



Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana*

Patients' with coronary arterial disease' adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy

Adhesión a la terapia medicamentosa y no medicamentosa de pacientes con enfermedad arterial coronaria

**Rosana Pinheiro Lunelli¹, Vera Lúcia Portal², Francieli Gianchini Esmério³,
Maria Antonieta Moraes⁴, Emiliane Nogueira de Souza⁵**

RESUMO

Objetivos: Verificar a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica de pacientes atendidos por uma equipe multidisciplinar, em um ambulatório de prevenção secundária da doença arterial coronariana, bem como identificar fatores que possam interferir na adesão. **Métodos:** Estudo transversal que avaliou a adesão farmacológica através do teste de Morisky e a não farmacológica, através das modificações no estilo de vida em pacientes após primeiro infarto. **Resultados:** Dos 92 pacientes avaliados, 64,1% eram homens e a média de idade foi de 56,4±10,9 anos. Adesão à terapêutica farmacológica foi verificada em 56,5% e adesão à não farmacológica, em 40,2% dos pacientes. **Conclusão:** Os resultados demonstraram pacientes com baixa aderência à terapêutica de prevenção secundária da doença arterial coronariana. **Descritores:** Doença da artéria coronariana/terapia; Doença da artéria coronariana/quimioterapia; Cooperação do paciente; Equipe de assistência ao paciente; Isquemia miocárdica

ABSTRACT

Objectives: To determine whether patients with coronary artery disease adhere to pharmacological and non-pharmacological therapy and to identify factors that might influence these patients' adherence to the therapies. **Methods:** A cross-sectional study was used. The sample consisted of 92 patients who had their first myocardium infarction. Adherence to pharmacological therapy was determined with Morisky test. Adherence to non-pharmacological therapy was evaluated through lifestyle modifications. **Results:** The majority of the participants (64.1%) were male and had a mean age of 56.4 (SD = 10.9) years. More than a half of them (56.5%) adhered to pharmacological therapy while 40.2% of participants adhered to non-pharmacological therapy. **Conclusion:** The results show low levels of adherence to recommended therapy for secondary prevention of coronary arterial disease.

Keywords: Coronary artery disease/therapy; Coronary artery disease/drug therapy; Patient compliance; Patient care team; Myocardial ischemia

RESUMEN

Objetivos: Verificar la adhesión a la terapia farmacológica y no farmacológica de pacientes atendidos por un equipo multidisciplinario, en un consultorio externo de prevención secundaria de la enfermedad arterial coronaria, así como identificar factores que puedan interferir en la adhesión. **Métodos:** En este estudio transversal se evaluó la adhesión farmacológica a través del test de Morisky y la no farmacológica, a través de las modificaciones en el estilo de vida en pacientes después del primer infarto. **Resultados:** De los 92 pacientes evaluados, el 64,1% eran hombres y el promedio de edad fue de 56,4±10,9 años. La adhesión a la terapia farmacológica fue verificada en el 56,5% y la adhesión a la no farmacológica, en el 40,2% de los pacientes. **Conclusión:** Los resultados demostraron la presencia de pacientes con baja adherencia a la terapia de prevención secundaria de la enfermedad arterial coronaria.

Descriptores: Enfermedad de la arteria coronaria/terapia; Enfermedad de la arteria coronaria/quimioterapia; Cooperación del paciente; Grupo de atención al paciente; Isquemia miocárdica

* Estudo desenvolvido como trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Enfermagem em Cardiologia do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – IC/FUC - Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Especialista em Cardiologia, Professora da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves – Bento Gonçalves (RS), Brasil.

² Professora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – FUC - Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Especialista em Cardiologia, Enfermeira do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – FUC - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Enfermagem em Cardiologia do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – FUC - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Enfermagem em Cardiologia do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia – FUC - Porto Alegre (RS), Brasil; Professora da Faculdade Fátima de Caxias do Sul – Caxias do Sul (RS), Brasil.

Autor Correspondente: **Emiliane Nogueira de Souza**
Av. Princesa Isabel, 370 - Santana - Porto Alegre (RS), Brasil
CEP. 90620-001 E-mail: editoracao-pc@cardiologia.org.br

Artigo recebido em 24/06/2008 e aprovado em 22/12/2008

INTRODUÇÃO

O conhecimento de que a doença arterial coronariana (DAC) é uma doença multifatorial induz-nos a uma abordagem global dos fatores de risco com vista à redução de eventos coronarianos. O prognóstico da DAC depende não somente da terapêutica farmacológica empregada, como também de aspectos não farmacológicos fundamentais para o tratamento. A terapêutica comumente instituída aos pacientes, após um evento cardíaco, envolve medidas de modificação no estilo de vida, além da ingestão de medicamentos como anti-agregantes plaquetários, inibidores da enzima conversora de angiotensina e beta-bloqueadores, com o objetivo de reduzir a recorrência de eventos coronarianos⁽¹⁾.

A adesão ao tratamento pressupõe uma fidelidade irrevogável às orientações de uma equipe multidisciplinar, sem a qual não há como conferir o sucesso do tratamento pretendido⁽²⁾. A adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e de enfermagem. A não adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais da área⁽³⁾. Dados da literatura têm demonstrado que, quando os pacientes tornam-se conhecedores de suas doenças, dos mecanismos fisiopatológicos, dos fatores desencadeantes e do risco, da lógica e dos benefícios do tratamento, entre outros aspectos, eles passam, imediatamente, a aderir mais ao tratamento, principalmente quando manejados de forma multidisciplinar⁽²⁻³⁾.

O trabalho em equipe multiprofissional torna-se importante na orientação de medidas terapêuticas não-farmacológicas, contribuindo para a compreensão da doença, na avaliação dos sinais e sintomas, no estímulo aos hábitos saudáveis, na importância da mudança no estilo de vida e no uso de medicamentos e seus efeitos adversos, bem como no incentivo à participação do paciente em programas de autocuidado. A atuação dos enfermeiros, em equipe multidisciplinar, seguindo as normas mundiais para o manejo desta doença, torna-se necessária na promoção e proteção à saúde, assim como na recuperação, auxiliando o indivíduo a manter-se saudável, promovendo o autocuidado e melhorando sua qualidade de vida. Este estudo objetivou avaliar a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica de pacientes atendidos por uma equipe multidisciplinar, em um ambulatório de prevenção secundária da DAC, bem como identificar fatores que possam interferir na adesão.

MÉTODOS

Estudo com delineamento transversal, realizado entre abril e setembro de 2006, no ambulatório de prevenção

secundária da DAC do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (RS). Foram incluídos, consecutivamente, os pacientes com idade >18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM), o que motivou a internação e o início do acompanhamento ambulatorial na referida instituição, caracterizado pelo comparecimento às consultas periódicas com a equipe multiprofissional, bem como o aceite em participar do estudo. Durante a consulta de enfermagem, os pacientes foram abordados por uma das pesquisadoras, visando a participação de cada um no trabalho. Os critérios de exclusão foram assim definidos: pacientes com co-morbidades graves, como histórico de acidente vascular cerebral, neoplasias e com limitações incapacitantes que prejudicassem o entendimento das recomendações feitas pela equipe multidisciplinar. Não houve exclusão e as consultas ambulatoriais eram individualizadas. A primeira consulta ocorria em cerca de 30 dias, a segunda, 60 dias e, a terceira, 90 dias após a data da alta, devido à internação por primeiro IAM. Todos os pacientes foram atendidos por uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiros, nutricionistas, médicos e psicólogos. A consulta de enfermagem foi realizada com o propósito de identificar alterações no processo saúde-doença, adesão ao tratamento, proporcionar orientações que contribuíssem para a prevenção de fatores de risco para a DAC, bem como para a recuperação e promoção da saúde.

Para a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento para obtenção das informações gerais: dados sobre história da doença atual, história clínica pregressa, medicamentos em uso e presença de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para DAC contidas no prontuário do paciente. Durante as consultas ambulatoriais, era realizado exame físico completo, verificação de medidas de pressão arterial, medidas antropométricas, circunferência abdominal e índice de massa corporal, a fim de monitorar as evidências clínicas relacionadas à reabilitação cardiovascular e ao controle dos fatores de risco. Foram coletados exames laboratoriais como: glicemia, colesterol total, triglicerídeos (TG) e HDL-c. O LDL-c era obtido através da aplicação da fórmula de Friedwald, utilizada nos casos que o valor dos TG é menor que 400 mg/dl ($LDLc = \text{Colesterol Total} - HDLc - 20\% \text{ TG}$)⁽⁴⁾ Quando o valor dos TG era maior do que 400 mg/dL, realizava-se a dosagem de LDL-c por técnica laboratorial direta. Nos pacientes com diagnóstico de diabetes, também era realizado teste de glicemia capilar. Os parâmetros considerados normais, instituídos como meta para os pacientes, foram assim definidos:

- Circunferência Abdominal: Mulheres < 88cm e homens < 102cm⁽⁵⁾

- Índice Massa Corpórea (IMC): entre 19-25 kg/m²(5)
- Colesterol Total <200mg/dL, TG < 150mg/dL; LDL-C: <100mg/dL e <70 mg/dL em pacientes de muito alto risco; HDL-C >45mg/dL(6)
- Pressão Arterial: <130/85 mmHg(7-8)
- Diabetes Mellitus: glicemia casual < 200 mg/dL, ou HbA1c <7 %⁽⁹⁾.

No entanto, os exames laboratoriais de perfil lipídico e glicêmico não constaram na avaliação de adesão, por estarem os resultados disponíveis após a consulta ambulatorial.

Para analisar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto, os itens foram classificados em terapêutica farmacológica e não farmacológica:

Adesão à terapêutica farmacológica: foi aplicado o Teste de Morisky, que permite avaliar o grau de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita, bem como o comportamento do paciente em relação ao uso diário do medicamento⁽¹⁰⁾. Estudos anteriores demonstraram a utilidade desse teste, tendo sido traduzido e validado no Brasil⁽¹¹⁻¹²⁾. É composto por quatro questões relacionadas às medicações, em que uma resposta sim para qualquer uma das perguntas considera o paciente como não aderente: Alguma vez você já esqueceu de tomar seu medicamento? Às vezes, você se descuida em ingerir os medicamentos? Quando você se sente melhor, alguma vez já parou de tomar a medicação? Quando você se sente pior, alguma vez já parou de tomar a medicação?

Adesão à terapêutica não farmacológica: foram definidas seis variáveis relacionadas aos hábitos modificáveis considerados importantes para o tratamento da DAC, a partir da atuação profissional da equipe no ambulatório de prevenção secundária – dois médicos cardiologistas, uma enfermeira e duas nutricionistas especialistas em cardiologia, dos aspectos relacionados à adesão à terapêutica no contexto das doenças crônicas⁽²⁻³⁾ e com base no que preconiza a Sociedade Brasileira de Cardiologia, referente à prevenção secundária pós-IAM⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para cada uma das variáveis, foi atribuído um ponto, totalizando seis pontos:

- Modificações de hábitos alimentares: a avaliação nutricional inicial englobou um recordatório do consumo de nutrientes de 24 horas, além de avaliação antropométrica. A orientação para mudar seu comportamento alimentar incluía a adequação da ingesta calórica (quando necessário), diminuição do consumo de gorduras saturadas e transsaturadas, diminuição do sódio e aumento do consumo de frutas e vegetais.

- Obesidade: classificada através do IMC, com as seguintes classificações⁽⁶⁾: eutrófico (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²), obesidade I (30,0-34,9 kg/m²), obesidade II (35,0-40 kg/m²) e obesidade III (> 40 kg/m²);

- Atividade física: foi considerada regular quando a

mesma era realizada, no mínimo, quatro vezes por semana, durante 30 minutos⁽⁶⁾.

- Tabagismo: foi considerado tabagista o paciente que fumava qualquer quantidade e frequência de cigarro ao dia. Ex-tabagista, aquele que havia parado no momento do evento coronariano (mínimo de 30 dias) e que, no acompanhamento, não tinha apresentado nenhuma recaída.

- Verificação da pressão arterial sistêmica (PA): Quando o paciente verificava a PA com regularidade (uma vez por semana), registrada em impresso próprio, dispensado no momento da alta.

- Regularidade nas consultas com a equipe multidisciplinar: este item foi verificado a partir da planilha de marcação de consultas e registro no prontuário. Os pacientes que faltaram em alguma das consultas ou tiveram desistência no atendimento de um dos profissionais, foram considerados com irregularidade nas consultas e não foram pontuados.

De acordo com essas seis variáveis (6 pontos) foi criado um ponto de corte. Foram considerados aderentes (A) aqueles que totalizaram > 4 pontos e não aderentes (NA) aqueles com escore <4 pontos, a partir do julgamento clínico e consenso entre os pesquisadores e a equipe multiprofissional atuante no ambulatório, com base nos aspectos mencionados anteriormente.

Fatores que pudessem interferir na adesão à terapêutica recomendada foram identificados, a partir da observação da equipe ou do relato dos pacientes não aderentes durante as consultas, categorizados de acordo com a Organização Mundial de Saúde⁽¹⁵⁾:

- Fatores individuais (conhecimento ineficaz da doença e tratamento, déficit de auto-estima, motivação ou otimismo, percepção alterada do estado de saúde ou necessidade do tratamento, crenças e expectativas, pouco entendimento das orientações);

- Fatores sócio-econômicos (baixo nível sócio-econômico, escolaridade mínima ou ausente, desemprego, alto custo do tratamento, moradia distante de serviços de saúde);

- Doença crônica (severidade dos sintomas e progressão da doença, incapacidade e/ou limitação física e emocional, presença de comorbidades, dificuldade na realização do tratamento eficaz);

- Fatores relacionados ao sistema de saúde (distribuição precária de medicamentos, desconhecimento da equipe de saúde acerca do manejo da doença crônica, consultas rápidas, relacionamento equipe-paciente, deficiência na educação para a saúde);

- Fatores relacionados à terapêutica instituída (complexidade do regime terapêutico, duração do tratamento, alterações frequentes do tratamento medicamentoso, efeitos colaterais, prioridade no tratamento e comorbidades, imediatismo pelos benefícios

da terapêutica). Cada paciente relatou uma ou mais dificuldades.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, cadastrado com o número 3850 na Unidade de Pesquisa, e somente participaram do estudo os 92 pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0. As variáveis categóricas foram expressas com frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas, descritas com média e desvio padrão. Para verificar as relações das variáveis sócio-demográficas e clínicas com a adesão farmacológica e a adesão não farmacológica, foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste t Student. A magnitude do efeito foi medida através do cálculo de razão de Prevalência e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Foram incluídos 92 pacientes, sendo que 64,1% eram do sexo masculino e 78,3% eram casados. A média de idade foi $56,4 \pm 10,9$ anos, e a escolaridade foi $6,4 \pm 3,9$ anos. A renda foi de até dois salários mínimos em 66,3% da população estudada, com inatividade laboral em 47,8% dos casos. O acompanhamento dos pacientes foi realizado através de consultas ambulatoriais.

A média do IMC foi de $27,1 \pm 4,2$ kg/m², sendo o sobrepeso identificado em 47,8% da amostra. A obesidade abdominal esteve presente na maioria dos homens (59,3%) e mulheres (69,7%), o sedentarismo em 75% da amostra e a quantidade média de medicamentos ingerida por paciente foi de $4,9 \pm 1,2$. As comorbidades prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica, seguida da dislipidemia e diabetes mellitus, conforme mostra a Tabela 1.

Adesão relacionada à terapêutica farmacológica e não farmacológica

Ao analisarmos a adesão à terapêutica farmacológica proposta, observamos que 56,5% dos pacientes avaliados foram considerados aderentes. Em relação à adesão não farmacológica, a maioria da amostra foi considerada não aderente (59,8%). Os resultados demonstram não haver diferenças significativas entre os grupos quando comparados em relação às características sócio-demográficas.

Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa, na adesão não farmacológica há um predomínio de pacientes do sexo masculino, casados, aposentados, com renda de até dois salários mínimos e na 3ª consulta ambulatorial. Já na análise da adesão farmacológica, houve predomínio do sexo feminino, adultos mais jovens, além das demais características anteriormente citadas. Estes resultados estão representados na Tabela 2.

Tabela 1 - Variáveis clínicas e sócio-demográficas de um pacientes atendidos em ambulatório de prevenção secundária da DAC - Porto Alegre, 2006

Variáveis	N	(%)
Sexo masculino*	59	(64,1)
Idade†	$56,4 \pm 10,9$	
Caucasianos	85	(92,4)
Escolaridade (anos) †	$6,4 \pm 3,9$	
Casados	72	(78,3)
Status profissional		
Aposentado	44	(47,8)
Ativo	32	(34,8)
Renda		
Até dois salários mínimos	61	(66,3)
> dois salários mínimos	31	(33,7)
Acompanhamento		
1ª consulta	32	(34,8)
2ª consulta	19	(20,7)
≥ a três consultas	41	(44,6)
Índice M/C (kg/m²) †	$27,1 \pm 4,2$	
Eutrófico (18,5 a 24,9)	29	(31,5)
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	44	(47,8)
Obesidade I (30,0 a 34,9)	15	(16,3)
Obesidade II (35,0 a 40)	3	(3,3)
Obesidade III (> 40)	1	(1,1)
Obesidade abdominal		
Masculino (> 94)	35	(59,3)
Feminino (> 80)	23	(69,7)
Quantidade de medicamentos†	$4,9 \pm 1,2$	
Hipertensão arterial sistêmica	92	(100)
Dislipidemia	88	(95,7)
Sedentarismo	69	(75,0)
História familiar para DAC	66	(71,7)
Diabetes Mellitus	22	(23,9)
Tabagismo	18	(19,6)

*Variáveis categóricas expressas como n (%), †Variáveis contínuas como média \pm desvio padrão. DAC = doença arterial coronariana.

Fatores que podem interferir na adesão terapêutica

Os fatores individuais foram os prevalentes, com 50,9% de conhecimento insatisfatório relacionado à doença, 32,7% apresentaram déficit de auto-estima e 21,8% pouca percepção da real necessidade de tratamento. Os fatores sócio-econômicos também foram evidenciados, sendo 14,5% devido ao alto custo da terapêutica e 18,2% ao baixo nível de escolaridade. Quanto aos fatores relacionados à cronicidade da doença, 11% referiram incapacidade e/ou limitações físicas ou emocionais. Quanto às dificuldades relacionadas ao sistema público de saúde, 23,6% dos pacientes referiram uma grande precariedade na distribuição de medicamentos. Em relação à terapêutica farmacológica utilizada, 14,5% relataram sentir alguns efeitos colaterais após o uso dos medicamentos, e 12,7% referiram complexidade do regime terapêutico.

Tabela 2 - Adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica de pacientes atendidos em ambulatório de prevenção secundária da DAC - Porto Alegre, 2006

Variáveis	Adesão não farmacológica		Valor de p	Adesão farmacológica		Valor de p
	NA ≤4	A > 4		NA	A	
	55 (59,8)	37 (40,2)		40(43,5)	52(56,5)	
Sexo*						
Masculino	33(60)	26(70,3)	0,43‡	15(37,5)	18(34,6)	0,94
Feminino	22(40)	11(29,7)		25(62,5)	34(65,4)	
Idade†	56,6±10,1	56,3± 12	0,90§	58,1±10,5	55,2±11,0	0,21
Escolaridade (anos)	6,2±4,0	6,7±3,9	0,55	5,9±4,3	6,8±3,7	0,29
Situação conjugal						
Casado	45(81,8)	27(73)	0,60	33(82,5)	39(75)	0,67
Solteiro	6(10,9)	6(16,2)		4(10)	8(15,4)	
Viúvo	4(7,3)	4(10,8)		3(7,5)	5(9,6)	
Status profissional						
Ativos	20(36,4)	12(37,5)	0,15	16(40)	16(30,8)	0,12
Aposentados	27(49,1)	17(45,9)		21(52,5)	23(44,2)	
Renda						
Até 2 SM	39(65,4)	22(59,4)	0,36	28(70)	33(63,5)	0,66
≥ 3 SM	16(29,1)	15(40,5)		12(30)	19(36,5)	
Acompanhamento ambulatorial						
1ª consulta	20(36,4)	12(32,4)	0,51	16(40)	16(30,8)	0,61
2ª consulta	13(23,6)	6(16,2)		7(17,5)	12(23,1)	
≥ 3 consultas	22(40)	19(51,3)		17(42,5)	24(46,1)	

*Variáveis categóricas expressas em porcentagens (%), †variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão.

‡Teste Qui-quadrado; §Teste t. A = grupo aderente; NA = grupo não aderente; SM = salário mínimo.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que 56,5% e 40,2% dos pacientes, atendidos no ambulatório de prevenção secundária da DAC do Instituto de Cardiologia do RS, aderiram ao tratamento farmacológico e não farmacológico respectivamente. Alguns autores⁽¹⁶⁾ mencionam que, dentre os pacientes que entram em um sistema de cuidados de saúde, mais do que 1/3 desistem do tratamento, especialmente nos primeiros meses. Durante o período em que se encontram em acompanhamento, o consumo de medicamentos costuma ser em torno de 50%. A adesão para perda de peso e parar de fumar é consideravelmente menor, com índices menores do que 10%. Investigações no mundo inteiro têm demonstrado a importância de pesquisas relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças nos hábitos de vida dos pacientes com DAC. Estudos apontam que a necessidade de mudanças de estilos de vida é uma variável significativa na determinação do comportamento do paciente. Quanto maiores as alterações que os pacientes necessitam fazer em seus hábitos ou estilo de vida em função do tratamento (abandono do fumo, da ingestão de álcool, restrições dietéticas, necessidade de fazer exercícios), menor será a possibilidade de adesão ao tratamento. O sucesso de qualquer intervenção preventiva secundária está diretamente relacionado à aderência ao tratamento^(15,17).

Nossos achados também demonstraram um predomínio do sexo masculino, média de idade 56 anos. Este dado vai ao encontro do estudo caso-controle FRICAS⁽¹⁸⁾, realizado

em 20 centros no Brasil, que estudou os fatores de risco para o infarto, evidenciando maior ocorrência das síndromes coronarianas em homens com média de idade de 58 anos. Observa-se que, cada vez mais, a DAC acomete pacientes mais jovens, o que não significa menores riscos para os mais idosos, visto que o aumento da longevidade possibilita períodos maiores de exposição aos fatores de risco e, conseqüentemente, dificuldades em manter a adesão ao tratamento. A literatura descreve que, em geral, os pacientes adultos jovens apresentam menor adesão quando comparados com pacientes idosos. E quando ocorre a baixa adesão entre crianças e idosos, possivelmente esteja relacionada à dependência dos cuidados^(2,18).

Ao avaliarmos a escolaridade da amostra, os resultados revelaram baixo tempo de estudo, em torno de seis anos. Alguns autores citam que as condições sócio-econômicas, como dificuldades financeiras, baixo nível de escolaridade e renda familiar podem ser fatores limitantes para a adesão ao tratamento, como também de maior risco para episódios de re-internações⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Em nosso estudo, a maioria dos pacientes não aderiu à terapêutica não farmacológica, evidenciando uma subvalorização da necessidade de modificação preventiva dos hábitos de vida para controle dos fatores de risco. Esse achado aponta para a necessidade de reconhecimento dos valores, das crenças e das práticas culturais dos pacientes para que possam ser manejados de forma mais efetiva e incisiva pela equipe multidisciplinar. O fato da DAC ser uma doença crônica e silenciosa do ponto de vista de sintomatologia específica, exerce influência no processo

de adesão^(3,19). Por outro lado, a maioria dos pacientes é mais aderente ao manejo farmacológico do que às medidas de autocuidado que compõem o manejo não farmacológico da doença. Isso nos faz inferir que os pacientes talvez não estejam convencidos da real importância de mudar alguns de seus hábitos, esperando somente das medicações o controle dos fatores de risco e a prevenção de novos eventos coronarianos.

Ensaio clínico referem que a média das taxas de adesão de pacientes portadores de doenças crônicas é de 43% a 78%, podendo ser notoriamente mais alta quando houver um rigor na seleção e na atenção dispensada a esses pacientes⁽²¹⁾. No entanto, para doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e hipercolesterolemia, ainda existe um grande e persistente espaço entre as recomendações baseadas em evidências e os cuidados recebidos pelos pacientes⁽²²⁾. A complexidade do regime farmacológico, a quantidade de comprimidos e o número de doses diárias dos fármacos utilizados são fatores que exercem influência direta sobre a adesão ao tratamento. Esses dados reforçam estudos da literatura que relacionam a baixa condição sócio-econômica como fator limitante para o acesso e aquisição de fármacos^(2,9,15). Neste caso, a equipe multidisciplinar deve estar atenta às possíveis falhas na compreensão dos pacientes, para que possam, efetivamente, prestar informações sobre o benefício do uso da medicação combinada ao manejo não farmacológico. Um estudo de reabilitação cardíaca sugere que um fator contribuinte para melhorar a manutenção da terapêutica seria a possibilidade de contar com o suporte familiar, na medida em que auxilia o doente a compreender a importância de mudanças nos hábitos de vida⁽²³⁾.

Dentre os fatores mais citados pelos pacientes deste estudo, para a não adesão à terapêutica proposta, foram os fatores individuais (conhecimento insatisfatório sobre a doença, déficit de auto-estima e pouca percepção da real necessidade de tratamento), sócio-econômicos e terapêuticos,

como a precariedade na distribuição dos fármacos pelo sistema público de saúde. Dados de estudos semelhantes trazem as mesmas dificuldades encontradas em nosso estudo, como o desconhecimento do paciente sobre a doença, a desmotivação para tratar quando assintomática e crônica, o baixo nível sócio-econômico, aspectos culturais e crenças adquiridas em experiências familiares, baixa auto-estima, custos elevados dos fármacos e a ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis^(3,15,19,21). Os fatores identificados necessitam de ampla discussão pela equipe multidisciplinar, pois fornecem subsídios para a busca de novas estratégias, visando melhorar a adesão e minimizar os riscos de um novo evento coronariano, contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes. Por ser um estudo de prevalência, menciona-se, como limitação, a averiguação dos dados em um só momento. Sugere-se que uma amostra maior de pacientes seja acompanhada em determinado período, a fim de que se observe a adesão ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontam para uma amostra de pacientes com baixa aderência à terapêutica, principalmente relacionada ao manejo não farmacológico da doença. Nossos achados demonstraram que não houve associação entre aspectos sócio-demográficos e adesão. No entanto, múltiplos fatores podem influenciar a baixa adesão à terapêutica, seja farmacológica ou não farmacológica, dos pacientes atendidos no ambulatório de prevenção secundária da DAC. Entre eles, fatores individuais, sócio-econômicos, terapêuticos, dificuldades com o sistema de saúde e a presença de doenças crônicas. Permanece um desafio: o desenvolvimento de medidas que possam melhorar, na prática, a adesão de pacientes ao tratamento indicado. Intervenções educativas e estratégias motivacionais devem ser implementadas através de abordagem mais efetiva, trazendo maiores benefícios para a população.

REFERÊNCIAS

1. Hamet P. The burden of blood pressure: where are we and where should we go? *Can J Cardiol*. 2000;16(12):1483-7.
2. Vieira V, Freitas JB, Tavares A. Adesão ao tratamento clínico. In: Diniz DP, Schor N, organizadores. *Qualidade de vida*. São Paulo: Manole; 2006. p.157-64.
3. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Júnior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, coordenadora. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004. p. 275-89.
4. Santos RD. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2001;77(Supl 3):1-48.
5. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC Jr, Spertus JA, Costa F; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005;112(17):2735-52. Erratum in: *Circulation*. 2005;112(17):e297. *Circulation*. 2005;112(17):e298. Comment in: *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2006;8(2):142-4.
6. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-97. Comment in: *JAMA*. 2001;286(5):533-5. *JAMA*. 2001;285(19):2508-9. *JAMA*. 2001;286(19):2400-1; author reply 2401-2. *JAMA*. 2001;286(19):2400; author reply 2401-2. *JAMA*. 2001;286(19):2400; author reply 2401-2. *JAMA*. 2001;286(19):2401-2. *JAMA*. 2001;286(19):2401; author

- reply 2401-2. JAMA. 2003;289(15):1928; author reply 1929.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289(19):2560-72. Erratum in: JAMA. 2003 Jul 9;290(2):197.
 8. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2006;13(4):260-312.
 9. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004;27 Suppl 1:S5-S10.
 10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
 11. Teixeira ACA. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório. [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 1998.
 12. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003;81(4):343-54.
 13. Carvalho T. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. Arq Bras Cardiol. 2006;86(1):74-82.
 14. Piegas L, Timerman A, Nicolau JC, Mattos LA, Rossi Neto JM, Feitosa GS, et al. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2004;83(Supl 4):1-86.
 15. Sabaté E, editor. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
 16. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA. 2002;288(22):2880-3.
 17. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2003;19(2):593-604.
 18. Silva MAD, Sousa AGMR, Schargadsky H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil. Estudo FRICAS. Arq Bras Cardiol. 1998;71(5):667-75.
 19. Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. Rev Saúde Pública = J Public Health. 2001;35(6):495-501.
 20. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 1997;68(6):443-9.
 21. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97. Comment in: N Engl J Med. 2005;353(18):1972-4; author reply 1972-4. N Engl J Med. 2005;353(18):1972-4; author reply 1972-4. N Engl J Med. 2005;353(18):1972-4; author reply 1972-4. N Engl J Med. 2005;353(18):1972-4; author reply 1972-4.
 22. Simpson RJ Jr. Challenges for improving medication adherence. JAMA. 2006;296(21):2614-6. Comment on: JAMA. 2006;296(21):2563-71.
 23. Leong J, Molassiotis A, Marsh H. Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. Clin Eff Nurs. 2004;8(1):26-38.