



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO

Pollyanna Dutra Sobral

**ADESÃO MEDICAMENTOSA NA DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA CRÔNICA E PRINCIPAIS RAZÕES PARA
NÃO ADERÊNCIA DOS PACIENTES**

RECIFE-PE

2016

Pollyanna Dutra Sobral



**ADESÃO MEDICAMENTOSA NA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA
CRÔNICA E PRINCIPAIS RAZÕES PARA NÃO ADERÊNCIA DOS PACIENTES**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa da Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dinaldo Cavalcanti de Oliveira

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Emmanuelle Tenório Godoi

**Recife – PE
2016**

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S677a Sobra, Polyanna Dutra.
Adesão medicamentosa na doença arterial coronariana crônica e
principais razões para não aderência dos pacientes / Polyanna Dutra
Sobra. – 2016.
96 f. : il.; tab.; gráf.; 30 cm.

Orientador: Diana do Cava Cant de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adesão à Medicação. 2. Doença das Coronárias. 3. Cooperação
do Paciente. I. Oliveira, Diana do Cava Cant de (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-143)

POLLYANNA DUTRA SOBRAL

**ADESÃO MEDICAMENTOSA NA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA
CRÔNICA E PRINCIPAIS RAZÕES PARA NÃO ADERÊNCIA DOS PACIENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE em CIÊNCIAS DA SAÚDE.

Aprovada em: 26/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^o. Edgar Guimarães Victor (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Jocelene Tenório Albuquerque Madruga Godoi- (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Adriana Ferraz de Vasconcelos (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR**

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Silvio Romero de Barros Marques

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DIRETOR**

Prof. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIRETOR SUPERINTENDENTE**

Dr. Frederico Jorge Ribeiro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

COORDENADOR

Prof. Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho

VICE-COORDENADOR

Prof. Brivaldo Markamn Filho

CORPO DOCENTE

Prof^a. Ana Lúcia Coutinho Domingues

Prof^a. Ângela Luiza Pinto Duarte

Prof^o. Ary Gomes Filho

Prof^o Brivaldo Markman Filho

Prof^o. Bruno Severo Gomes

Prof^a. Cláudia Diniz Lopes Neto

Prof^o. Décio Medeiros Peixoto

Profº. Dinaldo Cavalcanti de Oliveira

Profº Edgar Guimarães Victor

Profº Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

Profº. Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho

Profª. Emília Chagas Costa

Profª Heloísa Ramos Lacerda de Melo

Profº. Jeymesson Raphael Cardoso Vieira

Profº José Ângelo Rizzo

Profª. Lucila Maria Valente

Profº Lucio Villar Rabelo Filho

Profº. Marcelo Renato Guerino

Profº. Marcelo Tavares Viana

Profº. Paulo Sérgio Ramos Araújo

Profª Patrícia Érika de Melo Marinho

Profª. Romualda Castro do Rêgo Barros

Profº. Sandro Gonçalves de Lima

Profº. Simone Cristina Soares Brandão

Dedico esta dissertação primeiramente a **Deus**, e aos seus mensageiros, por mais uma de suas incontáveis maravilhas em minha vida. Pela sua permissão, carinho e cuidado que me fizeram chegar até aqui. *“Grandes coisas o Senhor fez por nós, e por isso estamos alegres”*. Salmo 126:3.

Às minhas mães **Maria Gomes, Avani e Cristina** que são o meu sustentáculo nesta jornada que chamamos de Vida.

Ao meu **Pai**, pelo exemplo de força e apoio na realização dos meus sonhos.

Aos meus **Pais de Coração, Orlando e Socorro**, pela assistência amigável, sincera e amorosa de hoje e de sempre.

À minha **Família** e àquela que Deus nos permite criar, meus **Amigos**, que torceram e me ajudaram na construção deste trabalho.

E por fim, aos meus **Pacientes** queridos, razão do meu Ser enfermeira, que colaboraram com a formação desta pesquisa, não só com informações, mas com os sorrisos, gestos e lições de vida, que guardarei sempre no coração.

AGRADECIMENTOS

A **todos** que colaboraram direta e indiretamente para a construção deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

Aos **pacientes** que são a razão deste trabalho. Pela cooperação e boa vontade com que participaram da pesquisa, na certeza de que estariam contribuindo para a formação do conhecimento científico.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde** que me norteou na vivência deste aprendizado que foi o Mestrado.

Ao **Prof. Dinaldo Cavalcante de Oliveira**, pelo apoio, orientação e olhar científico.

A **Profª Emanuelle Tenório**, pela presença, orientação e incentivo. Muito obrigada.

Aos professores **Marcelo Viana** e **Simone Brandão**, pela orientação e auxílio no momento da construção do projeto.

A **Esmeralda, Suely e Cibeli** por todo apoio, dedicação e carinho que tiveram.

A **Norma**, minha dupla, amiga inseparável de alegrias e angústias nesta caminhada.

Á **Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas**, por todo apoio e compreensão que tiveram durante o desenvolvimento do mestrado. Vocês sempre farão parte da minha **Equipe Gold do Coração**.

Á **Equipe de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas**, onde fui recebida de braços abertos, em especial às enfermeiras **Cristiane** e **Priscila** pelo acolhimento e orientação. Á **Equipe de Enfermagem** que me deu todo apoio e carinho. Ao médico **Eduardo Campos** pela colaboração e paciência de sempre.

Á **Equipe da Hemodinâmica do Hospital Ilha do Leite**, pela colaboração e incentivo, em especial a **Marina, Josi, Roberto** e **Rosália**.

A todos os **Amigos** que me apoiaram hoje e sempre, em especial as **Superpoderosas**, amigas do peito, eu não conseguiria sem o apoio e a terapia de vocês.

A minha **Família, Presente Divino**, que me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos.

E principalmente, a **Deus**, pois sem Ele, nada seria possível.

“É melhor tentar e falhar, que ocupar-se em ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, do que em conformidade, viver”.

Martin Luther King.

RESUMO

Referencial: A não aderência é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso de utilização dos serviços de saúde. Estima-se que 30 a 50% dos doentes não aderem ao regime terapêutico. A Doença Arterial Coronariana é responsável por uma taxa de mortalidade de 30% ao ano, sendo que sem adesão à terapêutica recomendada não há sucesso da terapia proposta, aumentando a progressão da doença e eventos cardiovasculares. Assim, diante da alta morbimortalidade e importância da adesão medicamentosa ao tratamento farmacológico desta doença no cenário atual, buscamos com este estudo avaliar a prevalência da adesão medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica, comparar os perfis clínico, socioeconômico e angiográfico de paciente aderentes e não aderentes, bem como identificar os principais fatores que impedem uma boa adesão. **Métodos:** É um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa realizado no Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital da Ilha do Leite em Recife-Pe. A população foi composta por 130 pacientes, submetidos aos procedimentos de cinecoronariografia no período de julho a outubro de 2015. Foi utilizado um instrumento para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico, o teste utilizado para mensuração da adesão medicamentosa foi de Morisky -Green, e o perfil angiográfico foi obtido através da cinecoronariografia. **Resultados:** Somente 26,1% dos pacientes eram aderentes ao regime farmacológico. Dentre as variáveis de perfis clínico, sociodemográfico e angiográfico apenas a hipertensão foi mais prevalente nos pacientes aderentes. A maioria dos pacientes que relataram dificuldades em identificar os fármacos prescritos não sabiam o nome do medicamento do qual faziam uso contínuo. Das principais razões para a não adesão medicamentosa, o esquecimento foi o maior motivo apontado. **Conclusão:** A adesão medicamentosa dos pacientes coronarianos é baixa. O desafio de melhorar esta condição permanece, pois, sem adesão à terapêutica prescrita, não há retardo na progressão da doença, redução de eventos cardiovasculares e melhora da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Adesão à Medicação. Doença das Coronárias. Cooperação do Paciente.

ABSTRACT

Background: Non-adherence is known as the main cause for increasing morbidity and mortality, reduced quality of life, increased medical costs and excessive use of health services. It is estimated that 30 to 50% of patients do not adhere to the therapeutic regimen. Coronary Artery Disease is responsible for a 30% mortality per year, with no adherence to the recommended therapeutic no success of the proposed therapy, increasing the progression disease and cardiovascular events. Thus, given the high mortality and the importance of medication adherence to pharmacological treatment of this disease in the current scenario, our aim with this study was to evaluate the prevalence of drug patient compliance with chronic coronary artery disease, compare the clinical, socioeconomic and angiographic profiles of adherent patient and non-members and identify the main factors that prevent good adhesion.

Methods: This is an observational, cross-sectional, quantitative approach performed at Hemodynamics Service of Hospital das Clinicas and the Hospital Ilha do Leite in Recife-PE. The population consisted of 130 patients who underwent coronary angiography to procedures in the period from July to October 2015 an instrument to characterize the demographic and clinical partner profile was used, the test used to measure medication adherence was Morisky -Green, and angiographic profile was obtained by coronary angiography.

Results: Only 26.1% of patients were adherent to the drug regimen. Among the variables of clinical profiles, demographic and angiographic partner only hypertension was more prevalent among adherent patients. Most patients reported difficulties in identifying prescription drugs did not know the name of the drug that were continuous use and the main reasons for non-medication adherence, forgetfulness was the most pointed reason.

Conclusion: medication adherence of coronary patients is low. The challenge of improving this condition remains, for without adherence to prescribed therapy, there is a delay in disease progression, reduction of cardiovascular events and improve the patient's quality of life.

Key words: Medication adherence. Coronary Disease. Patient Compliance.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Gráfico 1. Prevalência da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana.....	54
--	----

ARTIGO 2

Gráfico 1. Principais dificuldades relatadas na identificação dos fármacos prescritos para os pacientes com doença arterial coronariana crônica.....	68
Gráfico 2. Principais razões para não adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana	69

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1. Comparação dos perfis clínico e sócio demográficos entre os pacientes com doença arterial coronariana crônica aderentes e não-aderentes ao tratamento medicamentoso e submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 201555

Tabela 2. Análise comparativa da extensão da doença arterial coronariana crônica entre os pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso e submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015..... 56

Tabela 3. Análise comparativa da gravidade da doença arterial coronariana crônica entre os pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso e submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.....56

ARTIGO 2

Tabela 1. Prevalência da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana crônica submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.....66

Tabela 2. Perfil sócio demográfico dos pacientes com doença arterial coronariana crônica submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.....66

Tabela 3. Perfil clínico dos pacientes com doença arterial coronariana crônica submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.....	67
---	----

LISTA DE FLUXOGRAMA

Modelo Explicativo.....	27
Delineamento da Pesquisa.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
CA – Circunferência Abdominal
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DAC – Doença Arterial Coronariana
DAP – Doença Arterial Periférica
DCV – Doença Cardiovascular
DCBV – Doenças Cerebrovasculares
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIC – Doença Isquêmica do Coração
DM – Diabetes Mellitus
HAS – hipertensão Arterial Sistêmica
HC – Hospital das Clínicas
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
iECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I
IC – Intervalo de Confiança
IMC – Índice de Massa Corpórea
LDL – Low Density Lipoproteins
MMAS-4 - Four-item Morisky Measure Adherence Scale
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – Odds Ratio
PA – Pressão Arterial
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica
RCQ – Relação Cintura-Quadril
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG - Teste de Morisky-Green

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

VLDL – Very low density lipoprotein

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	19
Referências.....	21
2. CAPÍTULO I	22
2.1 Referencial Teórico.....	22
2.2 Modelo Explicativo.....	27
2.3 Justificativa.....	28
2.4 Objetivos.....	29
2.4.1 Objetivo Geral:.....	29
2.4.2 Objetivos Específicos:.....	29
2.5 Hipóteses.....	30
2.6 Limitações do Estudo.....	30
Referências.....	31
3. CAPÍTULO II	34
3.1 MÉTODOS.....	34
3.1.1 Delineamento da Pesquisa.....	34
3.1.2 Local do Estudo:	35
3.1.3 População:	35
3.1.3.1 Critérios de Inclusão:	36
3.1.3.2 Critérios de Exclusão:	36
3.1.3.3 Tipo de Amostragem:	36
3.1.3.4 Definição do tamanho amostral:.....	36
3.1.4 Definição e Categorização das Variáveis.....	37
3.1.4.1 Definição de termos	39
3.1.4.2 Operacionalização e categorização das variáveis:.....	39
3.1.5 Análise de dados:	46
3.1.6 Aspectos Éticos:	47
Referências.....	47
4. CAPÍTULO III	49
4.1 ARTIGO ORIGINAL 1: Prevalência de Adesão Medicamentosa em Pacientes com Doença Arterial Coronariana Crônica.....	49
4.2 ARTIGO ORIGINAL 2: Fatores Relacionados a Não Adesão Medicamentosa do Paciente com Doença Arterial Coronariana Crônica.....	61
5. CAPÍTULO IV	69
5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78

REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	86
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	88
ANEXO B - TESTE DE MORISKY-GREEN	92
ANEXO C - DIRETRIZES PARA AUTORES	93

1. APRESENTAÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) configuram-se como a maior causa de morbidade e mortalidade mundial. Durante o ano de 2003, aproximadamente, 60% das mortes ocorridas no mundo foram em decorrência de doenças não transmissíveis, das quais 47% eram de etiologia cardiovascular (GAMA et al; 2010) (WHO; 2003). Em 2010, dentre os óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, a principal causa continua sendo as doenças cardiovasculares, com 46%, 210 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012). O custo das internações por doenças cardiovasculares é considerado o maior dentre as causas de internações hospitalares no Brasil, com destaque para as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCBV) (GUIMARÃES et al, 2015).

A doença arterial coronariana (DAC) caracteriza-se pela insuficiência de irrigação sanguínea no coração por meio das artérias coronárias. Está diretamente relacionada ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo pelas placas ateroscleróticas, resultando em estreitamento das artérias coronárias (estenose), isquemia e morte do músculo cardíaco (GOLDMAN, ALSIELLO; 2005).

Os pacientes com doença aterosclerótica estabelecida constituem uma população de risco elevado para futuros eventos isquêmicos, sendo necessário a utilização de medicamentos como anti-agregante plaquetário, hipolipemiantes e anti-hipertensivos, porém, apesar da importância do uso destes medicamentos, a adesão pelos pacientes ainda continua baixa (KUMBHANI; 2013). A baixa adesão compromete o tratamento e aumenta a mortalidade dos pacientes (WHO, 2003) (BROWN, JENIFER, BRUCALI; 2011).

A adesão medicamentosa é definida como o ato do paciente cumprir a tomada de medicamentos de acordo com a prescrição médica (ESC; 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a baixa adesão medicamentosa é um problema mundial de grande magnitude, estimada em 50% nos países desenvolvidos e em situação ainda mais alarmante nos países em desenvolvimento como o Brasil (WHO, 2003). A não adesão ao regime terapêutico é hoje a principal causa para o aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde. Assim, não aderir ao regime terapêutico influencia o sucesso do tratamento, o que implica custos significativos em termos médicos e sociais (DIAS et al, 2011).

Tendo em vista que o prognóstico da doença arterial coronariana depende da adesão medicamentosa à terapêutica estabelecida e que a maioria dos estudos realizados apontam para uma baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas de alta morbimortalidade, busca-

se com este estudo avaliar a prevalência da adesão medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. Identificar também os principais fatores que impedem uma boa adesão na tentativa de desenvolver ações de rastreamento, prevenção e acompanhamento do paciente coronariano, com a finalidade de reduzir mortalidade e aumentar a qualidade de vida desses doentes.

Foram gerados dois artigos, o primeiro propiciou a resposta a nossa hipótese, intitulado “Prevalência de Adesão Medicamentosa em Pacientes com Doença Arterial Coronariana Crônica” e o segundo identificou os principais fatores que impedem uma boa adesão com o título: “Fatores Relacionados a Não Adesão Medicamentosa do Paciente com Doença Arterial Coronariana Crônica”. Os dois artigos foram encaminhados para a Revista da Escola de Enfermagem da USP (Qualis B3).

Referências

- BRASIL; Ministério da Saúde. **SAÚDE BRASIL**. 2012. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 29/01/2016.
- BROWN, M. T.; BRUCELI, J.K.; **Medication Adherence**. Medication Adherence: WHO Cares? 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068890/>>. Acesso em: 29/01/2016.
- DIAS; A. M. et al; **Milenium**. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão de literatura. 2011. Disponível em: < <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>> Acesso em: 25/03/2013.
- ESC; European Society of Cardiology. **European Heart Journal**. 2013. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Disponível em:< <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/38/2949.full.pdf>>. Acesso em: 29/01/2016.
- GAMA; G. G. G. et al; **Acta Paulista de Enfermagem**. Dificuldades dos Indivíduos com Doença Arterial Coronariana para Seguir o Tratamento Medicamentoso. 2010. Disponível em: <<http://safira.bireme.br/index.php/ape/article/view/15143>>. Acesso em: 02/10/12.
- GOLDMAN L, AUSIELLO D. Cecil: **Tratado de medicina interna**. 23ed. São Paulo: Elsevier, 2005.
- GUIMARÃES; R.M. et al; **Revista PanAmericana de Saúde Pública**. Diferenças Regionais na Transição da Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980 – 2012. 2015. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n2/a03v37n2.pdf>>. Acesso em: 29/01/2016.
- KUMBHANI, J.D. et al; **The American Journal of Medicine**. Adherence to Secondary Prevention Medications and Four-year Outcomes in Outpatients with Atherosclerosis. 2013. Disponível em: < [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343\(13\)00262-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343(13)00262-3)>. Acesso em: 29/01/2016.
- WHO. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003. Disponível em: < http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1>. Acesso em: 21/04/2015.

2. CAPÍTULO I

2.1 Referencial Teórico

A palavra adesão deriva do latim “adhaesione”, sendo definida como a ação ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa (DIAS et al, 2011). Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas. A adesão à terapêutica tem sido hoje discutida e estudada por profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento, já que sem a adesão ao tratamento prescrito não há sucesso da terapia proposta.

A aderência medicamentosa está relacionada não somente ao ato de ingerir o medicamento prescrito, mas na forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por várias dimensões (BEZERRA, LOPES, BARROS, 2014). Segundo Ben, Neumman, Mengue (2011), a não aderência é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde. Sendo assim, a busca dos fatores que interferem na aderência medicamentosa e das ações que influenciam positivamente a mesma é mandatória, pois é através dela que a equipe de saúde pode promover o tratamento adequado e uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada. Porém entende-se a adesão a medicamentos como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (SANTOS et al, 2013). O índice de adesão medicamentosa está sendo amplamente utilizado em pacientes com doenças crônicas de alta morbimortalidade, como a hipertensão e doença coronariana. No Brasil, por exemplo, cerca de 40% a 60% dos pacientes hipertensos não fazem uso correto da medicação prescrita (BARBOSA E LIMA, 2006).

Em uma meta-análise realizada por Naderi et al (2012) com os dados de 376.162 pacientes coronarianos foi identificada uma taxa de adesão geral de 57% ao tratamento prescrito (estatinas, aspirina, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, tiazídicos). A adesão menor foi para os tiazídicos (42%). Como conclusão, os autores ressaltam a importância de encontrar melhorias para a adesão medicamentosa do paciente coronariano,

tendo em vista que o efeito da prevenção secundária só se realiza com a terapia medicamentosa continuada indefinidamente.

De acordo com Ungari (2007), os fatores que influenciam na adesão dos pacientes estão relacionados: 1) ao paciente, como idade, hábitos de vida e crenças de saúde; 2) à doença, como a cronicidade e efeitos deletérios; 3) aos medicamentos, como os efeitos colaterais e posologia complexa; 4) aos aspectos da instituição de saúde; e 5) à relação paciente e membros da equipe de saúde. Devido à multiplicidade e complexidade destes fatores uma das propostas para potencializar a adesão ao tratamento é a gestão de doenças crônicas. A gestão de doenças crônicas é definida como uma abordagem organizada, centrada na visão holística do paciente, considerando a doença e suas complicações e visando à prevenção de comorbidades (RAYMUNDO E PIERIN, 2014). Espera-se que, através deste novo modelo de gestão e da valorização da adesão medicamentosa haja uma redução nos índices de morbimortalidade causados por doenças crônicas.

Estudo realizado por Barreto et al (2015) na região Sul do Brasil com 422 hipertensos evidenciou que 42.65% dos indivíduos acompanhados pela atenção primária não aderiram ao tratamento medicamentoso. Os autores ainda consideraram que a não aderência estava relacionada a certas características biológicas, socioeconômicas e de acompanhamento à saúde como por exemplo, etnia não branca, baixa escolaridade, maior número de medicamentos consumidos para o controle pressórico, menor frequência às consultas médicas e nível socioeconômico baixo. Dessa forma, fica evidente a necessidade da identificação dessas características e de ações voltadas para a melhoria da adesão medicamentosa.

São vários os métodos que têm sido utilizados para a avaliação da aderência medicamentosa. Os métodos podem ser divididos em diretos e indiretos. Os métodos diretos compreendem a mensuração sérica do nível do fármaco, são de alto custo, de difícil acesso e restritos aos ambientes de pesquisa, porém sua maior vantagem é a precisão (SANTOS et al, 2013). E os métodos indiretos que compreendem o autorrelato através de questionários, a contagem de pílulas, dispensação na farmácia e mensuração eletrônica (Ibid). Apesar de não possuírem grande precisão, eles são simples, de baixo custo e, quando utilizados de forma padronizada, podem produzir informações valiosas sobre o grau de adesão ao tratamento e, portanto, são extremamente úteis para prática clínica (SOUSA, 2014).

Um dos métodos de avaliação mais utilizados e que através de perguntas simples avalia a adesão é o instrumento desenvolvido por Morisky et al (1986). O Teste de Morisky-Green (TMG) é caracterizado pela mensuração indireta da adesão/não adesão por meio da avaliação do comportamento frente à tomada dos medicamentos. A escala é composta por

perguntas de resposta dicotômica (sim/não) construídas no sentido inverso para contornar a tendência do entrevistado em responder afirmativamente às perguntas realizadas, ou seja, a resposta “sim” corresponde à menor adesão (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986).

Dessa forma, cada resposta “sim” equivale a zero ponto e resposta “não” a um ponto, gerando ao final um escore de zero a quatro pontos, sendo que quanto mais pontos, maior é o comportamento aderente do indivíduo (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986). As perguntas são: (Alguma vez se esqueceu de tomar algum medicamento? Tem atenção às horas a que deve tomar os medicamentos? Quando se sente melhor deixa de tomar os medicamentos? Quando se sente pior, com a tomada de medicamentos, deixa de tomá-los?)

Além da ampla utilização, este método, também conhecido como Four-item Morisky Measure Adherence Scale (MMAS-4), possui seus parâmetros psicométricos e de predição validados, estabelecendo-se uma correlação direta com o desfecho clínico (ex.: não adesão e hipertensão arterial não controlada) e/ou com outras formas de mensuração da não adesão (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986). Por ser um instrumento de fácil aplicação e amplamente utilizado com bons resultados, foi o método de avaliação escolhido para a realização do estudo.

A não aderência medicamentosa em pacientes com doenças crônicas é um problema mundial de magnitude impressionante. Segundo a Organização Mundial de Saúde uma série de avaliações rigorosas descobriu que, nos países desenvolvidos, a média de adesão entre os pacientes que sofrem de doenças crônicas é de apenas 50%. A magnitude e impacto da baixa adesão nos países em desenvolvimento se presumem ser ainda maior, dada a escassez de recursos para a saúde e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2003). Atualmente, a comunidade científica tem se esforçado para estudar este tema, com a finalidade de minimizar o impacto das doenças crônicas de alta morbimortalidade, como as doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Estão em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (GODOY et al, 2007). No Sistema Único de Saúde (SUS), essas doenças foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhões de internações, representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos financeiros (Ibid). Em 2010, no Brasil, houve mais de 326 mil mortes por doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 28,7% do total de mortes (COELHO et al, 2013). As estatísticas nos mostram a dimensão do impacto das doenças

cardiovasculares, tanto no Brasil quanto no mundo e a importância do seu tratamento e prevenção dos fatores de risco.

A DAC é uma doença crônica caracteriza-se pela insuficiência de irrigação sanguínea no coração por meio das artérias coronárias. Está diretamente relacionada ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo pelas placas ateroscleróticas (GOLDMAN, AUSIELLO, 2005). É responsável por uma taxa de mortalidade de 30% ao ano, correspondendo cerca de 60.000 óbitos (ANDRADE, 2013).

A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devida a diversos fatores de risco, como elevação de lipoproteínas aterogênicas (LDL, VLDL), hipertensão arterial ou tabagismo. Como consequência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da íntima às lipoproteínas plasmáticas favorecendo a retenção das mesmas no espaço subendotelial. Retidas, as partículas de LDL sofrem oxidação, tornando-as imunogênicas. O depósito de lipoproteínas na parede arterial é processo-chave no início da aterogênese (SBC, 2007).

A placa aterosclerótica plenamente desenvolvida é constituída por elementos celulares, componentes da matriz extracelular e núcleo lipídico. A ruptura desta capa expõe material lipídico altamente trombogênico, levando à formação de um trombo sobrejacente. Este processo, também conhecido por aterotrombose, é um dos principais determinantes das manifestações clínicas da aterosclerose, que pode levar a desfechos clínicos fatais, como o infarto agudo do miocárdio (SBC, 2007).

Os objetivos fundamentais do tratamento da DAC incluem: prevenir o infarto do miocárdio, reduzir a mortalidade e reduzir os sintomas e a ocorrência da isquemia miocárdica propiciando melhor qualidade de vida (SBC, 2014). Quanto à terapêutica medicamentosa, antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes, em especial as estatinas, bloqueadores beta-adrenérgicos após IAM e Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I (iECA) reduzem a incidência de infarto e aumentam a sobrevida, enquanto os nitratos, antagonistas dos canais de cálcio reduzem os sintomas e os episódios de isquemia miocárdica, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (SBC, 2014).

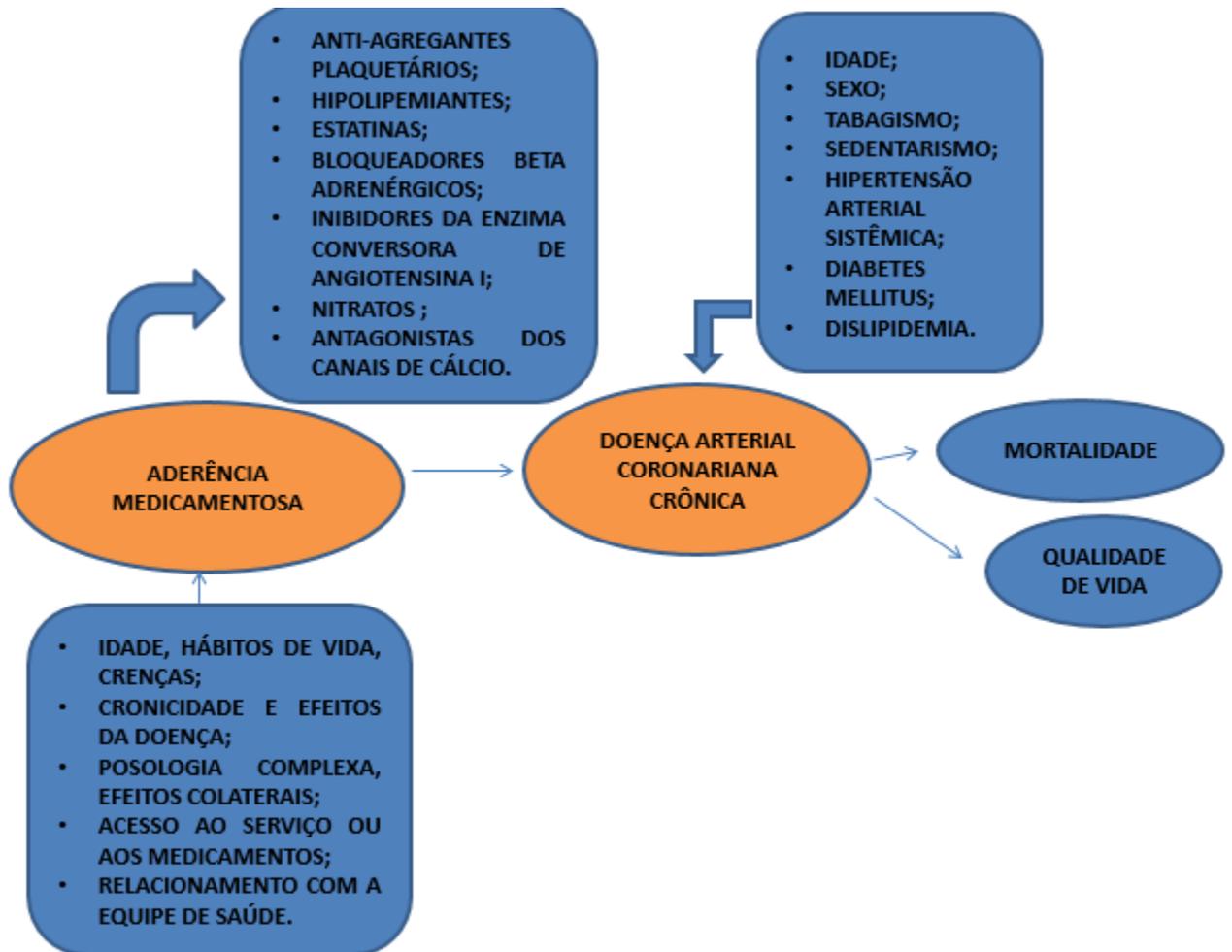
Com relação à mortalidade, metanálise conduzida por Simpson et al. (2006) abrangeu 19 artigos (n=26436) e indica que há uma diminuição significativa na chance de morrer quando ocorre a adesão ao tratamento (OR=0,55; IC95% 0,49-0,62). Este efeito deve-se não

só ao uso correto dos medicamentos, mas também ao autocuidado e a comportamentos mais saudáveis observados em pacientes com boa adesão.

A adesão do paciente à terapia medicamentosa é fundamental para o controle da doença arterial coronariana e a prevenção de suas complicações, constituindo um dos maiores desafios do cuidado ao paciente coronariopata, dada a grande percentagem de não aderentes ao esquema terapêutico medicamentoso (LOURENÇO et al, 2015). De acordo com Lunelli (2009), em seu estudo feito no Rio Grande do Sul, foi encontrada uma taxa de não adesão de 34,5%, que é considerada alta, tendo em vista o impacto e as repercussões que a doença coronariana impõe ao seu portador. Por conseguinte, devem-se unir esforços em busca de rastrear a população não aderente ao tratamento medicamentoso, identificar as suas dificuldades e programar formas de facilitar o seguimento do tratamento prescrito.

A Sociedade Europeia de Cardiologia (2010) recomenda ações preventivas, estratificação de risco e o tratamento precoce como estratégias de grande importância para reduzir a doença coronariana. Assim, diante da alta morbimortalidade desta doença no cenário atual, busca-se com este estudo ampliar os conhecimentos sobre a aderência medicamentosa e as principais dificuldades que impedem uma boa adesão, com a finalidade de desenvolver ações que melhorem a qualidade de vida do paciente coronariano.

2.2 Modelo Explicativo



2.3 Justificativa

As doenças cardiovasculares configuram-se como a maior causa de morbidade e mortalidade mundial. No Brasil, a DAC é responsável por 30% dos óbitos por doença cardiovascular. O prognóstico da DAC, além de outros fatores, depende da adesão à terapêutica estabelecida, pois a aterosclerose é multifatorial, sendo influenciada pela adoção das medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas no seu tratamento.

Assim, através desta pesquisa, buscou-se avaliar a prevalência da adesão medicamentosa do doente coronariano e identificar as principais dificuldades que impedem uma boa adesão ao tratamento farmacológico. Este estudo é necessário para o planejamento de ações que abordem o paciente de uma forma multidisciplinar, contribuindo para o retardo da progressão da doença, redução de eventos coronarianos e melhora na qualidade de vida.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo Geral:

Avaliar a prevalência da adesão medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica.

2.4.2 Objetivos Específicos:

- Traçar o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes atendidos nos serviços de hemodinâmica do Hospital Ilha do Leite e Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco;
- Comparar os perfis clínico, sociodemográfico e angiográfico de paciente aderentes e não aderentes;
- Identificar os principais fatores que impedem uma boa adesão medicamentosa.

2.5 Hipóteses

A adesão medicamentosa dos pacientes com doença arterial coronariana crônica é baixa.

2.6 Limitações do estudo

Apesar de estudos brasileiros com a mesma temática serem desenvolvidos com amostra inferior à do presente estudo, identificou-se que o tamanho da amostra foi um fator limitante. Neste estudo, alguns fatores que poderiam estar associados significativamente com a adesão medicamentosa não demonstraram correlação estatisticamente significativa em função do tamanho amostral. Quando houve, porém, duplicação da amostra, mantendo os mesmos parâmetros, a associação esperada foi encontrada.

Além disso, outro fator limitante foi o local do estudo, que foi desenvolvido em dois hospitais, sendo um público e um privado, havendo algumas diferenças sociodemográficas em relação à amostra, onde 61 (71,8%) dos pacientes do hospital público tinham como renda um salário mínimo por mês comparado com 20 (44,4%) do hospital privado. Levando em consideração a escolaridade, temos que 53 (62,4%) dos pacientes do hospital público tinham ensino fundamental comparado com 22 (48,9%) do hospital privado.

Sabe-se que o fator sócio econômico influencia a adesão medicamentosa, porém no presente estudo, identificou-se que a maioria dos pacientes, independentemente do local do estudo possui uma baixa renda e escolaridade.

Referências

- ANDRADE; J. P. et al; **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2013. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral nas Doenças Cardiovasculares. Disponível em: < <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10003/pdf/interativa-10003.pdf>>, Acesso em: 02/06/2015.
- BARBOSA; R. G. B.; LIMA, N. K. C.; **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2006. Índices de Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo no Brasil e Mundo. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>, Acesso em: 20/04/2015.
- BARRETO; M. S. et al. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014. Prevalência da não Adesão á Farmacoterapia Anti-hipertensiva e Fatores Associados. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672015000100060&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27/01/2016.
- BEN; A. J.; NEUMANN; C. R.; MENGUE; S. S.; **Revista de Saúde Pública**. 2011. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar a adesão a medicamentos. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>>, Acesso em: 20/04/2015.
- BEZERRA; A. S. M.; LOPES; J. L.; BARROS; A. L. B. L. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Adesão de Pacientes Hipertensos ao Tratamento Medicamentoso. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>>, Acesso em: 20/04/2015.
- COELHO; M. et al. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Estado de Saúde Percebido e Adesão Farmacológica em Pacientes Submetidos Á Intervenção Coronária Percutânea. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a11v34n3.pdf>> Acesso em: 27/04/2015.
- DIAS; A. M. et al; **Milenium**. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão de literatura. 2011. Disponível em: < <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>> Acesso em: 25/03/2013.
- ESC; European Society of Cardiology. **European Heart Journal**. Life-time risk factors and progression of carotid atherosclerosis in young adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns study. 2010 Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20501481>>, Acesso em: 20/04/2015.

GODOY; M. F. et al. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2007. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Níveis Socioeconômicos na População de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n2/a11v88n2.pdf>> Acesso em: 27/04/2015.

GOLDMAN L, AUSIELLO D. Cecil: **Tratado de medicina interna**. 23ed. São Paulo: Elsevier, 2005.

LOURENÇO; L. B. A. et al. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2015. Qualidade de vida de coronariopatas após implementação de estratégias de planejamento para adesão medicamentosa. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00011.pdf> Acesso em: 27/04/2015.

LUNELLI; R. P. et al; **Acta Paulista de Enfermagem**. Adesão Medicamentosa e Não – medicamentosa de Pacientes com Doença Arterial Coronariana. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>>. Acesso em: 25/09/12.

MORISKY; D.E, GREEN; L.W.; LEVINE; D.M.; **Medical Care**. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence.1986. Disponível em: < <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764638?uid=2&uid=4&sid=21106537489873> > Acesso em: 18/04/2015.

NADERI; S. H. et al. **The American Journal of Medicine**. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748400>>. Acesso em: 27/01/2016.

RAYMUNDO; A. C.; PIERIN; A. M. G. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. Adesão ao Tratamento de Hipertensos em um Programa de Gestão de Doenças Crônicas: estudo longitudinal e retrospectivo. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf> Acesso em: 21/04/2015.

SANTOS; M.V.R. et al; **Revista Brasileira de Clínica Médica**. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Revisão de Literatura. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf> >, Acesso em: 20/04/2015.

SBC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2007. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf>>, Acesso em: 02/06/2015.

SBC; **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Diretriz da Doença Coronária Estável. 2014. Disponível em: <
<http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Doenca%20Coronaria%20Estavel.pdf>>.
Acesso em: 02/06/2015.

SIMPSON, S.H; et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. 2006. **BMJ**. v.333, n.15. Disponível em: <
<http://www.bmj.com/content/333/7557/15.abstract> >. Acesso em: 27 nov. 2011

SOUSA; D. M. P. et al; **Boletim Informativo**. Métodos Indiretos para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura. Revisão de Literatura. 2014. Disponível em: <
<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/view/1726/1326>>, Acesso em: 20/04/2015.

UNGARI; A. Q; Adesão ao Tratamento Farmacológico de Pacientes Hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP. **Dissertação de Mestrado**. 2007. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-08042008-132951/pt-br.php> > Acesso em: 21/04/2015.

WHO. World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. 2003. Disponível em: <
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1>, Acesso em: 21/04/2015.

3. CAPÍTULO II

3.1 MÉTODOS

3.1.1 Delineamento da Pesquisa

Estudo observacional, transversal, prospectivo, analítico, de abordagem quantitativa.

Critérios de Inclusão:

- 1- Indicação de cinecoronariografia;**
- 2 – Pacientes que fazem uso de medicamentos para tratamento da doença arterial coronariana crônica (antiagregantes plaquetários, estatinas, bloqueadores beta-adrenérgicos, inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I, nitratos e antagonistas dos canais de cálcio);**
- 3 - Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

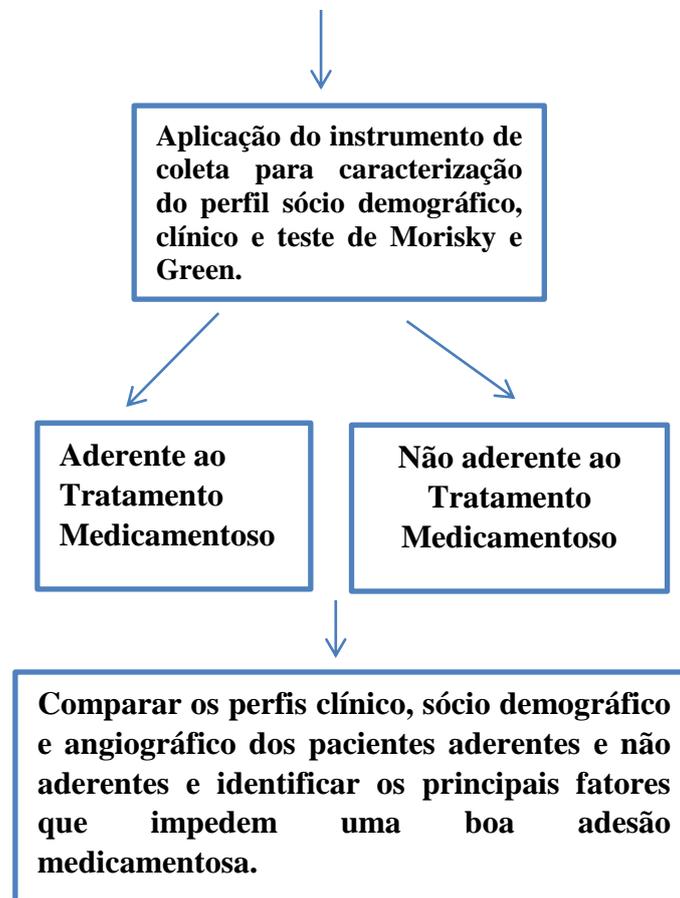


Critérios de Exclusão:

- 1 - Impossibilidade de responder o questionário;**
- 3 - Revascularização Miocárdica;**
- 4 – Participação em outro estudo clínico.**



Amostra



3.1.2 Local do Estudo:

O estudo foi realizado no Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital da Ilha do Leite, unidades caracterizadas essencialmente pela admissão de pacientes com doença arterial coronariana crônica, com agendamento prévio para realização do procedimento de cinecoronariografia ou angioplastia. O recrutamento de pacientes foi efetuado no período de julho a outubro de 2015.

3.1.3 População:

A população foi composta por 130 pacientes, todos submetidos aos procedimentos de cinecoronariografia ou angioplastia coronária no período estabelecido para o recrutamento da pesquisa que atenderam aos critérios de elegibilidade propostos, juntamente com a assinatura do TCLE (Apêndice A).

3.1.3.1 Critérios de Inclusão:

- Pacientes com indicação clínica de cateterismo cardíaco ou angioplastia coronária;
- Pacientes que fazem uso de medicamentos para tratamento da doença arterial coronariana crônica (antiagregantes plaquetários, estatinas, bloqueadores beta-adrenérgicos, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I, nitratos e antagonistas dos canais de cálcio);
- Assinatura do TCLE (Apêndice A).

3.1.3.2 Critérios de Exclusão:

- Impossibilidade de responder o questionário;
- Revascularização Miocárdica;
- Participação em outro estudo clínico.

3.1.3.3 Tipo de Amostragem:

A amostra foi aleatória, de conveniência e obtida por demanda espontânea.

3.1.3.4 Definição do tamanho amostral:

A amostra foi definida empiricamente levando em consideração o número de realização de procedimentos dos dois hospitais envolvidos na pesquisa, que perfaz em média, juntos, 80 cinecoronariografias ao mês. Assim, levando em consideração os critérios de elegibilidade adotados, a amostra foi composta por 130 pacientes.

3.1.4.1 Definição e Categorização das Variáveis

O recrutamento de pacientes foi feito entre os meses de julho e outubro de 2015 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. A categorização de variáveis baseou-se na melhor distribuição de dados encontrada para análise (SILVA, 2014).

No dia do procedimento do cateterismo cardíaco ou angioplastia coronária o paciente foi avaliado quanto aos critérios de inclusão da pesquisa, quando elegível, foi abordado e orientado quanto à pesquisa para a assinatura do TCLE (Apêndice A). Após a assinatura, os dados foram colhidos nas seguintes etapas:

1ª Etapa: Caracterização do Perfil Clínico e Adesão Medicamentosa

Aplicamos o instrumento de coleta de dados através da técnica de entrevista para a caracterização do perfil clínico (Apêndice B) de autoria da pesquisadora e o Teste de Morisky e Green (Anexo B) para avaliação do comportamento de adesão medicamentosa. As perguntas foram feitas em uma sala apropriada, com cama, colchão, balança antropométrica e refrigeração, destinadas a espera e recuperação dos pacientes após o procedimento realizado. A coleta de dados foi feita antes de o participante realizar o procedimento de cinecoronariografia.

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido pela pesquisadora com o objetivo de caracterização do perfil clínico do paciente que participou da pesquisa, bem como analisar os fatores de risco para doença arterial coronariana presentes. Inicialmente ele é composto por questões de caracterização (Nome, Idade, Sexo, Escolaridade, Renda) após isso foi feito o questionamento sobre as medicações em uso e se há alguma dificuldade em identificar os medicamentos ou na própria adesão medicamentosa, baseado em razões encontradas em outros estudos, como o de Dias (2011) e Gama (2010).

Após a caracterização inicial, o instrumento de coleta de dados foi composto por questionamentos que abordam os fatores de risco para doença arterial coronariana, como hipertensão, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, antecedentes familiares e dislipidemia.

Foram definidos como fatores de risco para doenças cardiovasculares para hipertensão e diabetes, aqueles participantes da pesquisa que declararam possuir a doença e fazem uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, respectivamente.

Foram considerados como portadores de fator de risco os indivíduos que praticavam o hábito de fumar regularmente no mínimo de cinco cigarros/dia ou os ex-fumantes que abandonaram o hábito em um período inferior a cinco anos. Considerou-se como consumo de risco a ingestão de bebida alcoólica diária média superior a uma dose padronizada para mulher e duas doses padronizadas para homem, por dia ou cinco vezes na semana. Para exercício físico foi considerado como mínimo a realização de 20 minutos de atividade física em três dias por semana.

Acrescentou-se ao instrumento uma questão sobre as dificuldades encontradas pelo paciente na aderência ao tratamento farmacológico com bases nos achados frequentes em outros estudos para caracterizar a amostra da pesquisa quanto a esse aspecto (Quais as dificuldades encontradas na adesão medicamentosa?).

O Teste de Morisky-Green (TMG) que foi utilizado na pesquisa é caracterizado pela mensuração indireta da aderência/não aderência por meio da avaliação do comportamento frente à tomada dos medicamentos. A escala é composta por perguntas de resposta dicotômica (sim/não) construídas no sentido inverso para contornar a tendência do entrevistado em responder afirmativamente às perguntas realizadas, ou seja, a resposta “sim” corresponde à menor adesão (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986).

2ª Etapa: Aferição das Medidas Antropométricas

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com as medidas de peso e altura, aferidos por balança antropométrica disponível no serviço, de acordo com a seguinte fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$. Os pontos de corte de IMC adotados foram os preconizados pela WHO, ou seja, baixo peso ($IMC < 18,5$); eutrofia ($IMC 18,5-24,99$); sobrepeso ($IMC 25-29,99$) e obesidade ($IMC \geq 30,00$).

A Circunferência Abdominal (CA) foi obtida na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca com fita métrica flexível e inelástica sem comprimir os tecidos. Quando não foi possível identificar a menor curvatura, foi obtida a medida 2 cm acima da cicatriz umbilical. A circunferência do quadril foi obtida colocando-se uma fita métrica flexível e inelástica ao redor da região do quadril, na área de maior protuberância, sem

comprimir a pele (CARVALHO, 2015). A RCQ foi calculada por meio da razão entre a circunferência abdominal (CA) e circunferência do quadril (CQ) e classificada de acordo com os pontos de corte da OMS, que estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres (WHO, 2000).

3.1.4.2 Definição de termos:

Definição Teórica	Definição Operacional
Doença Arterial Coronariana Crônica	É caracterizada pelo estreitamento dos vasos que suprem o coração em decorrência do espessamento da camada interna da artéria devido ao acúmulo de placas ateromatosas, vistas através da cinecoronariografia (GOLDMAN, AUSIELLO, 2005).
Adesão Medicamentosa	É a capacidade de o paciente seguir as recomendações terapêuticas prescritas (DIAS et al, 2011).

3.1.4.3 Operacionalização e categorização das variáveis:

Variáveis Dependentes	Definição teórica	Definição Operacional	Categorização
Adesão Medicamentosa	É a capacidade de o paciente seguir as recomendações terapêuticas prescritas.	Variável mensurada através do teste de Morisky-Green, onde qualquer resposta afirmativa classifica o indivíduo como não aderente.	Aderente/Não Aderente

Gravidade da Lesão Coronariana	É caracterizada pelo estreitamento dos vasos que suprem o coração em decorrência do espessamento da camada interna da artéria devido ao acúmulo de placas ateromatosas, vistas através da cinecoronariografia.	Definida através do laudo da cinecoronariografia, onde a presença de uma lesão grave (>70%) caracteriza o paciente como grave. A presença de uma lesão moderada (entre 40 a 70%) caracteriza o paciente como moderado. A presença de uma lesão leve (<40%) caracteriza o paciente como leve.	Leve/Moderado/Grave
Extensão da Lesão Coronariana	É caracterizada pelo estreitamento dos vasos que suprem o coração em decorrência do espessamento da camada interna da artéria devido ao acúmulo de placas ateromatosas, vistas através da	Definida através do laudo da cinecoronariografia. Uniarterial: Uma lesão, Biarterial: duas lesões, Triarterial: três ou mais lesões.	Uniarterial/Biarterial/ Triarterial

	cinecoronariografia.		
Variáveis Independentes	Definição teórica	Definição Operacional	Categorização
Idade	Variável contínua definida pela data de nascimento que consta no registro geral fornecido.	Calculada em anos pela data de nascimento que consta no registro geral fornecido.	Quantitativa (anos)
Sexo	Conjunto de caracteres, estruturais e funcionais, segundo os quais o ser vivo é classificado.	Avaliação realizada durante anamnese e exame físico.	Qualitativa Masculino/Feminino
Estado Civil	Variável nominal definida como situação do indivíduo em relação ao matrimônio ou sociedade conjugal.		Solteiro/casado/viúvo
Profissão	Variável nominal definida se exerce alguma atividade laboral.		Sem categorização
Escolaridade	Variável nominal definida como o		Analfabeto/ Alfabetizado/

	grau de instrução do usuário.		Ensino fundamental/médio/Ensino superior
Renda	Variável nominal definida pelo total de importância recebida mensalmente pelo indivíduo.		Quantitativa Salário mínimo (Reais)
Naturalidade	Variável nominal definida como a cidade que o indivíduo nasceu.		Sem categorização
Procedência	Variável nominal definida como a cidade que o indivíduo reside.		Sem categorização
Raça	Grupo ou classe de pessoas com certas e determinadas qualidades ou predicados.	Avaliação realizada durante anamnese e exame físico.	Qualitativa Branca/Parda/Negra
Pressão Arterial	Pressão exercida pelo sangue contra a parede do vaso arterial.	Aferida no exame físico usando esfigmomanômetro e estetoscópio.	Quantitativa (mmHg)
IMC	Índice de massa	Medidas de peso e	Quantitativa

	corpórea	altura aferidas por balança antropométrica e posteriormente calculado pela fórmula: $(\text{Peso corporal} / \text{altura})^2$	
Circunferência Abdominal	Variável ordinal caracterizada pela medida da linha horizontal do abdome onde a cintura é mais reduzida.	Obtida na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca com fita métrica flexível e inelástica sem comprimir os tecidos.	Quantitativa (cm)
Circunferência do Quadril	Variável ordinal caracterizada pela medida da linha horizontal da região do quadril.	Obtida colocando-se uma fita métrica flexível e inelástica ao redor da região do quadril, na área de maior protuberância, sem comprimir a pele.	Quantitativa (cm)
Relação Cintura- quadril	Variável ordinal caracterizada pela razão entre a circunferência abdominal (CA) e circunferência do	A RCQ foi calculada por meio da razão entre a circunferência abdominal (CA) e circunferência do quadril (CQ).	Quantitativa

	quadril (CQ).		
Antecedentes Pessoais	Variável nominal caracterizada pela ocorrência de doenças crônicas ou agravos pessoais.		Hipertensão, Diabetes, Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Cardiovascular, Dislipidemia e outros.
Antecedentes Famíliares	Variável nominal caracterizada pela ocorrência de doenças crônicas ou agravos na família.		Hipertensão, Diabetes, Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Cardiovascular, Dislipidemia e outros.
Tabagismo	Variável nominal definida caracterizada pela dependência do consumo de tabaco.	Consumo de fumo declarado pelo indivíduo ou aqueles que praticam o hábito de fumar regularmente no mínimo de cinco cigarros/dia ou os ex-fumantes que abandonaram o hábito em um período inferior a cinco anos.	Fumante/não fumante

Alcoolismo	Variável nominal definida caracterizada pela dependência do consumo do álcool.	Ingestão de bebida alcoólica diária média superior a uma dose padronizada para mulher e duas doses padronizadas para homem, por dia ou cinco vezes na semana.	Alcoolista/Não Alcoolista
Atividade Física	Variável nominal definida pela realização de alguma atividade física na frequência e período de tempo pré-estabelecidos.	Será considerada como mínimo a realização de 20 minutos de atividade física em três dias por semana.	Praticante/não praticante
Medicações em uso	Variável nominal definida pela utilização de medicamentos pelo paciente.		AAS/Nitratos/Betabloq. Estatina/IECA/BRA/ Clopidogrel/Ticagrelor/ Hipolipemiantes/ Hipoglicemiantes/ Antagonista dos Canais de Cálcio/ Outros
Dificuldades na identificação dos medicamentos utilizados	Variável nominal definida pelas dificuldades encontradas na identificação dos		Controle da Medicação é feita pelo familiar/Não conseguir a receita/ Esquecimento/Identifica

	medicamentos declarada pelo paciente.		os remédios pelo tamanho e cor/outros
Dificuldades na Adesão Medicamentosa	Variável nominal definida pelas dificuldades encontradas na utilização dos medicamentos declarada pelo paciente.		Esquecimento/Familiar esquece/Condições Financeiras/Falta de Orientação do Profissional de Saúde/Efeitos adversos/Outros

3.1.5 Análise de dados:

As planilhas para armazenamento e análise dos dados foram elaboradas no programa Excel MS- Office Windows 8. Foi realizada a análise estatística descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram expressas na forma de valor percentual enquanto que as variáveis numéricas em média e desvio padrão ou mediana e valores máximo e mínimo a depender da distribuição da curva de Gauss.

Na caracterização da população de estudo foram utilizadas medidas de frequência e média com seus respectivos desvios padrões. Na análise da associação dos fatores e adesão medicamentosa foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para a comparação de proporções (variáveis dependentes e independentes categóricas), assim como na associação da adesão com a gravidade da lesão. Os testes de hipóteses foram analisados considerando uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$). O software utilizado para a análise foi o Stata versão 12.0.

Os dados foram processados e apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo analisados de acordo com a literatura específica sobre o assunto e segundo os preceitos estatísticos apropriados.

3.1.6 Aspectos Éticos:

O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco para apreciação e somente foi iniciado após a aprovação sob o número de protocolo (46307815.8.0000.5208). A pesquisa baseou-se na resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos, onde foram considerados os princípios da bioética, assegurando todos os direitos e deveres da comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O participante foi submetido a uma entrevista, onde foi aplicado o questionário para a caracterização do perfil clínico e teste de Morisky-Green. Antes da realização da entrevista foram esclarecidos ao paciente os procedimentos da pesquisa e foi obtido o consentimento formal através da assinatura do TCLE, garantindo também o sigilo das informações fornecidas, sendo utilizadas somente para fins científicos.

A pesquisa não apresentava nenhum procedimento invasivo ou doloroso, oferecendo risco mínimo aos participantes, sendo ele apenas o constrangimento pela aplicação do instrumento de caracterização de perfil clínico e teste de Morisky-Green. Além disso, o participante não teve ônus financeiro e o orçamento previsto para o desenvolvimento da pesquisa foi de total responsabilidade da pesquisadora responsável.

Em contrapartida, trouxe como benefícios a avaliação do perfil de adesão medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica e associação com a gravidade da lesão coronariana, contribuindo para o entendimento das associações relacionadas à adesão medicamentosa e posterior planejamento de intervenções com abordagem holística, visando o retardo da progressão da doença, redução de eventos coronarianos e melhora na qualidade de vida do paciente.

Referências

CARVALHO; C. A. et al; **Ciência e Saúde Coletiva**. 2015. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0479.pdf>>. Acesso em: 29/01/2016.

DIAS; A. M. et al; **Milenium**. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão de literatura. 2011. Disponível em: < <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum40/14.pdf>> Acesso em: 25/03/2013.

GAMA; G. G. G. et al; **Acta Paulista de Enfermagem**. Dificuldades dos Indivíduos com Doença Arterial Coronariana para Seguir o Tratamento Medicamentoso. 2010. Disponível em: <<http://safira.bireme.br/index.php/ape/article/view/15143>>. Acesso em: 02/10/12.

GOLDMAN L, AUSIELLO D. Cecil: **Tratado de medicina interna**. 23ed. São Paulo: Elsevier, 2005.

MORISKY; D.E, GREEN; L.W.; LEVINE; D.M.; **Medical Care**. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence.1986. Disponível em: < <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764638?uid=2&uid=4&sid=21106537489873> >Acesso em: 18/04/2015.

SILVA; V.C.V. Qualidade de Vida na Doença Arterial Coronariana. **Dissertação de Mestrado**. Recife. 2014. Disponível em:< repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/11759>. Acesso em: 29/01/2016.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a **World Health Organization Consultation**. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. Obesity Technical Report Series, n. 284. Disponível em: <>. Acesso em: 29/01/2015.

4. CAPÍTULO III

4.1 ARTIGO ORIGINAL 1

PREVALÊNCIA DE ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM DOENÇA
ARTERIAL CORONARIANA CRÔNICA

DRUG ACCESSION PREVALENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY
ARTERY DISEASE CHRONIC

ADHESIÓN PREVALENCIA DE DROGAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
ARTERIAL CORONARIA, CRÓNICA

**Pollyanna Dutra Sobral¹, Dinaldo Cavalcanti de Oliveira², Emmanuelle Tenório Godoi³,
Eduardo Tavares Gomes⁴, Priscila de Oliveira Carvalho⁵, Erley Raquel Araújo⁶**

Resumo: A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a prevalência da adesão medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica e como secundário comparar os perfis clínico, socioeconômico e angiográfico de paciente aderentes e não aderentes. É um estudo observacional, transversal, prospectivo, quantitativo e descritivo. Realizado de julho a outubro de 2015, em dois hospitais, sendo um público e outro privado. A população foi composta por 130 pacientes, submetidos ao procedimento de cinecoronariografia. Foram aplicados os questionários de coleta de dados através da técnica de entrevista para a caracterização dos perfis clínico, sócio demográfico, angiográfico (através do resultado da cinecoronariografia). O teste utilizado para mensuração da adesão medicamentosa foi o Teste de Morisky -Green. A taxa de adesão medicamentosa encontrada foi de 26%, considerada baixa. Dentre as variáveis de perfis clínico, sócio demográfico e angiográfico apenas a hipertensão foi mais prevalente nos pacientes aderentes.

Descritores: Adesão à Medicação. Doença das Coronárias. Cooperação do Paciente.

Abstract: The research aims to evaluate the prevalence of drug patient compliance with chronic coronary artery disease and compare the clinical, socioeconomic and angiographic adherent patient and non-compliant profiles. It is an observational, cross-sectional, prospective, quantitative and descriptive. Conducted from July to October 2015, in two

hospitals, one public and one private. The population consisted of 130 patients who underwent coronary angiography to procedure. data collection questionnaires were administered by interview technique for the characterization of the clinical profiles, socio-demographic, angiographic (through the result of coronary angiography). The test used to measure medication adherence was Morisky -Green Test. Drug adherence rates was 26%, considered low. Among the variables of clinical profiles, demographic and angiographic partner only hypertension was more prevalent among adherent patients.

Keywords: Medication Adherence. Coronary Disease. Patient Compliance.

Resumen: La investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de drogas cumplimiento del paciente con enfermedad arterial coronaria crónica y NIM comparar los pacientes adherentes y no adherentes perfiles clínicos, socioeconómicos y angiográficos. Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, cuantitativo y descriptivo. Llevado a cabo entre julio y octubre de 2015, en dos hospitales, una pública y otra privada. La población estuvo constituida por 130 pacientes que se sometieron a una angiografía coronaria de procedimiento. cuestionarios de recogida de datos se administraron mediante la técnica de entrevista para la caracterización de los perfiles clínicos, sociodemográficos, angiográfico (a través de los resultados de la angiografía coronaria). La prueba utilizada para medir la adherencia a la medicación era de Morisky-Verde de prueba. las tasas de adherencia de drogas fue del 26%, considerada baja. Entre las variables perfil clínico, socio demográfica y angiográfico solamente la hipertensión arterial fue más frecuente entre los pacientes adherentes.

Palabras clave: adherencia a la medicación. Enfermedad coronaria. El cumplimiento del paciente.

1 Pollyanna Dutra Sobral: Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Contato: pollyanna_dutra@outlook.com

2 Dinaldo Cavalcanti de Oliveira: Médico. Professor permanente da pós-graduação em saúde do adulto e idoso da UFPE (coordenador da disciplina de Elaboração e Análise de Estudos Epidemiológicos da pós-graduação de medicina clínica da UFPE), professor do programa de

pós-graduação em Inovação Terapêutica da UFPE. Doutorado em ciências da saúde pela Universidade de São Paulo. Contato: dinaldo@pesquisador.cnpq.br

3 Emmanuelle Tenório Godoi: Médica. Doutora em Cirurgia pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia-UFPE. Professora Adjunto III do Departamento de Medicina Clínica. Coordenadora da Disciplina de Iniciação ao Exame Clínico Contato: godoiemmanuelle@hotmail.com

4 Eduardo Tavares Gomes: Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação Associado em Enfermagem UPE/UFPB. Contato: edutgs@hotmail.com

5 Priscila de Oliveira Carvalho: Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva. Enfermeira do Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco. Contato: pri.oliveira.88@hotmail.com

6 Erley Raquel Aragão: Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

*Artigo original baseado na dissertação intitulada: “Adesão Medicamentosa na Doença Arterial Coronariana e Principais Razões para não Aderência dos Pacientes”.

Introdução:

A palavra adesão deriva do latim "adhaesione" sendo definida como a ação ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa ⁽¹⁾. Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas. A adesão à terapêutica tem sido hoje discutida e estudada por profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento, já que sem a adesão ao tratamento prescrito não há sucesso da terapia proposta.

A aderência medicamentosa está relacionada não somente ao ato de ingerir o medicamento prescrito, mas na forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por várias dimensões ⁽²⁾.

Estudos indicam que uma boa adesão a terapias cardíacas poderia ser associada a uma redução do risco de mortalidade em 35%, por qualquer causa, independentemente de maior repercussão clínica do paciente. Desta forma, a adesão medicamentosa é fator crucial para o prognóstico do paciente com doença arterial coronariana (DAC), reduzindo o risco de morte destes pacientes ⁽³⁾.

Os objetivos fundamentais do tratamento da DAC incluem: prevenir o infarto do miocárdio, reduzir a mortalidade e reduzir os sintomas e a ocorrência da isquemia miocárdica propiciando melhor qualidade de vida ⁽⁴⁾.

A DAC é um problema de saúde pública em todo mundo, mas são conhecidas terapias medicamentosas e não medicamentosas que tem contribuído de forma significativa para melhora do prognóstico dos pacientes. Entretanto, infelizmente a adesão ao tratamento parece não ser alta, o que pode estar relacionada às altas taxas de morbimortalidade desta doença.

Neste sentido o estudo da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial crônica representa um importante tópico, pois é necessário que os cardiologistas saibam se os remédios prescritos estão sendo tomados adequadamente porque isso tem impacto na sobrevida dos pacientes.

Objetivo

O objetivo primário deste estudo foi avaliar a prevalência da adesão medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica, enquanto o secundário comparar os perfis clínico, socioeconômico e angiográfico de paciente aderentes e não aderentes.

Método

Trata-se de um estudo observacional, transversal, prospectivo, quantitativo, descritivo e analítico, realizado de julho a outubro de 2015, em dois hospitais, sendo um público e outro privado. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos adiante foram incluídos 130 pacientes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com indicação clínica de cinecoronariografia; que estivessem em uso de terapia medicamentosa para doença arterial coronariana crônica e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão: pacientes que apresentavam impossibilidade de responder o questionário e participação em outro estudo clínico.

Foram aplicados os questionários de coleta de dados através da técnica de entrevista para a caracterização dos perfis clínico, sócio demográfico, angiográfico (através do resultado da cinecoronariografia) e de Morisky et al (1986)⁽⁵⁾, para avaliação da adesão medicamentosa. A coleta de dados foi feita antes de o participante realizar o procedimento de cinecoronariografia. As variáveis clínicas avaliadas foram: hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo e antecedentes familiares. As variáveis sócio demográficas foram: idade, sexo, procedência, escolaridade e renda. O perfil angiográfico do paciente foi avaliado quanto à extensão e gravidade da DAC.

Pacientes potencialmente candidatos ao registro eram avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Aqueles que preenchessem tais critérios eram abordados pelos pesquisadores que explicavam a pesquisa e os convidavam para participar da mesma. Para os pacientes que aceitavam era explicado o TCLE e solicitado assinatura do mesmo.

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados, as planilhas para armazenamento e análise foram elaboradas no programa Excel MS- Office Windows 8 e utilizado o software Stata versão 12.0. Foi realizada a análise estatística descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram expressas na forma de valor percentual enquanto que as variáveis numéricas, por terem distribuição normal, na curva de Gauss. Os dados foram processados e

apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo analisados de acordo com a literatura específica sobre o assunto e segundo os preceitos estatísticos apropriados.

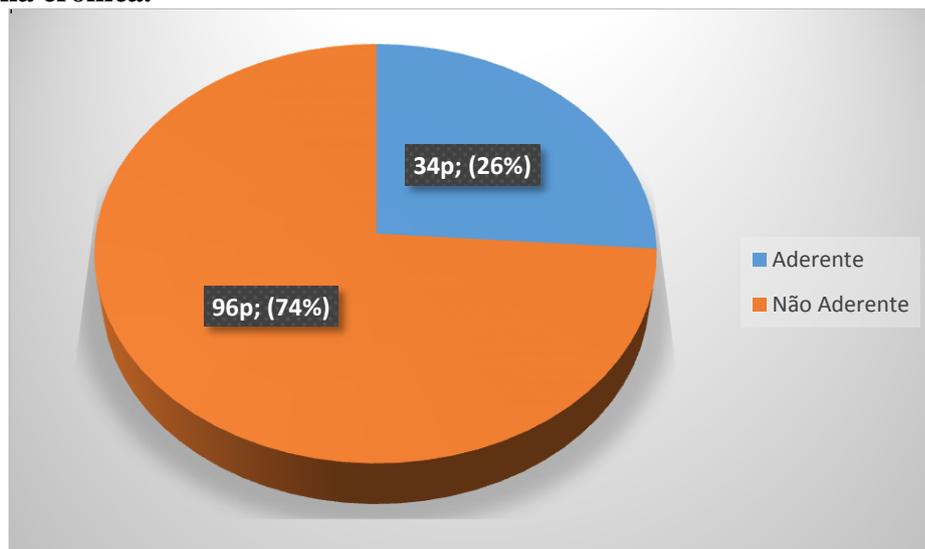
Resultados:

Participaram do estudo 130 pacientes, com média de idade de 60,8 anos, sendo um pouco menos da metade na faixa etária de 50 a 64 anos (48,5%), 74 (56,9%) do sexo masculino, e maioria eram casados (76,9%). Quanto a procedência, 66 (50,8%) residiam no interior ou fora do estado de Pernambuco, 37 (28,4%) eram procedentes do Recife e 26 (20,8%) da Região Metropolitana do Recife.

Em relação a renda, 81 (62,3%) tinham renda de um salário mínimo, e em relação a escolaridade, 75 (57,7%) tinham o ensino fundamental completo ou incompleto e 17 (13,1%) eram analfabetos.

Quanto ao perfil clínico dos pacientes, 86 (66,2%) dos pesquisados são sobrepesos ou obesos, e 93 (71,5%) têm a relação cintura/quadril aumentada. Quanto aos antecedentes de morbidades relacionadas a risco cardiovascular, 117 (90%) dos pacientes eram hipertensos, 43 (33,1%) diabéticos e 24 (18,5%) com dislipidemia. Em relação aos antecedentes familiares, a hipertensão e diabetes foram as morbidades com maior frequência.

Gráfico 1. Prevalência da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana crônica.



p: número de pacientes.

Tabela 1. Comparação dos perfis clínico e sócio demográficos entre os pacientes com doença arterial coronariana crônica aderentes e não-aderentes ao tratamento medicamentoso e submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.

Variáveis	Adesão medicamentosa		p
	Aderente (n=34)	Não-aderente (n=96)	
Faixa etária			
Menores de 49 anos	3 (8,8%)	14 (14,6%)	-----
De 50 a 64 anos	16 (47,1%)	47 (48,9%)	0,524
65 anos ou mais	15 (44,1%)	35 (36,5%)	0,454
Sexo			
Feminino	13 (38,2%)	43 (44,8%)	0,663
Masculino	21 (61,8%)	53 (55,2%)	
Procedência			
Recife e RMR	14 (41,2%)	50 (52,1%)	0,117
Interior/outros estados	20 (58,8%)	46 (47,9%)	
Estado civil			
Casado/ companheiro	Com 26 (76,4%)	74 (77,08%)	0,876
Solteiro/ companheiro	Sem 8 (23,6%)	22 (22,92%)	
Renda			
Mais de 1 salário	12 (35,3%)	37 (38,5%)	0,943
1 salário mínimo	22 (64,7%)	59 (61,5%)	
Escolaridade			
Ensino médio/superior	13 (38,2%)	25 (26,1%)	-----
Ensino fundamental	16 (47,1%)	59 (61,4%)	0,138
Analfabeto	5 (14,7%)	12 (12,5%)	0,726
Antecedentes pessoais			
HAS	32 (94,1%)	85 (88,5%)	0,004
DM	7 (20,6%)	36 (37,5%)	0,390
AVC	1 (2,9%)	7 (7,3%)	0,462
IAM	5 (14,7%)	17 (17,7%)	0,866
DCV	2 (5,9%)	6 (6,2%)	0,881
Dislipidemia	5 (14,7%)	19 (19,8%)	0,320

Hábitos

Tabagismo	4 (11,8%)	6 (6,2%)	0,639
Etilismo	6 (17,7%)	6 (6,2%)	0,124

Tabela 2. Análise comparativa da extensão da doença arterial coronariana crônica entre os pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso e submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.

Adesão medicamentosa	Extensão da lesão coronariana						
	Sem ateromatose	Uniarterial	p	Biarterial	p	Triarterial	
	(n = 40)	(n = 27)		(n = 25)		(n = 38)	
Aderente	12 (30,0%)	5 (18,5%)	0,289	6 (24,0%)	0,598	11 (29,0%)	0,919
Não-aderente	28 (70,0%)	22 (81,5%)		19 (76,0%)		27 (71,0%)	

* p = teste de qui-quadrado

Tabela 3. Análise comparativa da gravidade da doença arterial coronariana crônica entre os pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso e submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.

Adesão medicamentosa	Gravidade da lesão coronariana						
	Sem lesão	Leve	p	Moderada	p	Grave	
	(n = 40)	(n = 10)		(n = 10)		(n = 70)	
Aderente	12 (30,0%)	1 (10,0%)	0,197	2 (20,0%)	0,532	19 (27,1%)	0,748
Não-aderente	28 (70,0%)	9 (90,0%)		8 (80,0%)		51 (72,9%)	

Discussão:

Segundo a classificação de adesão medicamentosa pelo escore de Morisky e Green (gráfico 1), 34 (26%) dos pacientes eram aderentes, enquanto que 96 (74%) não eram aderentes ao tratamento farmacológico. Os resultados encontrados no estudo foram abaixo da literatura que estima uma taxa de 50% de aderência para os doentes crônicos⁽⁶⁾, porém semelhantes a outros estudos com hipertensos^(7,8) que encontraram uma taxa de 30 a 40% de adesão medicamentosa.

A doença cardíaca coronária é a principal causa de morte tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, representando cerca de um terço de todas as mortes em todo o mundo. A terapia medicamentosa com aspirina, hipotensores e

hipolipemiantes é eficaz na prevenção de eventos cardiovasculares, com um valor de redução de risco estimado em 80%, com adesão total ao tratamento ⁽³⁾. Assim, destaca-se a importância da adesão medicamentosa como fator protetor de eventos cardiovasculares, reduzindo a progressão da doença e melhorando a qualidade de vida do paciente coronariano.

É importante o trabalho da equipe multidisciplinar tendo em vista a melhora da adesão medicamentosa, com intervenções educativas que abordem a doença, fisiopatologia e a importância do tratamento, pois o paciente quando torna-se conhecedor de sua doença tende a aderir mais o tratamento prescrito. ⁽⁹⁾

Analisando a comparação dos perfis clínico e sócio demográficos entre os pacientes aderentes e não-aderentes (tabela 1), somente a hipertensão obteve associação significativa com o grupo aderente ($p=0,004$). Este resultado vai de encontro a estudos semelhantes ^(7,10) que avaliando a adesão medicamentosa de pacientes hipertensos, encontraram uma taxa de adesão em torno de 40%. Segundo a OMS a hipertensão contribui em cerca de metade de todas as doenças cardiovasculares, sendo o principal fator para doenças isquêmicas do coração ⁽⁶⁾. As outras variáveis estudadas não apresentaram associação significativa ($p > 0,05$).

No tocante à associação da adesão medicamentosa e à extensão da doença arterial coronariana (tabela 2), não houve diferença estatisticamente significativa que indicasse que o grupo não aderente tivesse relação direta ao número de lesões, sendo próxima a distribuição entre os grupos. Este resultado pode ser justificado pelo tamanho da amostra.

A formação da aterosclerose é de origem multifatorial, que ocorre em resposta à agressão endotelial, principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibres ⁽⁹⁾. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devida a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo, além de fatores genéticos que estão associados a doenças cardiovasculares. Desta forma, a adesão medicamentosa pode não ter associação significativa devido ao somatório de outros fatores específicos de cada paciente, que influenciam na formação da placa aterosclerótica. Além disso, a formação da placa é um evento lento e progressivo, necessitando de estudos longitudinais para que essa associação seja melhor estudada e estabelecida.

Quando analisada a associação da gravidade da lesão coronariana com adesão (tabela 3), apesar de não se observar associação significante, houve uma maior frequência de lesão moderada ou grave no grupo não aderente. Este resultado pode estar relacionado ao erro beta, pois quando realizado uma simulação com o dobro do número da amostra e mantido a proporção dos valores descritos, foi encontrada significância para a associação, corroborando

com a hipótese de que a adesão medicamentosa é um fator protetor para as lesões moderada e grave.

O prognóstico da doença arterial coronariana depende da adesão à terapêutica estabelecida. Estima-se uma redução de 15% de eventos cardiovasculares com o uso contínuo de hipolipemiantes e anti-hipertensivos. Quando combinados com aspirina essa redução aumenta para 80% ⁽³⁾.

Desta forma, a adesão medicamentosa torna-se de extrema importância para a redução da morbimortalidade do paciente coronariano, sendo necessário a realização de um estudo com uma amostra maior para a confirmação da hipótese estabelecida.

Conclusões:

A taxa de adesão medicamentosa encontrada foi de 26%, considerada baixa. Dentre as variáveis de perfis clínico, sócio demográfico e angiográfico apenas a hipertensão foi mais prevalente nos pacientes aderentes.

Apesar da associação da adesão medicamentosa com a gravidade da lesão coronariana não ter sido estatisticamente significante, houve uma maior frequência de lesão moderada ou grave no grupo não aderente.

O desafio de melhorar a adesão medicamentosa dos pacientes coronarianos permanece, porque sem adesão à terapêutica prescrita, não há retardo na progressão da doença, redução de eventos cardiovasculares e melhora da qualidade de vida do paciente. Portanto é necessário o desenvolvimento de mais estudos que abordem esta questão e intervenções educativas através de uma visão holística mais efetiva, trazendo maiores benefícios para a os pacientes coronarianos.

Agradecimentos

Ao Serviço de Hemodinâmica do Hospital Ilha do Leite e Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio a pesquisa.

Referências

1. Dias; A. M., Cunha. M, Santos, A. M. M et al; Milenium. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão de literatura. 2011. [Internet]. (40) 201-219. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>. Acesso em: 25/03/2013.
2. Bezerra; A. S. M.; Lopes; J. L.; Barros; A. L. B. L. Adesão de Pacientes Hipertensos ao Tratamento Medicamentoso. Rev Bra Enf. 2014. [Internet]. 2014 jul-ago;67(4):550-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>. Acesso em: 20/04/2015.
3. Naderi; S. H. et al. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients, 2012. [Internet]. Am J Med. 2012 Sep;125(9):882-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748400>. Acesso em: 27/01/2016.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; [Internet]. 103(2Supl.2): 1-59. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Doenca%20Coronaria%20Estavel.pdf>. Acesso em: 02/06/2015.
5. Morisky; D.E, Green; L.W.; Levine; D.M.; Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. [Internet]. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764638?uid=2&uid=4&sid=21106537489873> Acesso em: 18/04/2015.
6. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003. [Internet]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. Acesso em: 21/04/2015.
7. Lunelli; R. P., Portal V. L., Esmério; F. G., Morais; M. A., Souza; E. M. et al; Adesão Medicamentosa e Não – medicamentosa de Pacientes com Doença Arterial Coronariana. Acta Paul Enf. 2009. 22 (4) 367-73. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>. Acesso em: 25/09/12.
8. Oliveira; D. C. Santos MVR, Gomes VR, Sarinho FW e Novaes M. Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. Rev Bras Clin Med. São

Paulo, 2013 jul-set;11(3):219-22. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3766.pdf>. Acesso em: 19/02/2016.

9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Xavier H. T., Izar M. C., Faria Neto J. R., Assad M. H., Rocha V. Z., Sposito A. C., SBC. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013. V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2013. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n4s1/v101n4s1.pdf>. Acesso em: 02/06/2015.

10. Reis; L. A.; Ventura; A. M. Fatores Associados ao Uso errado de Medicamentos em Idosos. InterScintia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):717-724, mai-jun, 2003. [Internet]. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>. Acesso em: 08/02/2015.

4.2 ARTIGO ORIGINAL 2

FATORES RELACIONADOS A NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA DO PACIENTE
COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA CRÔNICA

FACTORS RELATED TO NON-MEDICATION ADHERENCE OF PATIENTS WITH
CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICO DE
LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA CRÓNICA

**Pollyanna Dutra Sobral¹, Dinaldo Cavalcanti de Oliveira², Emmanuelle Tenório Godoi³,
Eduardo Gomes⁴, Priscila de Oliveira Carvalho⁵, Norma Maria Tenório Brito⁶**

Resumo: A pesquisa tem como objetivo avaliar a prevalência de adesão medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana e identificar os principais fatores que impedem uma boa adesão. É um estudo observacional, transversal, prospectivo, quantitativo e descritivo. Realizado de julho a outubro de 2015, em dois hospitais, sendo um público e outro privado. A população foi composta por 130 pacientes, submetidos ao procedimento de cinecoronariografia no período de julho a outubro de 2015. O teste utilizado para mensuração da adesão medicamentosa foi o Teste de Morisky-Green. Como resultado, somente 34 (26,1%) dos pacientes tinham boa adesão, 83 (63,8%) dos pacientes tiveram dificuldade em identificar o medicamento tomado, desses, 36 (43%) relataram não saber o nome da medicação de que fazem uso contínuo. 57 (43,8%) pacientes referiram ter alguma dificuldade na adesão medicamentosa, sendo o esquecimento a principal dificuldade relatada. Os pacientes com doença arterial coronariana crônica apresentam baixa adesão ao regime farmacológico.

Descritores: Adesão à Medicação. Doença das Coronárias. Cooperação do Paciente.

Abstract: The research aims to evaluate the prevalence of medication adherence of patients with coronary artery disease and identify the main factors that prevent good adherence. It is an observational, cross-sectional, prospective, quantitative and descriptive. Conducted from July to October 2015, in two hospitals, one public and one private. The population consisted of

130 patients who underwent coronary angiography procedure to the period from July to October 2015. The test used to measure medication adherence was Morisky -Green Test. As a result, only 34 (26.1%) patients had good compliance, 83 (63.8%) of patients had difficulty identifying the medication taken, of which 36 (43%) reported not knowing the name of the medication that They make continuous use. 57 (43.8%) patients reported having some difficulty in medication adherence, and forgetting the main difficulty reported. Patients with chronic coronary artery disease have low adherence to drug regimen.

Keywords: Medication Adherence. Coronary Disease. Patient Compliance.

Resumen: La investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de la adherencia a la medicación de los pacientes con enfermedad arterial coronaria e identificar los principales factores que impiden una buena adherencia. Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, cuantitativo y descriptivo. Llevado a cabo entre julio y octubre de 2015, en dos hospitales, una pública y otra privada. La población estuvo constituida por 130 pacientes que fueron sometidos a angiografía coronaria procedimiento para el periodo de julio a octubre de 2015. La prueba utilizada para medir la adherencia a la medicación fue de Morisky-Verde de prueba. Como resultado, sólo 34 (26,1%) pacientes tuvieron un buen cumplimiento, 83 (63,8%) de los pacientes tenían dificultades para identificar la medicación tomada, de los cuales 36 (43%) informaron no conocer el nombre del medicamento que hacen uso continuo. 57 (43,8%) pacientes informaron tener alguna dificultad en la adherencia a la medicación, y olvidando la principal dificultad informado. Los pacientes con enfermedad arterial coronaria crónica tienen una baja adherencia al régimen terapéutico.

Palabras clave: adherencia a la medicación. Enfermedad coronaria. El cumplimiento del paciente.

Pollyanna Dutra Sobral: Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Contato: pollyanna_dutra@outlook.com

Dinaldo Cavalcanti de Oliveira: Médico. Professor permanente da pós-graduação em saúde do adulto e idoso da UFPE (coordenador da disciplina de Elaboração e Análise de Estudos Epidemiológicos da pós-graduação de medicina clínica da UFPE), professor do programa de

pós-graduação em Inovação Terapêutica da UFPE. Doutorado em ciências da saúde pela Universidade de São Paulo. Contato: dinaldo@pesquisador.cnpq.br

Emmanuelle Tenório Godoi: Médica. Doutora em Cirurgia pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia-UFPE. Professora Adjunto III do Departamento de Medicina Clínica. Coordenadora da Disciplina de Iniciação ao Exame Clínico Contato: godoiemmanuelle@hotmail.com

Eduardo Tavares Gomes: Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação Associado em Enfermagem UPE/UFPB. Contato: edutgs@hotmail.com

Priscila de Oliveira Carvalho: Enfermeira. Especialista em Terapia intensiva. Enfermeira do Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco. Contato: pri.oliveira.88@hotmail.com

Norma Maria Tenório: Médica. Especialista em Radiologia. Contato: nbtrec@yahoo.com.br

*Artigo original baseado na dissertação intitulada “Adesão Medicamentosa na Doença Arterial Coronariana e Principais Razões para não Aderência dos Pacientes”.

Introdução

Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto ⁽¹⁾. A não aderência é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde ⁽²⁾.

Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico ⁽³⁾. Sendo assim, a busca dos fatores que interferem na aderência medicamentosa e das ações que influenciam positivamente à mesma são mandatórias, pois é através dela que a equipe de saúde pode promover o tratamento adequado e uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Avaliar a adesão não é uma tarefa fácil em função da complexidade dos aspectos envolvidos e da inexistência de metodologia padronizada ideal. Existem os métodos diretos e indiretos de mensuração da adesão. Os métodos diretos compreendem a mensuração sérica do fármaco, são invasivos e de alto custo. E os métodos indiretos como os questionários são simples e de baixo custo, podendo ser utilizados em larga escala, sendo úteis para a prática clínica ⁽⁴⁾.

Um dos questionários mais utilizados na avaliação da adesão medicamentosa para doenças crônicas é o Teste de Morisky e Green (TMG). As propriedades do TMG são designadas para facilitar a identificação e avaliação dos problemas e barreiras para uma adesão adequada. O teste pode ser utilizado inicialmente como uma ferramenta de diagnóstico para avaliar os níveis de cumprimento da prescrição por parte dos pacientes e seus comportamentos de adesão. Uma característica importante do Teste de Morisky e Green é a identificação de problemas relacionados com atitudes e comportamentos e a consequente utilização de medidas adequadas para resolvê-los ⁽⁵⁾.

No Brasil, a doença arterial coronariana (DAC) é responsável por uma taxa de mortalidade de 30% ao ano, correspondendo cerca de 60.000 óbitos ⁽⁶⁾. E sem adesão à terapêutica recomendada, não há sucesso da terapia proposta, aumentando a progressão da doença e eventos cardiovasculares. Assim, devemos nos esforçar para conhecer a prevalência de adesão dos pacientes, identificar os fatores que dificultam a adesão medicamentosa do paciente coronariano e buscar meios para melhorá-la, tendo em vista que o efeito da prevenção secundária só se realiza com a terapia medicamentosa continuada indefinidamente.

Objetivos

Os objetivos deste estudo foram: avaliar a prevalência de adesão medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana e identificar os principais fatores que impedem uma boa adesão.

Método

Trata-se de um estudo observacional, transversal, prospectivo, quantitativo e descritivo. Realizado de julho a outubro de 2015, em dois hospitais, sendo um público e outro privado. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos adiante foram incluídos 130 pacientes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com indicação clínica de cinecoronariografia; que estivessem em uso de terapia medicamentosa para doença arterial coronariana crônica e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão: pacientes que apresentavam impossibilidade de responder o questionário e participação em outro estudo clínico.

Aplicamos o instrumento de coleta de dados através da técnica de entrevista para a caracterização do perfil clínico de autoria da pesquisadora e o instrumento desenvolvido por Morisky et al (1986) ⁽⁷⁾, para avaliação da adesão medicamentosa. A coleta de dados foi feita antes de o participante realizar o procedimento de cinecoronariografia. As variáveis clínicas foram: hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo e antecedentes familiares.

Foram abordadas questões sobre as dificuldades encontradas pelo paciente na aderência ao tratamento farmacológico com bases nos achados frequentes em outros estudos para caracterizar a amostra da pesquisa quanto a esse aspecto.

Pacientes potencialmente candidatos ao registro eram avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Aqueles que preenchessem tais critérios eram abordados pelos pesquisadores que explicavam a pesquisa e os convidavam para participar da mesma. Para os pacientes que aceitavam era explicado o TCLE e solicitado assinatura do mesmo.

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados, as planilhas para armazenamento e análise foram elaboradas no programa Excel MS- Office Windows 8 e utilizado o software Stata versão 12.0. Foi realizada a análise estatística descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram expressas na forma de valor percentual enquanto que as variáveis

numéricas, por terem distribuição normal, na curva de Gauss. Os dados foram processados e apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo analisados de acordo com a literatura específica sobre o assunto e segundo os preceitos estatísticos apropriados.

Resultados:

Tabela 1. Prevalência da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana crônica submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.

Variáveis	Número (%)
Adesão medicamentosa	
Aderente	34 (26%)
Não-aderente	96 (74%)

Tabela 2. Perfil sócio demográfico dos pacientes com doença arterial coronariana crônica submetidos a cinecoronariografia no serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital Ilha do Leite em Recife, de julho a outubro de 2015.

Características sócio demográficas	Estatísticas
Idade^a	60,8 ± 10,3 anos
Faixa etária	
Menores de 49 anos	17 (13,0%)
De 50 a 64 anos	63 (48,5%)
65 anos ou mais	50 (38,5%)
Sexo	
Feminino	56 (43,1%)
Masculino	74 (56,9%)
Estado civil	
Casado	100 (76,9%)
Solteiro	12 (9,3%)
Divorciado/viúvo	18 (13,8%)
Procedência	
Recife	37 (28,4%)
RMR	27 (20,8%)

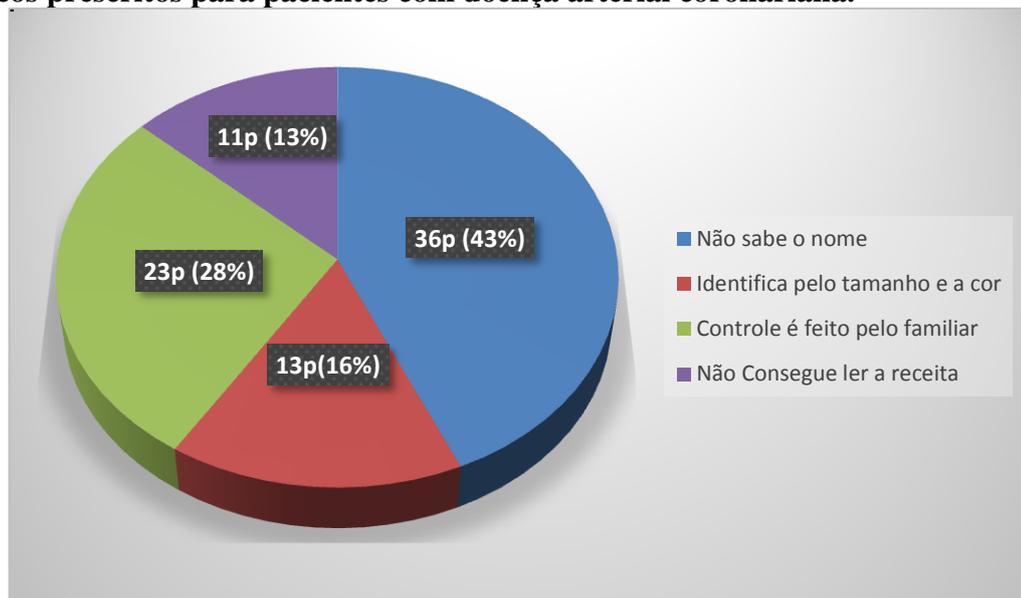
Interior/outros estados	66 (50,8%)
Renda	
1 salário mínimo	81 (62,3%)
Mais de 1 e menos de 3	38 (29,2%)
3 salários mínimos ou mais	11 (8,5%)
Escolaridade^b	
Analfabeto	17 (13,1%)
Ensino fundamental	75 (57,7%)
Ensino médio	26 (20,0%)
Ensino superior	12 (9,2%)
^a Média ± desvio padrão	^b Completo ou incompleto

Tabela 3. Perfil clínico dos pacientes com doença arterial coronariana crônica.

Características clínicas	Estatísticas
IMC^a	27,7 ± 4,4 kg/m ²
Classificação IMC	
Normal	44 (33,8%)
Sobrepeso	53 (40,8%)
Obeso	33 (25,4%)
Relação Cintura/quadril	
Normal	37 (28,5%)
Aumentada	93 (71,5%)
Procedimento	
Angioplastia	9 (6,9%)
Cateterismo	121 (93,1%)
Antecedentes pessoais	
HAS	117 (90,0%)
DM	43 (33,1%)
AVC	8 (6,2%)
IAM	22 (16,9%)
DCV	8 (6,2%)
Dislipidemia	24 (18,5%)
Antecedentes Familiares	
HAS	35 (26,9%)
DM	16 (12,3%)
IAM	9 (6,9%)

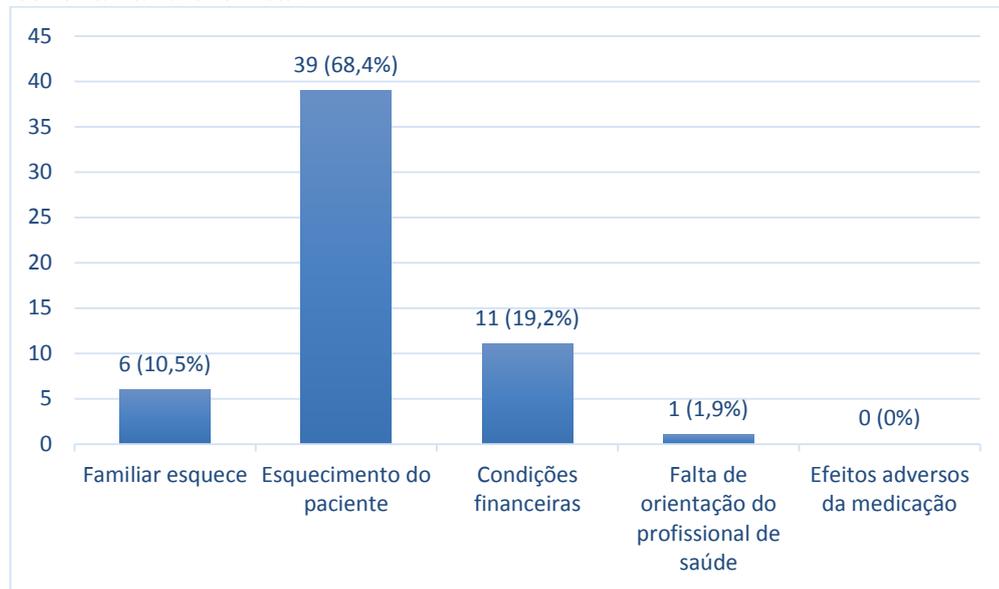
AVC	4 (3,1%)
DCV	5 (3,8%)
Medicações em uso	
AAS	73 (56,1%)
Nitratos	35 (26,9%)
Antagonista dos canais de cálcio	44 (33,8%)
Beta-Bloqueador	60 (46,1%)
Clopidogrel/Ticagrelor	16 (12,3%)
Estatina	58 (44,6%)
IECA/BRA	55 (42,3%)
Hipolipemiantes	32 (24,6%)
Outras	75 (57,7%)
Prática de atividade física	
Não	93 (71,5%)
Sim	37 (28,5%)
Hábitos	
Tabagismo	10 (7,7%)
Etilismo	12 (9,2%)

Gráfico 1. Adesão medicamentosa: Principais dificuldades relatadas na identificação dos fármacos prescritos para pacientes com doença arterial coronariana.



p: número de pacientes.

Gráfico 2. Principais razões para não adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana crônica.



Discussão:

De acordo com a classificação de Morisky-Green (tabela 1), foram aderentes a terapia medicamentosa 34 (26%) dos pacientes, enquanto que 96 (74%) não aderentes. Os resultados foram abaixo dos encontrados na literatura que estima uma taxa de 30 a 50% de aderência para os doentes com enfermidades crônicas^(3,5).

São vários os fatores que influenciam na adesão medicamentosa do paciente, relacionados: 1) ao paciente, como idade, sexo, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde; 2) à doença, como a cronicidade e efeitos deletérios em longo prazo; 3) ao tratamento medicamentoso, como os efeitos indesejáveis das drogas e posologia complexa; 4) aos aspectos institucionais; e 5) aqueles relacionados à relação paciente-membros da equipe de saúde⁽¹⁾.

Neste estudo, encontramos como maiores entraves à adesão medicamentosa a idade da população de característica idosa, que propicia alterações na memória e cognição; e o perfil socioeconômico composto por baixa renda e escolaridade, que dificulta o entendimento das recomendações médicas e aquisição dos medicamentos prescritos.

Participaram do estudo 130 pacientes (tabela 2), com média de idade de 60,8 anos, sendo um pouco menos da metade na faixa etária de 50 a 64 anos (48,5%), 74 (56,9%) do sexo masculino, e maioria eram casados (76,9%).

O maior índice de indivíduos nesta faixa etária está relacionado com o fato de que com o passar dos anos, o sistema cardiovascular sofre uma série de alterações como a arteriosclerose ⁽⁸⁾, que está diretamente relacionada com a doença arterial coronariana, além disso, as populações em idades mais avançadas apresentam três ou mais fatores de risco associados, além da alta incidência de comorbidades ⁽⁹⁾.

Quanto à predominância do sexo masculino, foram encontrados resultados semelhantes analisando também o perfil de pacientes coronarianos atendidos em um hospital geral no Paraná e Rio Grande do Sul ^(10, 11), respectivamente. Os hormônios femininos naturais protegem as mulheres quanto ao desenvolvimento de DAC enquanto estão em idade fértil ^(9, 12). Por este e outros motivos ainda não esclarecidos, as mulheres desenvolvem menos DAC, conseqüentemente são menos encaminhadas para angiografia que os homens.

Apesar de pesquisas atuais ⁽⁹⁾ terem identificado um aumento da incidência de problemas cardíacos em mulheres, em virtude da mudança do estilo de suas vidas e da maior susceptibilidade aos fatores de risco, como por exemplo: o fumo e a maior exposição ao estresse, não foi encontrado este resultado no presente estudo.

Quanto à procedência, 66 (50,8%) residiam no interior ou fora do estado de Pernambuco, 37 (28,4%) eram procedentes do Recife e 26 (20,8%) da Região Metropolitana do Recife. Esse resultado reflete a característica dos hospitais selecionados para a pesquisa que atendem aos pacientes encaminhados de todo estado.

Em relação à renda, 81 (62,3%) tinham renda de um salário mínimo, e em relação à escolaridade, 75 (57,7%) tinham o ensino fundamental completo ou incompleto e 17 (13,1%) eram analfabetos (tabela 1). Os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência e maior número em populações com menor poder econômico e cultural ⁽¹³⁾. Mesmo em países desenvolvidos estas associações são relatadas. Outros estudos também encontraram resultados semelhantes ⁽¹⁴⁾. Dados de um estudo americano demonstraram que presença de dois ou mais fatores de risco são mais frequentes entre aqueles com baixa escolaridade 53% em comparação com aqueles com curso superior 26% ⁽¹⁵⁾.

Quanto ao perfil clínico dos pacientes (tabela 3), 86 (66,2%) dos pesquisados são sobrepesos ou obesos, e 93 (71,5%) têm a relação cintura/quadril aumentada. Não houve diferença da distribuição desses pacientes em relação ao sexo. Taxas semelhantes foram encontradas em outros estudos ^(16,17). Os indivíduos com excesso de peso, principalmente com obesidade abdominal, estão mais expostos a fatores de risco cardiovasculares com maior risco de morbidade e mortalidade que os pacientes que não apresentam essas alterações ⁽¹⁷⁾.

Quanto aos antecedentes de morbidades relacionadas a risco cardiovascular, 117 (90%) dos pacientes eram hipertensos, 43 (33,1%) diabéticos e 24 (18,5%) com dislipidemia. Vários estudos encontraram resultados semelhantes ^(10,14-15) com uma taxa em torno de 60 a 80% para hipertensão. De acordo com a OMS a hipertensão contribui em cerca de metade de todas as doenças cardiovasculares, sendo o principal fator para doenças isquêmicas do coração, juntamente com o DM ⁽³⁾. Portanto, é importante enfatizar com o doente coronariano a importância da adesão medicamentosa para o controle da pressão arterial, controle da glicemia e adoção do estilo de vida saudável para a redução do risco de eventos coronarianos.

Em relação aos antecedentes familiares, a hipertensão e diabetes foram as morbidades com maior frequência. A história familiar, em especial em parentes de 1º grau, de morte súbita e infarto prematuro, diabetes, HAS e dislipidemia indicam um risco aumentado de doença coronariana, pois além da predisposição genética os antecedentes familiares estão relacionados a hábitos inadequados no estilo de vida familiar ⁽¹⁸⁾, sendo assim, a equipe de saúde deve estar atenta para a presença desses fatores de risco, orientando o paciente coronariano em relação à importância da adesão medicamentosa e adoção de medidas saudáveis no estilo de vida.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia ⁽⁸⁾ quanto à terapêutica medicamentosa para a DAC, é recomendado a utilização de antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes, em especial as estatinas, bloqueadores beta-adrenérgicos após IAM e Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I (iECA) que reduzem a incidência de infarto e aumentam a sobrevida, enquanto os nitratos e antagonistas dos canais de cálcio e reduzem os sintomas e os episódios de isquemia miocárdica, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Em nosso estudo, apesar de não identificarmos uma padronização na terapia medicamentosa utilizada pelos pacientes tendo em vista que eram acompanhados por profissionais diferentes e estavam em estágios diferentes da doença arterial coronariana, 89,3% dos pacientes fazem uso a mais de uma medicação, sendo AAS, os beta-bloqueadores, a estatina e a IECA/BRA os grupos de medicações mais frequentes (tabela 3).

Quanto à prática de exercícios físicos, somente 37 (28,5%) dos pacientes foram considerados praticantes, taxa considerada baixa, tendo em vista que o sedentarismo constitui fator de risco cardiovascular, aumentando o risco de hipertensão e obesidade, contribuindo para a formação da placa ateromatosa e progressão da DAC ⁽¹⁸⁾.

Apenas 10 (7,7%) pacientes eram tabagistas e 12 (9,2%) faziam uso de álcool. Os fumantes possuem uma chance 70% maior de desenvolver aterosclerose coronariana em comparação a não fumantes ⁽¹⁸⁾, essa baixa taxa de tabagismo encontrado pode estar

relacionada as campanhas anti-fumo que foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, influenciando positivamente a população na escolha de hábitos saudáveis.

Analisando as principais dificuldades relatadas na identificação dos fármacos prescritos (gráfico 1), observamos que 83 (63,8%) dos pacientes tiveram dificuldade em identificar o medicamento tomado, desses, 36 (43%) relataram não saber o nome da medicação de que fazem uso contínuo, 23 (28%) relataram que o controle é feito pelo familiar, 13 (16%) identifica o medicamento pelo tamanho e pela cor e 11 (13%) não conseguem ler a receita prescrita. Este estudo está em consonância com Gama et al ⁽¹⁹⁾ que encontrou uma taxa de 80% de pacientes que não sabiam identificar os medicamentos utilizados.

A alta taxa de não identificação das medicações de uso contínuo é um fator alarmante, pois pressupõe que o indivíduo não conhece o fármaco que utiliza, sua ação e seus efeitos adversos, sendo de consenso para a comunidade científica que o paciente que é conhecedor de sua doença tem maiores chances de aderir a terapêutica prescrita e ter uma melhor qualidade de vida.

Em seu estudo sobre a utilização de medicamentos de forma errônea em idosos, que por sua vez é a nossa população em estudo, Reis e Ventura ⁽²⁰⁾ encontraram resultados semelhantes, onde a maioria dos idosos relatou a dificuldade para ler e o esquecimento como os maiores entraves para a aderência medicamentosa. Isso reflete também as alterações como falta de memória, cognição deficiente, dificuldades encontradas na população em questão. Essas alterações muitas vezes geram dependência do idoso, e isso justifica que 28% dos pacientes tinham o controle da medicação feita pelo familiar. A família muitas vezes assume o papel de cuidadora do paciente, devendo ser orientada a respeito da doença, da importância da adesão e do medicamento utilizado.

É importante salientar que 57,7% dos pacientes tinham ensino fundamental e 13,1% eram analfabetos. A baixa escolaridade encontrada pode ser um fator relevante tendo em vista que 16% dos pacientes identificavam o medicamento pelo tamanho e pela cor e 13% não conseguiam ler a receita médica. A baixa escolaridade associou-se também com a dificuldade em compreender as recomendações dos profissionais de saúde e a importância do uso contínuo dos medicamentos ⁽²¹⁾.

Portanto, faz-se necessária uma abordagem adequada dos profissionais de saúde no sentido de atentar para as questões sociais e econômicas que permeiam o indivíduo, implementando cuidados como: receitas com letras maiores e legíveis, desenhos e outras medidas que realmente contribuam para o autocuidado e adesão ao regime terapêutico.

Dos 96 pacientes não aderentes, 57 (44%) referiram ter alguma dificuldade na adesão medicamentosa. Desses, 39 (68,4%) citaram o esquecimento como o maior motivo para a não aderência a terapia farmacológica, 11 (19,2%) citaram as condições financeiras, 6 (10,5%) o esquecimento do familiar e apenas 1 (1,9%) relatou a falta de orientação do profissional de saúde (gráfico 3).

A principal causa relatada para a não adesão ao regime terapêutico foi o esquecimento, também encontrada em outros estudos ⁽²⁰⁻²²⁾. Este fator contribui com o descumprimento do regime terapêutico e é causado pelas alterações cognitivas esperadas pelo envelhecimento, sendo um desafio para a equipe de saúde lidar com este fato, tendo como alternativa a realização de atividades que visam auxiliar na adesão medicamentosa como: a utilização de fitas coloridas, depósitos para o armazenamento das doses diárias, alarmes e a disposição do medicamento em locais mais visíveis, para promover a adesão medicamentosa e minimizar os riscos de erro.

Apesar de encontrarmos uma taxa baixa de esquecimento do familiar, ele muitas vezes encontra-se como elemento chave na assistência ao paciente coronariano, necessitando de apoio e orientação da equipe de saúde. O mesmo se refere a falta de orientação do profissional de saúde, com 1,9%, que comparado aos outros estudos 11,8% ⁽¹⁹⁾ é bem reduzida, revelando uma preocupação dos profissionais de saúde com a adesão terapêutica e qualidade de vida do paciente.

No Brasil, apesar dos avanços com a política de dispensação gratuita dos medicamentos, infelizmente não há o atendimento às necessidades da população e estima-se que 64,5 milhões de pessoas com doenças crônicas não possuem condições financeiras que favoreçam a compra de fármacos ⁽²³⁾. Além disso, 62,3% da população estudada tinham renda de um salário mínimo, justificando o fato de 19,2% dos pacientes referiram dificuldades em adquirir o medicamento prescrito por falta de condições financeiras.

Conclusões

A taxa de adesão medicamentosa encontrada foi de 26%, considerada baixa. A maioria dos pacientes que relataram dificuldades em identificar os fármacos prescritos não sabia o nome do medicamento que faziam uso contínuo e das principais razões para a não adesão medicamentosa, o esquecimento foi o maior motivo apontado, podendo refletir as alterações cognitivas e de memória esperadas pela idade juntamente com a falta de entendimento da importância e dos benefícios da utilização da terapia medicamentosa.

O desafio de melhorar a adesão medicamentosa dos pacientes coronarianos permanece, pois sem adesão à terapêutica prescrita não há retardo na progressão da doença, redução de eventos cardiovasculares e melhora da qualidade de vida do paciente. Faz-se necessário a adoção de estratégias para minimizar os fatores que dificultam a adesão, como: inclusão do familiar no cuidado com o paciente coronariano, a utilização de letras maiores e legíveis na prescrição médica, fitas coloridas, recipientes próprios para o armazenamento dos medicamentos, alarmes, contato telefônico para estimular a adesão e por fim uma orientação profissional adequada ao nível socioeconômico e de entendimento de cada indivíduo, através de uma abordagem multidisciplinar e mais efetiva, trazendo maiores benefícios para a os pacientes coronarianos.

Agradecimentos

Ao Serviço de Hemodinâmica do Hospital Ilha do Leite e Hospital das Clinicas/Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio a pesquisa.

Referências

1. Dias; A. M., Cunha. M, Santos, A. M. M et al; Milenium. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão de literatura. 2011. [Internet]. (40) 201-219. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>. Acesso em: 25/03/2013.
2. Ben; A. J.; Neumann; C. R.; Mengue; S. S.; Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar a adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública 2012;46(2):279-89 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>. Acesso em: 20/04/2015.
3. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003. [Internet]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. Acesso em: 21/04/2015.

4. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB e col; Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Revisão de Literatura. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):55-61 2013. [Internet]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>. Acesso em: 20/04/2015.
5. Raymundo; A. C.; Pierin; A. M. G. Adesão ao Tratamento de Hipertensos em um Programa de Gestão de Doenças Crônicas: estudo longitudinal e retrospectivo. 2014. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(5):811-9. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf. Acesso em: 21/04/2015.
6. Andrade; J. P. Matos; L. A. P; Carvalho; A. C. et al; Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral nas Doenças Cardiovasculares. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 100, Nº 3, março 2013. [Internet]. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10003/pdf/interativa-10003.pdf>, Acesso em: 02/06/2015.
7. Morisky; D.E, Green; L.W.; Levine; D.M.; Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. [Internet]. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764638?uid=2&uid=4&sid=21106537489873> Acesso em: 18/04/2015.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; [Internet]. 103(2Supl.2): 1-59. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Doenca%20Coronaria%20Estavel.pdf>. Acesso em: 02/06/2015.
9. Leão, A. M. O. S; Vilagra, M. M; Perfil dos Pacientes Submetidos à Intervenção Coronariana Percutânea no Serviço de Hemodinâmica do Hospital Universitário Sul Fluminense, Vassouras – RJ. Revista de Saúde, Vassouras, v. 3, n. 1, p. 27-32, jan./jun., 2012. [Internet]. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RS/article/view/141/101>. Acesso em: 08/02/2015.
10. Sousa; S. M., Bernardino; E, Vivelli, R. M.M. et al; Perfil de Pacientes Submetidos ao Cateterismo Cardíaco: Subsídio para Prevenção de Fatores de Risco Cardiovascular. Cogitare Enferm. 2014 Abr/Jun; 19(2):304-8. [Internet]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/36984>. Acesso em: 08/02/2015.

11. Kuhn; O. T., Bueno; J. F. D.; Loro; M. M. et al; Perfil de Pacientes Submetidos a um Cateterismo Cardíaco e Angioplastia em um Hospital Geral. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí editora Unijuí v. 15 n. 29 jul. /dez. 2015 p. 4-14. [Internet]. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/4143/4736>. Acesso em: 06/02/2015.
12. Lopes, M. A. C.Q; Barros; M. A. V.; Oliveira; I. R. et al; Comparação do Perfil Epidemiológico, Clínico e dos Resultados das Intervenções Coronárias Percutâneas entre os Gêneros Masculino e Feminino, na População Brasileira: Dados do Registro CENIC. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2008;16(4):463-473. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbci/v16n4/v16n4a17.pdf>. Acesso em: 06/02/2015.
13. Polasczyk; C. A. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Nº 3, março 2005*. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>. Acesso em: 08/02/2015.
14. Araújo; D. F., Araújo; E. R. M, Silva, M. R. V. et al; Clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome. 2014. *Rev Enferm UFPI*. 2014 Apr-Jun;3(2):78-84. [Internet]. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1895>. Acesso em: 08/02/2015.
15. Naderi; S. H. et al. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients, 2012. [Internet]. *Am J Med*. 2012 Sep;125(9):882-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748400>. Acesso em: 27/01/2016.
16. Lima; A. A. M; Risco Cardiovascular em Hipertensos. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande. 2012. [Internet]. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4138/1/PDF%20-%20Andressa%20Ayala%20de%20Matos%20Lima.pdf>. Acesso em: 08/02/2015.
17. Rezende, F. A. C, Rosado; L. E. F. P. L., Ribeiro; R. C. L. et al; Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. 2006. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6); 728-734 [Internet]. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2006/8706/pdf/8706008.pdf>. Acesso em: 06/02/2015.
18. Gus; I.; Ribeiro; R. A; Kato; S. et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. *Arq Bras Cardiol*. 2015; [online].ahead print, [Internet]. Disponível

em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150127.pdf.
Acesso em: 02/06/2015.

19. Gama; G. G. G. Queiroz TL, Guimarães AC, Mussi FC. et al; Dificuldades dos Indivíduos com Doença Arterial Coronariana para Seguir o Tratamento Medicamentoso. 2010. Acta Paul Enferm 2010;23(4):533-9. [Internet]. Disponível em: <http://safira.bireme.br/index.php/ape/article/view/15143>. Acesso em: 02/10/12.
20. Reis; L. A.; Ventura; A. M. Fatores Associados ao Uso errado de Medicamentos em Idosos. InterScintia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):717-724, mai-jun, 2003. [Internet]. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>. Acesso em: 08/02/2015.
21. Barreto; M. S. Cremonese; I. Z.; Janeiro, V. et al. Prevalência da não Adesão à Farmacoterapia Anti-hipertensiva e Fatores Associados. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):60-7. [Internet]. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672015000100060&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27/01/2016.
22. Lunelli; R. P., Portal V. L., Esmério; F. G., Moraes; M. A., Souza; E. M. et al; Adesão Medicamentosa e Não – medicamentosa de Pacientes com Doença Arterial Coronariana. Acta Paul Enf. 2009. 22 (4) 367-73. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>. Acesso em: 25/09/12.
23. Leite; S. N.; Vasconcelos; M. P. C; Adesão à Terapêutica Medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):775-782, 2003. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf> Acesso em:08/02/2015.

5. CAPÍTULO IV

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão medicamentosa dos pacientes coronarianos é baixa e o desafio de melhorá-la permanece, pois sem adesão à terapêutica prescrita não há retardo na progressão da doença, redução de eventos cardiovasculares e melhora da qualidade de vida do paciente. Faz-se necessário a adoção de estratégias para minimizar os fatores que dificultam a adesão, como: inclusão do familiar no cuidado com o paciente coronariano, a utilização de letras maiores e legíveis na prescrição médica, fitas coloridas e recipientes próprios para o armazenamento dos medicamentos, alarmes, contato telefônico para estimular a adesão e por fim uma orientação profissional adequada ao nível socioeconômico e de entendimento de cada indivíduo, através de uma abordagem holística e mais efetiva, trazendo maiores benefícios para a os pacientes coronarianos.

Dentre as variáveis de perfis clínico, sociodemográfico e angiográfico apenas a hipertensão foi mais prevalente nos pacientes aderentes. Apesar da associação da adesão medicamentosa com a gravidade da lesão coronariana não ter sido estatisticamente significativa, houve uma maior frequência de lesão moderada ou grave no grupo não aderente, nos levando a crer na possibilidade de que a adesão medicamentosa é um fator protetor para as lesões moderada e grave, assim, faz-se necessário a realização de estudos longitudinais e com uma amostra maior para melhor estudar essa hipótese.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE; J. P. et al; **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2013. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral nas Doenças Cardiovasculares. Disponível em: < <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10003/pdf/interativa-10003.pdf>>, Acesso em: 02/06/2015.
- ARAÚJO; D. F., ARAÚJO; E. R. M, SILVA, M. R. V. et al; **Revista de Enfermagem da UFPI**. Clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome. 2014. 2014 Apr-Jun;3(2):78-84. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1895>>. Acesso em: 08/02/2015.
- BARBOSA; R. G. B.; LIMA, N. K. C.; **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2006. Índices de Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo no Brasil e Mundo. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>, Acesso em: 20/04/2015.
- BARRETO; M. S. et al. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014. Prevalência da não Adesão á Farmacoterapia Anti-hipertensiva e Fatores Associados. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672015000100060&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27/01/2016.
- BEN; A. J.; NEUMANN; C. R.; MENGUE; S. S.; **Revista de Saúde Pública**. 2011. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar a adesão a medicamentos. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>>, Acesso em: 20/04/2015.
- BEZERRA; A. S. M.; LOPES; J. L.; BARROS; A. L. B. L. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Adesão de Pacientes Hipertensos ao Tratamento Medicamentoso. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>>, Acesso em: 20/04/2015.
- BRASIL; Ministério da Saúde. **SAÚDE BRASIL**. 2012. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 29/01/2016.
- BROWN, M. T.; BRUCELI, J.K.; **Medication Adherence**. Medication Adherence: WHO Cares? 2011. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068890/>>. Acesso em: 29/01/2016.

CARVALHO; C. A. et al; **Ciência e Saúde Coletiva**. 2015. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0479.pdf>>. Acesso em: 29/01/2016.

COELHO; M. et al. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Estado de Saúde Percebido e Adesão Farmacológica em Pacientes Submetidos À Intervenção Coronária Percutânea. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a11v34n3.pdf>> Acesso em: 27/04/2015.

DIAS; A. M. et al; **Milenium**. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: revisão de literatura. 2011. Disponível em: < <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum40/14.pdf>> Acesso em: 25/03/2013.

ESC; European Society of Cardiology. **European Heart Journal**. Life-time risk factors and progression of carotid atherosclerosis in young adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns study. 2010
Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20501481>>, Acesso em: 20/04/2015.

GODOY; M. F. et al. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2007. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Níveis Socioeconômicos na População de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n2/a11v88n2.pdf>> Acesso em: 27/04/2015.

GOLDMAN L, AUSIELLO D. Cecil: **Tratado de medicina interna**. 23ed. São Paulo: Elsevier, 2005.

GUIMARÃES; R.M. et al; **Revista PanAmericana de Saúde Pública**. Diferenças Regionais na Transição da Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980 – 2012. 2015. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n2/a03v37n2.pdf>>. Acesso em: 29/01/2016.

GUS; I.; RIBEIRO; R. A; KATO; S. et al. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014.. 2015; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150127.pdf>. Acesso em: 02/06/2015.

KUHN; O. T., BUENO; J. F. D.; LORO; M. M. et al; **Revista Contexto & Saúde**. Perfil de Pacientes Submetidos a um Cateterismo Cardíaco e Angioplastia em um Hospital Geral, Ijuí editora Unijuí v. 15 n. 29 jul. /dez. 2015 p. 4-14. Disponível em:

<<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/4143/4736>>. Acesso em: 06/02/2015.

KUMBHANI, J.D. et al; **The American Journal of Medicine**. Adherence to Secondary Prevention Medications and Four-year Outcomes in Outpatients with Atherosclerosis. 2013. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343\(13\)00262-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343(13)00262-3)>. Acesso em: 29/01/2016.

LEÃO, A. M. O. S; VILAGRA, M. M; **Revista de Saúde**. Perfil dos Pacientes Submetidos à Intervenção Coronariana Percutânea no Serviço de Hemodinâmica do Hospital Universitário Sul Fluminense, Vassouras – RJ. Vassouras, v. 3, n. 1, p. 27-32, jan./jun., 2012. Disponível em: <<http://editorauss.uss.br/index.php/RS/article/view/141/101>>. Acesso em: 08/02/2015.

LEITE; S. N.; VASCONCELOS; M. P. C; **Ciência & Saúde Coletiva**. Adesão à Terapêutica Medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 08/02/2015.

LIMA; A. A. M; **Trabalho de Conclusão de Curso**. Risco Cardiovascular em Hipertensos. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande. 2012. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4138/1/PDF%20-%20Andressa%20Ayala%20de%20Matos%20Lima.pdf>>. Acesso em: 08/02/2015..

LOPES, M. A. C.Q; BARROS; M. A. V.; OLIVEIRA; I. R. et al; **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**. Comparação do Perfil Epidemiológico, Clínico e dos Resultados das Intervenções Coronárias Percutâneas entre os Gêneros Masculino e Feminino, na População Brasileira: Dados do Registro CENIC. 2008;16(4):463-473. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbci/v16n4/v16n4a17.pdf>>. Acesso em: 06/02/2015.

LOURENÇO; L. B. A. et al. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2015. Qualidade de vida de coronariopatas após implementação de estratégias de planejamento para adesão medicamentosa. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00011.pdf> Acesso em: 27/04/2015.

LUNELLI; R. P. et al; **Acta Paulista de Enfermagem**. Adesão Medicamentosa e Não – medicamentosa de Pacientes com Doença Arterial Coronariana. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>>. Acesso em: 25/09/12.

MORISKY; D.E, GREEN; L.W.; LEVINE; D.M.; **Medical Care**. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence.1986. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764638?uid=2&uid=4&sid=21106537489873>> Acesso em: 18/04/2015.

NADERI; S. H. et al. **The American Journal of Medicine**. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748400>>. Acesso em: 27/01/2016.

OLIVEIRA; D. C. et al. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. São Paulo, 2013 jul-set. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3766.pdf>>. Acesso em: 19/02/2016.

POLANSCZYK; C. A. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! - Volume 84, Nº 3, março 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>>. Acesso em: 08/02/2015.

RAYMUNDO; A. C.; PIERIN; A. M. G. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. Adesão ao Tratamento de Hipertensos em um Programa de Gestão de Doenças Crônicas: estudo longitudinal e retrospectivo. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf> Acesso em: 21/04/2015.

REIS; L. A.; VENTURA; A. M. **Cadernos de Saúde Pública**. Fatores Associados ao Uso errado de Medicamentos em Idosos. InterScintia. Rio de Janeiro, mai-jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>> Acesso em: 08/02/2015.

REZENDE, F. A. C, ROSADO; L. E. F. P. L., RIBEIRO; R. C. L. et al; **Revista Brasileira de Cardiologia**. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. 2006. 2006. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2006/8706/pdf/8706008.pdf>>. Acesso em: 06/02/2015.

SANTOS; M.V.R. et al; **Revista Brasileira de Clínica Médica**. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Revisão de Literatura. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf> >, Acesso em: 20/04/2015.

SBC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2007. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf> >, Acesso em: 02/06/2015.

SBC; **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Diretriz da Doença Coronária Estável. 2014. Disponível em: <

<http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Doenca%20Coronaria%20Estavel.pdf>>. Acesso em: 02/06/2015.

SILVA; V.C.V. Qualidade de Vida na Doença Arterial Coronariana. **Dissertação de Mestrado**. Recife. 2014. Disponível em:< repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/11759>. Acesso em: 29/01/2016.

SIMPSON, S.H; et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. 2006. **BMJ**. v.333, n.15. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/333/7557/15.abstract> >. Acesso em: 27 nov. 2011

SOUSA; D. M. P. et al; **Boletim Informativo**. Métodos Indiretos para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura. Revisão de Literatura. 2014. Disponível em: < <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/view/1726/1326>>, Acesso em: 20/04/2015.

SOUSA; S. M., BERNARDINO; VIVELLI, R. M.M. et al; **Cogitare Enfermagem**. Perfil de Pacientes Submetidos ao Cateterismo Cardíaco: Subsídio para Prevenção de Fatores de Risco Cardiovascular. 2014 Abr/Jun. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/36984>>. Acesso em: 08/02/2015.

UNGARI; A. Q; Adesão ao Tratamento Farmacológico de Pacientes Hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP. **Dissertação de Mestrado**. 2007. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-08042008-132951/pt-br.php> >Acesso em: 21/04/2015.

WHO. World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. 2003. Disponível em: < http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1>, Acesso em: 21/04/2015.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a **World Health Organization Consultation**. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. Obesity Technical Report Series, n. 284. Disponível em: <>. Acesso em: 29/01/2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ADESÃO MEDICAMENTOSA NA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA CRÔNICA E PRINCIPAIS RAZÕES PARA NÃO ADERÊNCIA DOS PACIENTES

Convidamos o Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Adesão Medicamentosa na Doença Arterial Coronariana Crônica e Principais Razões para Não Aderência dos Pacientes” que está sob responsabilidade da pesquisadora Pollyanna Dutra Sobral, End: Rua Argemiro Galvão, 288, Areias, CEP : 50780-220, e-mail: pollyanna-sobral@bol.com.br. Tel: (81) 8789-1677. E está sob orientação do Prof. Dinaldo Cavalcanti de Oliveira, e-mail: dinaldo@cardiol.br.

Caso este termo de consentimento contenha informações que você não compreenda, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador.

O objetivo do estudo é avaliar a prevalência da adesão medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica. Os dados serão coletados através de um questionário que será aplicado pela autora no dia do procedimento de cateterismo cardíaco. Eles serão utilizados para elaborar a Dissertação de Conclusão do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

Sua participação é voluntária e você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento se assim o desejar. Ele não incorrerá em ônus para você, que também não recebe remuneração pela sua participação.

As informações obtidas através do estudo terão caráter sigiloso. Elas poderão ser divulgadas em eventos ou publicações científicas, porém preservando a identidade de seus participantes. Os dados coletados nesta pesquisa através da entrevista e os valores da medida da pressão arterial ficarão armazenados em uma pasta de arquivos e no computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço (Rua Argemiro Galvão, 288, Areias, CEP: 50780-220) pelo período de no mínimo 5 anos.

O estudo se constitui em risco mínimo para o participante porque envolverá apenas a aplicação de questionário e aferição da pressão arterial, porém o resultado trará como benefício o conhecimento sobre a tomada correta de medicamentos pelos pacientes com

problemas de entupimento nas artérias do coração, visando o retardo da progressão da doença, redução de infarto do coração e melhora na qualidade de vida do paciente.

Em caso de dúvidas relacionadas ao aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n - 1º andar, Cidade Universitária, CEP: 50670-901 Recife – PE. Telefone/Fax do CEP: (81) 2126-8588.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF: _____, li e compreendi as informações acima descritas e concordo livremente em participar da pesquisa “Adesão Medicamentosa na Doença Arterial Coronariana Crônica e Principais Razões para Não Aderência dos Pacientes”. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos assim como dos possíveis riscos e benefícios durante a minha participação. Foi me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Presenciamos a solicitação do consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO

- 1) Nome: _____ Sexo: _____
- 2) Idade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
- 3) Naturalidade: _____ Procedência: _____
- 4) End: _____
Renda: _____ Telefone: _____
- 5) Cor: _____ Escolaridade: _____
- 6) Altura: _____ Peso: _____ Circunf. Abd: _____ IMC: _____
- 7) RCQ: _____ P.A (MSE): _____ P.A (MSD): _____
- 8) P.A (MIE): _____ P.A (MID): _____ ITB: _____
- 9) História da Doença Atual:

- 10) Motivo da Cinecoronarioangiografia:

- 11) Medicções em Uso:
 AAS Beta-Bloqueador Estatina IECA/BRA
 Nitratos Clopidogrel/Ticagrelor Hipolipemiantes
 Antagonista dos canais de cálcio Outra medicações

- 12) Caso não saiba as medicações em uso, quais os fatores que dificultam essa informação:
 Controle feito pelo familiar
 Esquecimento
 Não consegue ler a receita

Identifica os remédios pelo tamanho e cor

Outros

13) Antecedentes Pessoais:

HAS PA: _____

DM Glicemia: _____

AVC

IAM

DCV

Dislipidemia

14) Antecedentes Familiares:

HAS

IAM

DCV

DM

AVC

15) Hábitos de Vida:

Tabagismo: _____ Frequência: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Alcoolismo: _____ Frequência: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade Física: _____ Frequência/sem: _____ Tempo: _____

16) Adesão Medicamentosa: _____

17) Dificuldades encontradas na Adesão Medicamentosa:

Familiar esquece

Esquecimento do paciente

Condições financeiras

Falta de orientação do profissional de saúde

Efeitos adversos da medicação

Outros

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência do Perfil de Aderência Medicamentosa do Paciente com Doença Arterial Coronariana Crônica na Gravidade da Lesão Coronariana e Índice Tornozelo-Braquial.

Pesquisador: Pollyanna Dutra Sobral

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46307815.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.135.117

Data da Relatoria: 01/07/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "Influência do Perfil de Aderência Medicamentosa do Paciente com Doença Arterial Coronariana Crônica na Gravidade da Lesão Coronariana e Índice Tornozelo-Braquial" está sob responsabilidade da pesquisadora Pollyanna Dutra Sobral e está sob orientação do Prof. Dinaldo Cavalcanti de Oliveira, do Departamento de Medicina Clínica da UFPE. O objetivo do estudo é avaliar se quando o paciente toma as medicações prescritas do modo correto ele tem menor chance de ter entupimento das artérias do coração e doença das artérias dos membros, medida através de um valor encontrado nas pressões dos quatro membros. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, prospectivo de abordagem quantitativa que será realizado no Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e Hospital da Ilha do Leite de Recife - PE. A população foi definida empiricamente e será composta por 150 pacientes, submetidos aos procedimentos de cinecoronariografia. Os dados serão coletados através de um questionário que será aplicado pela autora no dia do procedimento de cateterismo cardíaco, bem como será aferida a pressão arterial para o cálculo do Índice Tornozelo-Braquial (valor que mede a doença nas artérias dos membros). Eles serão utilizados para elaborar a Dissertação de Conclusão do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.135.117

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar se o perfil de aderência medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica está associado à gravidade da lesão coronariana e alterações no índice tornozelo-braquial.

Objetivos Secundários:

Traçar o perfil clínico dos pacientes atendidos nos serviços;

Descrever o perfil de aderência medicamentosa dos pacientes recrutados;

Avaliar o Índice Tornozelo- Braquial dos participantes da pesquisa;

Avaliar associações entre o perfil de aderência medicamentosa e a gravidade da lesão coronariana;

Avaliar associações entre o perfil de aderência medicamentosa e alterações no índice tornozelo-braquial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo oferece risco mínimo aos participantes, sendo ele o constrangimento pela aplicação do instrumento de caracterização de perfil clínico, teste de Morisky-Green e aferição da pressão arterial.

Benefícios:

Trará como benefícios a avaliação do perfil de aderência medicamentosa do paciente com doença arterial coronariana crônica e associações com a gravidade da lesão coronariana e alterações no índice tornozelo-braquial, contribuindo para o entendimento das associações relacionadas à aderência medicamentosa e posterior planejamento de intervenções com abordagem holística, visando o retardo da progressão da doença, redução de eventos coronarianos e melhora na qualidade de vida do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem fundamentado teoricamente, metodologia detalhada. Cronograma adequado à proposta de trabalho.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.135.117

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador responsável anexou folha de rosto devidamente assinada pelo Coordenador da Pós-Graduação em Ciências da Saúde, projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os currículos dos pesquisadores envolvidos no projeto e cartas de anuência do Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas e do Hospital da Ilha do Leite de Recife - PE.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.135.117

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 02 de Julho de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B
TESTE DE MORISKY – GREEN

TESTE DE MORISKY E GREEN (As respostas SIM = 0 e NÃO = 1)

		Não	Sim
01.	O Sr (a), às vezes, esquece de tomar seus remédios?	1	0
02.	O Sr (a), às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?	1	0
03.	Quando o Sr (a) se sente bem, às vezes deixa de tomar seus remédios?	1	0
04.	Quando o Sr (a) se sente mal com os remédios, às vezes deixa de tomá-los?	1	0

ANEXO C
DIRETRIZES PARA AUTORES – REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

ESTRUTURA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

- Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word)

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter): Título: máximo de 16 palavras em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e país.

Autor responsável: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: nos idiomas português (*resumo*), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), até (1290 caracteres). Deve ser estruturado em: objetivo, método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final como documento anexo ou na carta ao editor.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma dos resumos (português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores)); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da

Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

OBS: Os títulos, os resumos e os descritores devem ser repetidos no documento principal (Main Document), sem a identificação dos autores.

Conteúdo do texto (Main Document): Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, em tópicos distintos. Os Objetivos devem ser indicados no final da Introdução.

Introdução: breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas Método: tipo ou desenho do estudo; população/cenário; critérios de seleção; definição da amostra (se for o caso); fonte, período procedimento de coleta, análise/tratamento dos dados e outros aspectos inerentes ao método. É necessário apresentar em documento anexo o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar no texto sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles citáveis. No máximo de 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4) ; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>). Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (no máximo 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

Obs 1: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Obs 2: Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo de cinco, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros, contendo local e ano.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por e-mail. O prazo máximo para o envio é de 30 dias.

Siglas: restrita ao mínimo e somente após terem sido citadas literalmente no texto; não usar em título e resumo.