em utilizar esses dispositivos e também ao baixo grau de instrução dos mesmos. Na fibrose pulmonar, por sua vez, 87,5% dos pacientes que possuíam a doença, realizam o uso regular de medicações por comprimidos, com valores próximos da significância estatística ($p=0,057$); dado este comprovado também no artigo ³² que cita o uso de diversos medicamentos orais, dentre eles a nintedanibe e outros, que são os melhores medicamentos utilizados para tratamento da doença em questão (Tabela 7).

Em seguida, foram correlacionados os fatores de adesão com os gêneros dos participantes. Concluindo-se que não houve diferença estatística significativa sobre o padrão de resposta para ambos os sexos (p -valores não significativos), fato este que está em discordância com o que foi achado no artigo ³³ que demonstra que das 120 pessoas entrevistadas com asma e DPOC, a maioria eram mulheres que sabiam como utilizar e tinham como obter a compra do medicamento proposto para terapêutica da sua doença de forma satisfatória, sendo, portanto, a população que mais aderiu ao tratamento. Esse resultado é válido para entendermos o motivo de ter sido indagado durante o trabalho sobre os descritores do custo da medicação, crença na dispensa de necessidade do tratamento, medo dos efeitos colaterais e dependência dos fármacos e adaptação para a rotina de trabalho; que são fatores que se relacionam com a ideia de adesão.

Quanto a faixa etária dos participantes confrontados aos preditores de adesão, houve uma proporção significativamente maior de indivíduos não idosos que em algum momento do tratamento não conseguiram comprar o medicamento por problemas financeiros ($p=0,043$). O achado é relativamente inesperado, visto que, esperava-se que com a senilidade, esses indivíduos estariam mais propensos a terem múltiplas comorbidades e esporadicamente entrarem no conceito de polifarmácia, não conseguindo arcar, portanto, com a grande quantidade de medicações que realiza; constatação que está em discordância com o artigo ¹², o qual não só apresentou a maioria da população pesquisada sendo da faixa etária dos idosos como associou essa população com a menor adesão devido a grande quantidade de medicamentos utilizados no dia-a-dia, dificuldades econômicas, esquecimento, entre outros. Outro preditor com proporção significativamente maior na faixa etária acima dos 60 anos é

o ato de referir que sua condição de saúde depende do tratamento proposto ($p=0,031$); o dado pode ser interpretado a partir de várias vertentes, sendo a principal que conforme ocorre a progressão da história natural doença, torna-se mais perceptível as repercussões dos sinais e sintomas na qualidade de vida, e a partir que os pacientes se tornam mais sintomáticos, tendem a aderir melhor ao tratamento proposto, visto que as repercussões negativas na qualidade de vidas dos mesmos aumenta. Neste ponto em diante, é perceptível a associação direta entre o correto seguimento do tratamento, em todos os seus aspectos, com a redução do prejuízo das atividades de vida diária do paciente (Tabela 9). Fato este que é confirmado em cima da citação apresentada no trabalho³⁴, sobre o aparecimento da “White-coat adherence”, que seria aquele grupo de pacientes que só faz uso do medicamento de forma sistemática alguns dias antes da consulta e poucos dias depois da consulta ou apenas quando está sentindo alguma complicação da doença.

Um outro dado inesperado foi observado na correlação entre os mesmos fatores de adesão e a escolaridade dos pacientes, na qual uma proporção significativamente maior de pessoas com maior grau de escolaridade (ensino médio e superior completos) afirmam esquecer com relativa frequência de realizar a tomada de suas medicações ($p=0,006$) (tabela 10). Dado este que também foi notado no artigo³⁶ que utiliza diversas variáveis, dentre elas, a escolaridade, para fazer uma associação com a não adesão medicamentosa; porém nesse estudo notou-se que quanto maior a escolaridade, maior é a adesão a terapia proposta, visto que o paciente consegue entender melhor a situação na qual está inserido e as possíveis problemáticas que o não tratamento adequado de sua patologia irá lhe gerar no futuro.

Quando comparado o prejuízo de atividades de vida diária aos fatores de adesão propostos; observou-se menos pessoas com prejuízo moderado das atividades de vida diária entre quem não conseguiu adquirir o medicamento por ausência de recursos financeiros do que o esperado ($p=0,015$). Além disso, nota-se que 21 dos 22 participantes que afirmaram possuir grande prejuízo de AVD's também relataram dependência da manutenção da sua saúde atribuída ao tratamento proposto, valor superior que a média dos pacientes ($p=0,266$), por sua vez, apenas 03 destes afirmaram ter dispensado a medicação por supor que a mesma não apresentava mais necessidade durante o curso do seguimento ($p=0,082$) (tabela 11). Isso foi comprovado no artigo³⁶ em que após a terapêutica proposta instituída e

seguida de forma satisfatória, notou-se melhora significativa nas AVD's do paciente, fazendo com que o mesmo cada vez mais alcance sua autonomia, gerando menos gastos com terceiros para auxílio nas suas AVD's, tanto quanto gerando ao paciente maior auto estima para continuar realizando suas atividades de forma natural sem apresentar nenhuma restrição no seu dia-a-dia.

Por fim, o padrão de respostas não variou de forma significativa entre os pacientes que receberam elucidação acerca do tratamento e tomada de medicações e aqueles que não receberam, visto que, uma porção pequena da amostra relatava não ter recebido devida instrução (p-valores não significativos). Tomando-se o artigo ³⁸ percebemos que o vínculo médico-paciente é mais do que fundamental para o tratamento de qualquer doença crônica, principalmente, porque esse tratamento se baseia em uma relação de confiança entre os dois envolvidos, sendo o papel do médico de expor todo o quadro do paciente e as possíveis complicações caso não seja realizado o acompanhamento adequado do doente e o papel do paciente de esclarecer todas as dúvidas pertinentes ao seu quadro clínico e tudo relacionado a sua patologia.

6 CONCLUSÃO

Após a realização do trabalho, conclui-se que em relação a adesão medicamentosa ao tratamento de doenças pulmonares crônicas, é possível destacar diversos itens que demandam medidas efetivas para a otimização da adesão adequada ao tratamento clínico desses pacientes.

Inicialmente, percebeu-se que diversos entrevistados apresentavam alguma dificuldade na realização da terapêutica de forma eficaz. Dentre as razões para o comprometimento, nota-se com destaque o custo do tratamento de forma geral. No formulário, o item que nos informa acerca da problemática questiona se o participante já apresentou prejuízos no seguimento clínico em função da impossibilidade de custear algum segmento do tratamento. Infere-se que, estes segmentos sejam a aquisição das medicações e o custo para traslado para as consultas. O problema é previsível, dada as circunstâncias socioeconômico regionais, entretanto, assume também uma problemática contornável na grande maioria dos quadros, de modo que, há hoje recursos que facilitam a aquisição dessas medicações por parte da população. Pacientes que apresentam comorbidades com manifestações leves da doença ou ainda aqueles pacientes virgens de tratamento medicamentoso, podem adquirir a medicação inalatória em unidades básicas de saúde por meio do sistema único ou ainda através de farmácias populares, que por insumos da gestão pública, conseguem ofertar tais medicações em preços mais acessíveis.

Logo, a adesão ao tratamento também passa pela educação por parte dos profissionais de saúde em informar os pacientes, não apenas detalhes sobre as condições clínicas da doença, mas também acerca de como realizar o tratamento de forma individualizada e contínua para aquele paciente, evitando sempre que possível a evasão ambulatorial. Esta educação ainda se faz mais importante, quando se observa o grande quantitativo de participantes que possuem baixo grau de escolaridade e que acaba potencializando o desconhecimento acerca dos serviços de saúde que estão à disposição da população.

A correlação de características das condições clínicas dos pacientes com a adesão terapêutica também nos aponta dados que ganham fundamentação com a literatura referente. Nela podemos observar relação direta do plano terapêutico com o

tempo de diagnóstico da comorbidade, o grau de manifestação da doença e por consequência, o nível de prejuízo de AVD e o número de exacerbações em um dado intervalo de tempo. É notado que, pacientes que já realizam o tratamento proposto há um período longo de tempo, que tendem a manter-se assintomáticos ou com pouco ou nenhum prejuízo de AVD e que não apresentem exacerbações frequentes, apresentam menor motivação a desempenhar a manutenção do seguimento clínico. O inverso também é verdadeiro, quadros de deterioração ou exacerbação clínica, tendem a proporcionar a retomada do regime terapêutico proposto.

Com base nos formulários associados a literatura referente, destaca-se também a importância do vínculo médico-paciente para a manutenção de qualquer seguimento ambulatorial referente a doenças crônicas. A construção da realização efetiva do tratamento passa pela relação de confiança entre os envolvidos, atribuindo, portanto, ao médico o papel de educação acerca do quadro e prognóstico do paciente, a prevenção de complicações, o correto uso das medicações e as dúvidas pertinentes que o paciente pode apresentar. Todos os itens supracitados são de igual importância para a otimização e manutenção contínua da adesão adequada destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2016. 2018. Geneva: WHO; s.d. Disponível em: https://terrance.who.int/mediacentre/data/ghe/GlobalCOD_method_2000_2016.pdf?ua=1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica, doenças respiratórias crônicas. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. ; 2016, Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011, Geneva Disponível em: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis DCNT no contexto do sistema único de saúde – Situações e desafios atuais. Brasília 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>
6. To T, Moores, G, Gershon AS et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. BMC Public Health. 2012; 12:204. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-204>
7. World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf>
8. Goulart FAA, Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde: Organização Mundial da Saúde. Brasília; 2011. Disponível em: http://apsredes.org/pdf/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de informações de saúde do Pará; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pa.htm>.
10. Abengunde DO, Mathers CD, Adam T et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet; 2007; 370(9603):1929-38. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1)
11. Melo TG, Santoni NB, Finkelstein BJ, Veiga DLP, Nascimento MHS, Rosito FCA. Índice de hospitalização e custos associados à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) entre estados que padronizaram versus que não padronizaram o tiotrópio – dados do mundo real. Jornal Brasileiro de economia e saúde. São Paulo, 2018.

Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884392/jbes101-doi-1021115_jbesv10n1p29-35.pdf

12. Monteiro JTC, Junior IGN, Silva MA, Pinheiro MFS, Nascimento RS. Descontinuidade no seguimento de pacientes atendidos em ambulatório de pneumologia em Belém do Pará. *Pará Research Medical Journal*. Belém, 2018 1(4):e37. Disponível em: <https://prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2017.037>
13. Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2020. Available from: www.ginasthma.org
14. Brasil. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Ministério da saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf
15. Burney PG, Patel J, Newson R, Minelli C, Naghavi M. Global and regional trends in copd mortality, 1990- 2010. *Eur Respir J* 2015; 45: 1239–1247. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/45/5/1239>.
16. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma - 2002*. *J Pneumol*. 2002;28(1):S6-S51.
17. Bártholo, R. Diferenças clínicas entre asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2013; 12(2). doi:<https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.8488>
18. Leal LF. *Epidemiologia e uso de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil*. Programa de Pós-graduação em epidemiologia da UFRS. Porto alegre, 2019.
19. Drug and Therapeutics Committee Training Course Session 10. *Standard Treatment Guidelines*. World Health Organization. Geneva, 2007. Disponível em: https://www.who.int/medicines/technical_briefing/tbs/10-TG_Standart-Treatment-Guidelines_final-08.pdf
20. Janezic A, Locatelli I, Kos M. Inhalation technique and asthma outcomes with different corticosteroid-containing inhaler devices. *Journal of asthma* ISSN: 0277-0903, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02770903.2019.1591442>.
21. Schreiber J, Sonnenburg T, Luecke E. Inhaler devices in asthma and COPD patients – a prospective cross-sectional study on inhaler preferences and error rates. *BMC Pulmonary Medicine*. Magdeburg, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12890-020-01246-z>
22. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140098>.

23. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11:98-112
24. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.12920>.
25. Gonçalves MN. Comportamentos de adesão à terapêutica em pessoas com doença respiratória crônica em Portugal. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Lisboa, 2014.
26. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. Brasília, 2015; 18 SUPPL 2: 3-16
27. Restrepo, RD, Alvarez, MT, Wittnebel, LD et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008, 3 (3): 371-384. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/175805>
28. Tashkin, D. P. 1995. Multiple dose regimens: Impact on compliance. *Chest*. 107: 176S182S. 1995. Disponível em: <http://journal.publications.chestnet.org>
29. Barnestein-Fonseca, P., Fernández, J. L., Vidal-España, F., Ruiz, A. G., Torres, D. P., Fernández, F. L. 2011. Is it possible to diagnose the therapeutic adherence of patients with COPD in clinical practice? A cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*. 11:6. Doi: 10.1186/1471-2466-11-6.
30. Adult Medication. 2006. Improving medication adherence in older adults. American Society on Aging and American Society of Consult Pharmacists Foundation. Disponível em: http://www.adultmedication.com/downloads/Adult_Medication.pdf
31. Jimmy, B., Jimmy, J. 2011. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. Review Article. *Oman Medical Journal*. 26 (3): 155-159. Doi: 10.5001/omj.2011.38.
32. Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Rev Port Imunoalergologia* 2017; 25 (I): 9 – 26. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf
33. Jeffrey S., Brown K. Fibrose pulmonar idiopática: uma década de progressos. *J. bras. pneumol*. 2006; 32(3): 249-260. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000300012>
34. Moraes SML, Cristina MA, Elcio V Oliveira, Carvalho BM. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com asma ou DPOC. *J. bras. pneumol.*; 35(9): São Paulo, 2009, 824-831. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000900002>

35. Leão TNU, Dâmaso BA, Serrate MS, Dourado APS, Lucia LV, Auxiliadora OM et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2016 10s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>.
36. Duarte LC. Descrição do comportamento da qualidade de vida em pacientes ambulatoriais com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em um ano de seguimento; Salvador, 2019, Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/2929/1/LUCIMEIRE%20CAR DOSO%20DUARTE.pdf>
37. Oliveira VZ, GOMES WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud. psicol. (Natal)*, 2004, vol.9, n.3 [cited 2021-05-23], pp.459-469. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008>.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “AVALIAÇÃO DA ADESAO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRONICAS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA NO CENTRO DE ESPECIALIDADES CLINICAS MÉDICAS DO CESUPA”

Pesquisadores responsáveis: Prof. Msc. Jose Tadeu Colares Monteiro

Centro Universitário do Estado do Pará

Profa. Msc Cybelle Cristina Pereira

Centro universitário do Estado do Pará

Alunos pesquisadores: Geilson Rodrigues dos Santos Junior

Centro Universitário do Estado do Pará

Pedro Paulo Souza Franco

Centro Universitário do Estado do Pará

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da adesão ao tratamento ambulatorial de doenças respiratórias crônicas no ambulatório de pneumologia no centro de especialidades clinicas médicas do Cesupa” Cujos objetivos são mensurar os impactos da não adesão, assim como identificar os fatores que influenciam nesse processo, de modo a descrever os determinantes com maiores impactos no seguimento destes pacientes. A minha participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário constituído de alternativas de múltipla escolha e com resposta por extenso, a fim de apresentar dados para a coleta e desenvolvimento da pesquisa.

Fui alertado de que a partir da pesquisa, posso esperar benefícios como a identificação de falhas no manejo da doença atual e possibilidade da correção de fatores que possam a levar ao abandono do tratamento. Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo como o acesso e divulgação das informações, apesar do risco ser controlado por meio da numeração que será atribuída a cada participante, preservando a identidade, os protocolos de pesquisas e suas respectivas informações. Portanto, estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou

qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação. No entanto, caso haja qualquer indenização decorrente da sua participação na pesquisa, haverá o pagamento da mesma pelos pesquisadores após a sentença judicial. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e, se desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, tais como responder o questionário verbalmente, na impossibilidade da compreensão do mesmo por meio da leitura das afirmativas, assegura-se que as informações não sofrerão quaisquer alterações em suas transcrições, sendo idênticas aquelas referidas verbalmente.

Qualquer dúvida e esclarecimento poderá ser dado sempre que necessário, dirigindo-se aos pesquisadores: Prof. MSC. José Tadeu Colares Monteiro e Profa. MSC Cybelle Cristina Pereira, que pode ser encontrado no Centro Universitário do Estado do Pará, Av. Almirante Barroso, 3775, telefone: 3205-9000; alunos pesquisadores Geilson Rodrigues dos Santos Junior, [REDACTED], [REDACTED] e Pedro Paulo Souza Franco, [REDACTED], [REDACTED]. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor do aqui mencionado e compreendido a natureza e objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de ressarcimento será em dinheiro, ou mediante depósito em conta corrente, cheque. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

DECLARAÇÃO:

EU, _____
 portador de RG _____, ao receber as informações acima, declaro estar ciente: a) do objetivo e procedimento deste estudo; b) da segurança de que as informações obtidas serão estritamente confidenciais; c) do direito de manifestar recusa em participar deste estudo em qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido sem necessidade de justificar; d) estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Ficou claro também que minha participação não envolve despesas, além de ter acesso aos dados.

Belém (PA), _____ de _____ de 202__.

 Participante da Pesquisa

 Geilson Rodrigues dos Santos Junior

 Prof. José Tadeu Colares Monteiro

 Pedro Paulo Souza Franco

 Profa. Msc Cybelle Cristina Pereira

Alunos pesquisadores

Pesquisadores responsáveis

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA. Endereço: Av. Nazaré 630 - Bairro de Nazaré – CEP: 66040- 143 – Belém/PA; Telefone: (91) 40092100/40092155; e-mail: cep@cesupa.br.

APENDICE B – QUESTIONARIO

Marque um “X” ao lado da alternativa que você (participante) se enquadra.

1. Idade: _____

2. Gênero

Masculino	
Feminino	

3. Escolaridade

Analfabeto	
Ensino Fundamental Incompleto	
Ensino Fundamental Completo	
Ensino Superior Incompleto	
Ensino Superior Completo	

4. Qual doença respiratória você possui?

DPOC (Bronquite ou Enfisema)	
ASMA	
Doença do interstício pulmonar	
Fibrose Pulmonar	

Outra? Qual: _____

5. Como você classifica os problemas que a sua doença lhe gera:

Não me impede de realizar nenhuma atividade	
Impede-me de realizar algumas atividades ou realizo com algum esforço	
Impede-me de realizar a maioria das minhas atividades	

6. Qual o tratamento que você utiliza para sua doença respiratória?

Medicação inalatória (“Bombas”)	
Medicamentos (comprimidos, vacinas etc.)	
Oxigenoterapia (oxigênio de longa duração)	
Ventilação não invasiva (BIPAP, CPAP)	
Reabilitação Respiratória (Ginastica respiratória).	

Assinale um X dentro do espaço correspondente para SIM ou NÃO sobre as perguntas referentes ao seu tratamento;

ASSERTIVA	SIM	NAO
7. Você não conseguiu comprar algum tipo de medicamento para o seu tratamento por não ter dinheiro para isso?		
8. Atualmente, a sua saúde depende da medicação/tratamento sugerido pelo médico?		
9. Você deixou de tomar o seu medicamento por se sentir melhor e achar que não necessita mais tomá-lo?		
10. Você esquece com frequência de tomar o seu medicamento ou de comprá-lo?		
11. Você chegou a não utilizar o seu medicamento por ter medo dos seus efeitos colaterais ou dependência?		
12. Você pensa que o seu tratamento não está fazendo você melhorar da sua doença?		
13. Tenho dificuldades em adaptar o tratamento à minha vida (rotina/trabalho)?		
14. O seu médico lhe explicou de forma clara e objetiva sobre a forma de tomar a sua medicação e os motivos de você tomá-la?		

ANEXO C - PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE OS PREDITORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL DE PATOLOGIAS CRÔNICAS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC)

Pesquisador: José Tadeu Colares Monteiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36745620.3.0000.5169

Instituição Proponente: Associação Cultural Educacional do Para

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.308.726

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, de abordagem qualitativa e baseada na submissão de formulários enumerados de 1 a 100 em pacientes no seguimento de pneumopatologias crônicas, atendidos no ambulatório de pneumologia do Centro de especialidades clínicas do Cesupa (CEMEC).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os impactos da não adesão às medidas de tratamento para controle de doenças pneumológicas crônicas, em paciente em seguimento clínico-ambulatorial no centro de especialidades médicas do cesupa (CEMEC), com tempo de acompanhamento maior que 1 ano.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar perfil sócio demográfico do paciente, descrevendo descritores neste âmbito que possam ser fatores limitantes.
2. coletar informações pertinentes acerca do paciente sobre os fatores individualizados, a fim de abordar de modo integrativo os diversos aspectos.
3. avaliar a evolução

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 4.308.728

clínica do paciente, afim de monitorar os achados clínicos, e correlacionar sintomas, medicações e melhora do quadro com o seguimento de seu tratamento.4. concluir a descrição de preditores de alta e de baixa adesão, afim de avaliar a probabilidade da adesão dos pacientes e classificar os diferentes perfis para individualizar o manejo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco evidenciado nesse tipo de pesquisa é que as informações confidenciais sejam acessadas e manipuladas de forma inadequada, de modo a possibilitar quebra de sigilo e revelação da identidade dos pacientes; o risco será controlado por meio da numeração que substituirá a identificação do paciente, preservando o sigilo das informações colhidas, além do uso de normas éticas adequadas para a avaliação dos prontuários; os questionários serão numerados e não apresentarão outra forma de identificação. Os pesquisadores se comprometem em salvaguardar os protocolos de pesquisa e suas respectivas informações, garantindo que os dados sejam utilizados apenas para apresentação e publicação em eventos de caráter científico.

Benefícios:

Os benefícios esperados com desenvolvimento deste estudo possibilitam uma importante contribuição da compreensão de fatores que levam a descontinuidade do seguimento de tratamento ambulatorial das doenças crônicas respiratórias, dentro da atenção primária na região metropolitana da cidade de Belém-PA, assim como, as circunstâncias individuais de maior impacto no curso do seguimento. Portanto, em relação aos pacientes, terão o acesso a correção de fatores removíveis que se configuram como empecilhos ao tratamento destes pacientes. De modo a otimizar os possíveis recursos do próprio afim de viabilizar abordagens mais eficientes e satisfatórias a longo prazo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevância científica e para a assistência ao paciente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes e adequados:

1. Folha de rosto da Plataforma Brasil

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 4.308.726

2. TCLE
3. Protocolo de pesquisa
4. Aceite do orientador
5. Aceite do responsável técnico do CEMEC
6. Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), assinado pelos autores da pesquisa e pelo responsável pelo CEMEC.
7. Aceite da coorientadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa atende aos critérios e normas da Res. 466/42 e da Res.510/16

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1576542.pdf	01/09/2020 13:56:54		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_ConsentimentoUD.pdf	01/09/2020 13:53:06	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Acelte_Responsabilidade.pdf	01/09/2020 13:51:50	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TCUD_TC.pdf	01/09/2020 13:51:26	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Acelte_Coorientador.pdf	01/09/2020 13:50:01	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_projeto_TC.docx	30/06/2020 16:22:49	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Gelson.pdf	30/06/2020 16:19:20	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Orçamento	Orcamento_tc.pdf	30/06/2020 16:13:56	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Cronograma	Cronograma_TC.pdf	30/06/2020 16:13:26	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Outros	Questionario_TC.pdf	30/06/2020 16:07:42	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_TC.pdf	30/06/2020 16:03:12	Gelson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 4.306.726

Ausência	TCLE_TC.pdf	30/06/2020 16:03:12	Gellson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Declaração de Pesquisadores	ACEITETC.pdf	30/06/2020 15:42:29	Gellson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AcelteIES_TC.pdf	30/06/2020 15:40:55	Gellson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostoTC.pdf	30/06/2020 15:40:24	Gellson Rodrigues dos Santos Junior	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 29 de Setembro de 2020

Assinado por:
PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br

