

ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E ADESÃO FARMACOLÓGICA EM PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA^a

Mariana COELHO^b, Eliana de Cássia Arantes COSTA^c, Vitor César RICHTER^d, Carina Aparecida Marosti DESSOTTE^e, Marcia Aparecida CIOL^f, André SCHMIDT^g, Rosana Aparecida Spadoti DANTAS^h, Lídia Aparecida ROSSIⁱ, Rejane Kiyomi FURUYA^j

RESUMO

Os objetivos foram avaliar o estado de saúde percebido e a adesão farmacológica, e verificar a correlação entre essas medidas em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea, após alta hospitalar. Trata-se de estudo transversal realizado no período de maio de 2011 a julho de 2012. Utilizaram-se os instrumentos SF-36 e Medida de Adesão aos Tratamentos, com 101 pacientes. Destes, 54 (53,5%) eram homens, a idade média era 59,5±10,3 e 32 (32,7%) haviam passado por tratamento cardíaco prévio. Todos utilizavam medicamentos anti-hipertensivos; 99 (98%) utilizavam antiagregantes plaquetários; 98 (97%), redutores de colesterol e 59 (58,4%), vasodilatadores coronarianos. A média do número de medicamentos utilizados foi 6,8±2,1. A adesão farmacológica foi verificada em 98 (97%) pacientes. Os participantes apresentaram melhor estado de saúde nos componentes “Aspectos sociais” e “Capacidade funcional”. Constataram-se correlações positivas e de moderada magnitude entre as medidas de adesão e “Capacidade funcional”, “Estado geral de saúde” e “Aspectos sociais”. Houve correlação entre adesão farmacológica e estado de saúde percebido.

Descritores: Qualidade de vida. Adesão à medicação. Angioplastia. Enfermagem.

RESUMEN

Las finalidades fueran evaluar el estado de salud percibido y la adhesión farmacológica y, verificar la correlación entre esas medidas en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea, tras el alta. Estudio transversal, realizado en el periodo de mayo/2011 a julio/2012. Los instrumentos utilizados fueron: SF-36 y Medida de Adhesión a los Tratamientos, con 101 pacientes, 54 (53,5%) hombres; promedio de edad 59,5±10,3; con tratamiento cardiaco previo 32 (32,7%). Todos estaban usando medicación antihipertensiva, la mayoría utilizaba antiplaquetario, 99 (98%); reductores de colesterol, 98 (97%); y vasodilatadores coronarios, 59 (58,4%). El número promedio de medicamentos utilizados fue 6,8±2,1. Se observó la adherencia farmacológica en 98 (97%) pacientes. Los participantes mostraron mejor estado de salud en los Aspectos Sociales y Capacidad Funcional. Fueron encontradas correlaciones positivas y moderadas entre la medida de adhesión farmacológica y Capacidad Funcional, Salud General y Aspectos Sociales. Hubo correlación entre adhesión farmacológica y estado de salud percibido.

Descriptores: Calidad de vida. Cumplimiento de la medicación. Angioplastia. Enfermería.

Título: Estado de salud percibido y la adhesión farmacológica en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea.

a Estudo subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (processo número 2011/00543-9, FAPESP) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Estudo premiado com Menção Honrosa no 20º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP).

b Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP. Ribeirão Preto, São Paulo (SP), Brasil.

c Aluna de Mestrado do Programa Enfermagem Fundamental da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

d Bacharel em Enfermagem pela EERP-USP. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

e Enfermeira. Professor Doutor da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

f Bioestatística. Research Associate Professor. School of Medicine. University of Washington. Seattle, Washington, Estados Unidos.

g Médico. Professor Associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

h Enfermeira. Professor Associado da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

i Enfermeira. Professor Titular da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

j Enfermeira. Aluna do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

The objectives of this study were to evaluate the perceived health status and pharmacological adherence, and to verify the correlation between these measures in patients who underwent percutaneous coronary intervention, after hospital discharge. It was a cross-sectional study carried out from May 2011 to July 2012. The instruments used were: SF-36 and Measurement of Adherence to Treatment, with 101 patients, 54 (53.5%) of which were men; average age of 59.5 ± 10.3 ; and 32 (32.7%) with previous cardiac treatment. All study participants were using antihypertensive drugs; the majority 99 (98%) used antiplatelet drugs; 98 (97%) used cholesterol reducers, and 59 (58.4%) used coronary vasodilators. The average number of drugs used was 6.8 ± 2.1 . Pharmacological adherence was observed in 98 (97%) patients. The participants presented best perceived health status in Social Functioning and Physical Functioning. Positive correlations of moderate magnitude were found between measurements of pharmacological adherence and Physical Functioning, General Health and Social Functioning. There was correlation between pharmacological adherence and perceived health status.

Descriptors: Quality of life, medication adherence, angioplasty, nursing.

Title: Perceived health status and pharmacological adherence of patients who underwent percutaneous coronary intervention.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Em 2010, no Brasil, houve mais de 326 mil mortes por doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 28,7% do total de mortes⁽¹⁻²⁾.

A angioplastia com balão (angioplastia coronária transluminal percutânea), o implante de *stents* intracoronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronariana formam um importante grupo de tecnologias para o tratamento da doença arterial coronariana (DAC) denominado Intervenção Coronária Percutânea (ICP)⁽³⁻⁴⁾. O efeito terapêutico da ICP é a redução da estenose-alvo com manutenção ou restabelecimento do fluxo sanguíneo no vaso coronário. O uso de endopróteses coronárias (*stents*) como dispositivo finalizador de revascularização do miocárdio tem aumentado de forma consistente. No Brasil, os *stents* coronários foram incorporados à lista de materiais reembolsados pelo Sistema Único de Saúde no início de 2000⁽³⁾. O *stent* é uma órtese destinada a ampliar o diâmetro do vaso obstruído e possui benefícios quando comparado à angioplastia com balão. Porém, possui como limitação o risco de estenose *intra-stent*. Com o objetivo de prevenir e tratar a reestenose coronária tardia (redução da hiperplasia miointimal), os *stents* farmacológicos foram desenvolvidos e fundamentam-se no princípio da administração local de medicamento, possibilitando a liberação controlada de medicamento na estenose-alvo⁽³⁾.

O sucesso da ICP é avaliado considerando-se o sucesso angiográfico (redução da estenose-alvo para

um diâmetro de estenose menor que 30%, com manutenção ou restabelecimento do fluxo) e a ausência de complicações clínicas maiores, como morte, infarto agudo do miocárdio e cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) de emergência⁽³⁾. A intervenção não é curativa e deve ser acompanhada por outras medidas terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas, visando controlar a progressão da DAC com consequente melhora da qualidade de vida e aumento da sobrevivência dos pacientes⁽⁵⁻⁶⁾.

A adesão farmacológica pode ser definida como o grau no qual um paciente utiliza os medicamentos de acordo com o horário, frequência e dose prescrita considerando um regime terapêutico⁽⁷⁻⁸⁾. Em pacientes diagnosticados com síndrome coronariana aguda, seis meses após a alta hospitalar, a maioria dos participantes (69,5%) relatou média ou alta adesão farmacológica. O principal motivo para não adesão foi o esquecimento (23,2%)⁽⁵⁾. Há muitas variáveis que podem influenciar na adesão farmacológica, incluindo aquelas atribuídas ao paciente (fatores psicológicos, culturais e comportamentais), ao esquema terapêutico (número de medicamentos utilizados), à relação profissional-paciente (confiança do paciente no médico) e ao acesso aos medicamentos (adequado ou não)^(5,8). O paciente é foco principal na adesão a uma terapia e a sua percepção quanto à importância da adesão e quanto ao seu estado de saúde influencia no uso correto de medicamentos⁽⁸⁾.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e do estado de saúde percebido pode ser realizada por meio do uso de instrumentos que são classificados como genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos podem ser aplicados

na população geral, independente da doença ou condição, e concentram-se em sintomas físicos, procurando englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde do indivíduo. Os instrumentos específicos são aqueles dirigidos para uma doença ou condição particular⁽⁹⁾. Indivíduos com DAC já estabelecida apresentam QVRS prejudicada, a qual pode ser atribuída à um conjunto de fatores que incluem a condição própria da doença, limitações físicas, sintomas depressivos e risco de morte, o que podem intensificar a progressão da doença^(2,10).

Pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (ICP ou CRM) apresentam melhor QVRS seis meses após um evento coronariano agudo quando comparados ao grupo de pacientes que não foram revascularizados. A melhora da QVRS está relacionada com a melhora da capacidade funcional, diminuição dos sintomas e, conseqüentemente, melhor convivência com a doença crônica, a qual requer esforços do paciente com vistas a retardar sua evolução⁽¹¹⁾.

Há escassez de estudos que avaliam a adesão farmacológica e o estado de saúde percebido de pacientes submetidos à ICP, apesar da importância dessas medidas para controle da DAC. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar o estado de saúde percebido e a adesão farmacológica de pacientes submetidos à ICP e verificar possíveis correlações entre essas duas medidas, no período de dois a sete meses após a alta hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODO

O estudo com delineamento transversal realizado em um hospital escola do interior do estado de São Paulo, Brasil, com pacientes submetidos à ICP, em acompanhamento ambulatorial de dois a sete meses após alta hospitalar. O período escolhido justifica-se pelo fato de que, dois meses após a ICP, os pacientes já teriam retornado às atividades rotineiras e laborais prévias⁽⁹⁾.

Constituiu-se uma amostra por conveniência, estabelecendo-se para coleta de dados o período de maio 2011 a julho de 2012. Nesse período, os pacientes submetidos à ICP em acompanhamento ambulatorial foram convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou maior de 18 anos, possuir retorno ambulatorial no período de dois a sete meses após a ICP, ter capacidade de comunicar-se verbalmente e/ou por escrito,

demonstrar compreensão do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e dos questionários, apresentando respostas coerentes considerando-se as perguntas realizadas pelo entrevistador. Os critérios de exclusão foram: presença de deficiência motora (por exemplo, uso de cadeiras de rodas), devido à influência da deficiência nas respostas às questões sobre atividades físicas.

Os dados foram coletados durante o retorno ambulatorial, por meio de entrevista individual com duração média de uma hora, e de consulta dos registros dos pacientes nos prontuários. Coletamos os seguintes dados: data de nascimento, data da entrevista, data da ICP, sexo, estado civil, situação de trabalho, anos de estudo, renda mensal familiar, tipo e número de locais de ICP, tratamento prévio de doenças cardíacas, presença de comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade) e tipo de medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes.

Para avaliação do estado de saúde percebido, utilizamos a versão validada para o português do *Medical Outcomes Survey 36- Item Short Form (SF-36)*⁽¹²⁾. O SF-36 é formado por 36 itens agrupados em oito componentes: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Cada componente tem escore que varia de zero a 100, no qual o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Os valores do coeficiente de alfa de Cronbach para o instrumento SF-36, obtidos em um estudo brasileiro recentemente realizado com pacientes com DAC, variaram de 0,71 (Estado Geral de Saúde) a 0,97 (Aspectos Emocionais), indicando uma boa consistência interna⁽²⁾.

Utilizamos a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), elaborado por Delgado e Lima, o qual é composto por sete itens que avaliam a adesão do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos. Os itens questionam sobre o esquecimento do paciente de utilizar os medicamentos para sua doença, o descuido com o horário correto para tomar os medicamentos, a não utilização dos medicamentos por iniciativa própria por sentir-se melhor ou pior, o aumento da dose prescrita por sentir-se pior, a interrupção da terapia medicamentosa por ter deixado acabar os medicamentos e a não utilização do medicamento por alguma outra razão que não seja a indicação do médico.

As respostas aos itens são em forma de escala ordinal de seis pontos que variam de “sempre” (1) a “nunca” (6). O escore final do MAT é a média dos valores das respostas aos sete itens, com valores entre um e seis. Quanto maior o escore, melhor é a adesão farmacológica.

Neste estudo, adotamos a sugestão dos autores do MAT, ou seja, o uso da escala dicotômica convertida, transformando-se a média dos valores das respostas de cada sujeito da seguinte forma: valores iguais ou maiores que cinco corresponderam a aderentes e valores menores que cinco corresponderam a não aderentes. No estudo de validação da escala original, o MAT apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,75 na escala dicotômica convertida. A resposta em forma da escala de Likert revelou maior sensibilidade e especificidade a captar os diversos comportamentos de adesão⁽¹³⁾.

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 para Windows. Foram realizadas análises descritivas e cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (r_s) para avaliar as correlações entre as medidas do estado de saúde percebido (oito componentes do SF-36) e da adesão farmacológica. O nível de significância foi fixado em $\alpha = 0,05$.

Para análise do nível de correlação linear entre as medidas, utilizamos a classificação proposta por Callegari-Jacques (2003)⁽¹⁴⁾ a qual sugere que valores de correlação menores do que 0,30, mesmo quando estatisticamente significantes, não apresentam relevância clínica (correlação fraca); valores entre 0,30 e 0,59 indicam correlação moderada; valores entre 0,60 e 0,89 representam correlação forte; e a partir de 0,90 denotam correlação muito forte.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Processo HCRP 7333/2010). Os participantes assinaram o TCLE conforme regulamenta a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 101 participantes do estudo, 54 (53,5%) era do sexo masculino. Houve predomínio de indivíduos casados ou vivendo em união consensual, 79 (78,3%). Setenta e oito participantes (77,2%) eram inativos, a média de idade foi $59,5 \pm 10,3$ anos.

A Tabela 1 mostra os resultados da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

A mediana da renda familiar foi de 1.200 reais. Com exceção de um único participante que informou renda familiar mensal de 40.000 reais, os demais informaram renda familiar que variou de 545 a 4.500 reais. A maioria não completou o ensino fundamental, 83 (82,2%).

Do total de participantes, 33 (32,7%) relataram tratamento prévio de doenças cardíacas (infarto do miocárdio, angina, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva e dispneia). A média do número de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo foi de $6,8 \pm 2,1$ medicamentos. Todos os participantes faziam uso de medicamentos para tratamento da hipertensão arterial e a maioria fazia uso de medicamentos antiagregantes plaquetários, 99 (98%); redutores de colesterol, 98 (97%); e vasodilatadores coronarianos, 59 (58,4%).

Os resultados obtidos da avaliação do estado de saúde percebido pelos pacientes estão apresentados na Tabela 2. Os participantes relataram melhores avaliações nos componentes Aspectos Sociais e Capacidade Funcional. Os componentes percebidos como mais comprometidos para os participantes foram Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Dor.

Os resultados obtidos da avaliação da adesão farmacológica pelos pacientes estão apresentados na Tabela 3. A maioria dos participantes respondeu “raramente” ou “nunca” para os sete itens do instrumento MAT.

A média dos valores das respostas aos sete itens do instrumento MAT, que varia de um a seis, foi quatro para três participantes (3%), cinco para 26 participantes (25,7%) e seis para 72 participantes (71,3%). Dessa forma, considerando o uso da escala dicotômica convertida, 98 (97%) participantes foram classificados como aderentes (com média dos valores das respostas aos sete itens iguais ou maiores que cinco) e apenas três (3%) como não aderentes (com média dos valores das respostas aos sete itens menor que cinco).

Na análise das correlações entre as medidas do estado de saúde (componentes do SF-36) e de adesão farmacológica (MAT), constataram-se correlações positivas e de moderada magnitude entre as medidas de adesão e os componentes Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais. Embora estatisticamente significativa, as demais correlações foram de fraca magnitude (Tabela 4).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Ribeirão Preto, SP, 2011-2012.

Características sociodemográficas e clínicas	(n=101)
Sexo	
Masculino	54 (53,5)
Estado civil	
Casado/união consensual	79 (78,3)
Situação de trabalho	
Inativo	78 (77,2)
Idade (anos)*	59,5 ± 10,3
Presença de comorbidades	
Hipertensão	101 (100)
Dislipidemia	85 (84,2)
Diabetes	39 (38,6)
Obesidade	28 (27,7)
Tratamento prévio de doenças cardíacas	
Não	68 (67,3)
Número de locais de ICP	
1	53 (52,5)
2	34 (33,7)
3 ou mais	14 (13,8)
Tipo de ICP	
Stent	87 (86,1)
Stent e balão	13 (12,9)
Balão	1 (1,0)
Número de medicamentos*	6,8 ± 2,1

Dados expressos em n (%).

* variável expressa em média e desvio padrão.

Tabela 2 – Valores médios dos componentes do SF-36 dos participantes do estudo (n=101). Ribeirão Preto, SP, 2011-2012.

Componentes do SF-36	Média (D.P.*)	Mediana (Percentil 25-75)
Aspectos Sociais	73,1 (30,0)	75,0 (50,0-100)
Capacidade Funcional	66,4 (26,4)	70,0 (45,0-92,5)
Saúde Mental	64,0 (23,6)	68,0 (46,0-82,0)
Estado Geral de Saúde	63,8 (20,4)	62,0 (52,0-77,0)
Vitalidade	60,5 (25,4)	60,0 (45,0-80,0)
Dor	60,2 (27,2)	61,0 (41,0-84,0)
Aspectos Emocionais	56,1 (40,2)	66,7 (33,3-100)
Aspectos Físicos	41,2 (41,6)	25,0 (0 -93,7)

* D.P. = desvio padrão

Tabela 3 – Resultados do instrumento Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) dos participantes do estudo (n=101). Ribeirão Preto, SP, 2011-2012.

Itens do MAT	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?	2 (2,0)	3 (3,0)	1 (1,0)	6 (5,9)	40 (39,6)	49 (48,5)
2. Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para sua doença?	6 (5,9)	8 (7,9)	2 (2,0)	4 (4,0)	34 (33,7)	47 (46,5)
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por ter se sentido melhor?	2 (2,0)	0	2 (2,0)	2 (2,0)	7 (6,9)	88 (87,1)
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?	0	0	0	0	8 (7,9)	93 (92,1)
5. Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?	0	1 (1,0)	0	2 (2,0)	14 (13,8)	84 (83,2)
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	0	2 (2,0)	0	2 (2,0)	23 (22,78)	74 (73,2)
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0	0	0	2 (2,0)	4 (4,0)	95 (94,0)

Dados expressos em n (%).

Tabela 4 – Correlação entre as medidas dos componentes do SF-36 e de adesão farmacológica, avaliada pela Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Ribeirão Preto, SP, 2011-2012.

Componentes do SF-36	Correlação de Spearman	Valor de p*
Estado Geral de Saúde	0,35	< 0,001
Aspectos Sociais	0,34	< 0,001
Capacidade Funcional	0,34	< 0,001
Saúde Mental	0,27	0,005
Aspectos Emocionais	0,27	0,006
Vitalidade	0,26	0,008
Dor	0,23	0,02
Aspectos Físicos	0,22	0,03

* Valor p para teste da hipótese de que a correlação é zero.

DISCUSSÃO

Este estudo teve o objetivo de avaliar o estado de saúde percebido e a adesão farmacológica de pacientes submetidos à ICP e verificar possíveis correlações entre essas duas medidas, no período de dois a sete meses após a alta hospitalar. Na avaliação do estado de saúde percebido, por meio do SF-36, os componentes com melhores avaliações foram Aspectos Sociais e Capacidade Funcional. Em relação à adesão farmacológica, avaliada pelo MAT, a maioria dos participantes foi classificada como aderente (97%). As correlações entre as medidas do estado de saúde percebido e de adesão farmacológica foram estatisticamente significantes e de moderada magnitude para os componentes Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais.

A caracterização dos participantes do estudo em relação à predominância do sexo masculino, de indivíduos casados ou em união consensual, e inativos se assemelha a de outros estudos com pessoas com DAC ou submetidos ao cateterismo cardíaco⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A presença de várias comorbidades consideradas como fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias e obesidade demandam a adesão farmacológica para o controle das doenças⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, encontramos a média diária de 6,8 ± 2,1 medicamentos e 98 (97%) pacientes aderentes à terapia medicamentosa. Em outros estudos a média de medicamentos utilizados diariamente foi superior a cinco. A maioria dos pacientes referiu ser aderente ao tratamento farmacológico^(15, 17).

As sete questões do instrumento MAT referem-se às diferentes situações que podem levar o paciente à não adesão. Todas as questões foram respondidas, predominantemente, com a opção “nunca”. Resultados similares foram encontrados em outro estudo⁽¹⁸⁾, o que nos levou a pensar que é possível que os participantes tenham respondido o que pensaram ser correto para satisfazer a pesquisadora, ou tiveram receio de que esta entrasse em contato com membros da equipe de saúde, informando-os sobre o uso inadequado dos medicamentos. É, ainda, possível que os participantes do estudo realmente faziam uso correto dos medicamentos.

A percepção do paciente sobre a DAC, como uma doença grave que tem alta mortalidade, pode ser um dos fatores relacionados à alta adesão farma-

cológica nessa população. Em uma meta-análise, os autores encontraram que pacientes que percebem sua doença como tendo maior gravidade, possuem melhor adesão ao tratamento, quando acreditam na possibilidade de melhora, se comparados com pacientes que consideram sua doença como de menor gravidade. Entretanto, aqueles com pior percepção do estado de saúde têm 11% mais risco de não aderir ao tratamento⁽¹⁹⁾.

Em relação ao estado de saúde percebido, assim como encontrado neste estudo, as melhores avaliações nos componentes Aspectos Sociais e Capacidade Funcional foram observadas em um estudo que avaliou os pacientes após três meses da realização da ICP. Porém, o componente Dor, um dos percebidos como mais comprometidos para os participantes do nosso estudo, foi o que obteve melhor avaliação⁽⁴⁾.

O componente Aspectos Físicos foi percebido como mais comprometido em nosso estudo, corroborando com o que foi encontrado em um estudo nacional⁽¹⁰⁾ e outro internacional⁽⁴⁾. Esse componente está relacionado com as consequências da saúde física, como a diminuição da quantidade de tempo dedicado ao trabalho ou outras atividades, à realização de menos tarefas do que a pessoa gostaria, e às limitações e dificuldades na realização de atividades. A percepção desse componente como o mais comprometido possivelmente está relacionada ao medo de novo evento cardiovascular⁽¹⁷⁾, com consequente diminuição e limitações das atividades, incluindo o trabalho.

Em nosso estudo, as correlações entre estado de saúde e adesão farmacológica foram positivas e de magnitude fraca a moderada. Em outro estudo, pacientes submetidos à ICP relacionaram a adesão farmacológica aos benefícios percebidos e ao medo das complicações decorrentes da não adesão, como angina e infarto do miocárdio⁽¹⁷⁾, o que explica a correlação positiva entre essas duas variáveis. Porém, em estudo que avaliou a associação entre o estado de saúde percebido e a adesão ao tratamento de americanos afrodescendentes com hipertensão arterial grave e mal controlada, encontrou-se associação significativa entre melhor saúde física percebida (valores no Componente Físico Sumário do SF-36) e não adesão ao tratamento⁽²⁰⁾. Em relação aos componentes do SF-36, participantes com valores elevados na Capacidade Funcional também se mostraram mais propensos a não adesão, enquanto que aqueles que

apresentaram altos valores na Saúde Mental tenderam para uma associação com o comportamento de adesão. Essas associações podem ser devido aos aspectos socioeconômicos e às crenças sobre a doença e o tratamento⁽²⁰⁾. Como por exemplo, a crença de que o medicamento é inadequado e desnecessário devido à ausência de sinais e sintomas de DAC com consequente melhor saúde física percebida^(17,20).

CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo apresentaram melhor estado de saúde percebido nos componentes Aspectos Sociais e Capacidade Funcional, e pior estado de saúde percebido nos componentes Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Dor. A maioria dos participantes foi considerada aderente à terapia farmacológica, apesar do grande número de medicamentos utilizados. Houve correlações positivas e de moderada magnitude entre a medida de adesão e os componentes Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais.

Dessa forma, é importante orientar aos pacientes sobre a relação entre a adesão farmacológica e a melhora no estado de saúde percebido. Ou seja, enfatizar que o uso correto dos medicamentos levará a uma diminuição dos sinais e sintomas de DAC e ressaltar que o uso contínuo dos medicamentos é importante para prevenção secundária, inclusive quando o paciente estiver se sentindo bem, sem qualquer manifestação clínica da DAC.

Este estudo apresenta como limitação o fato de ser transversal e, dessa forma, não avaliar as percepções sobre o estado de saúde e adesão ao tratamento em diferentes momentos da trajetória da condição crônica e da vida do indivíduo. A avaliação quantitativa da adesão por um único instrumento não fornece respostas aos questionamentos levantados neste estudo sendo necessárias outras investigações com abordagens mistas (quantitativas e qualitativas). As abordagens mistas podem possibilitar a melhor compreensão da relação entre o estado de saúde percebido e a adesão farmacológica.

Outros estudos podem ser realizados para avaliar a adesão farmacológica por meio de técnicas diferentes como, por exemplo, contagem de medicamentos, monitorização da renovação da receita e avaliação de marcadores biológicos. Essas avaliações podem ser comparadas com o relato do paciente sobre a adesão farmacológica. Destacamos, ainda, a necessidade de estudos que detalhem

a correlação entre o estado de saúde percebido e a adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Sistema de informação sobre mortalidade [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2012 Ago 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 2 Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2011 [citado 2013 Jan 10];19(5):[8 telas]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_07.pdf
- 3 Mattos LA, Lemos Neto PA, Rassi A Jr, Marin-Neto JA, Sousa AGMR, Devito FS, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia - intervenção coronária percutânea e métodos adjuntos diagnósticos em cardiologia intervencionista (II Edição - 2008). Arq Bras Cardiol. 2008;91(6 supl.1):1-58.
- 4 Wong MS, Chair SY. Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2007;44(8):1334-42.
- 5 Kassab Y, Hassan Y, Abd Aziz N, Ismail O, Abdulrazzaq H. Patients' adherence to secondary prevention pharmacotherapy after acute coronary syndromes. Int J Clin Pharm. 2013;35(2):275-80.
- 6 Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF Secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. Circulation. 2011;124(22):2458-73.
- 7 Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health. 2008;11(1):44-7.
- 8 Mourão-Junior CA, Souza AB. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. Estud Interdiscip Psicol. 2010;1(1):96-106.
- 9 Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analyses and interpretation. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.

- 10 Moriel G, Roscani MG, Matsubara LS, Cerqueira AT, Matsubara BB. Qualidade de vida em pacientes com doença aterosclerótica coronariana grave e estável. Arq Bras Cardiol. 2010;95(6):691-7.
- 11 Souza EN, Quadros AS, Maestri R, Albarrán C, Sarmiento-Leite R. Preditores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo. Arq Bras Cardiol. 2008;91(4):252-9.
- 12 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
- 13 Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psic., Saúde & Doenças. 2001;2(2):81-100.
- 14 Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 15 Gama GGG, Queiroz TL, Guimaraes AC, Mussi FC. Dificuldades de indivíduos com doença arterial coronária para seguir tratamento medicamentoso. Acta Paul Enferm. 2010;23(4):533-9.
- 16 Feijó MKEF, Lutkmeier R, Ávila CW, Rabelo ER. Fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes admitidos em unidade de hemodinâmica. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):641-7.
- 17 Rushworth GF, Cunningham S, Mort A, Rudd I, Leslie SJ. Patient-specific factors relating to medication adherence in a post-percutaneous coronary intervention cohort. Int J Pharm Pract. 2012;20(4):226-37.
- 18 Carvalho ARS. Qualidade de vida relacionada à saúde e adesão ao tratamento de indivíduos em uso de anticoagulação oral: avaliação dos seis primeiros meses de tratamento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
- 19 Dimatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. Med Care. 2007;45(6):521-8.
- 20 Konerman M, Weeks KR, Shands JR, Tilburt JC, Dy S, Bone LR, et al. Short Form (SF-36) Health Survey measures are associated with decreased adherence among urban African Americans with severe, poorly controlled hypertension. J Clin Hypertens. 2011;13(5):385-90.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Lidia Aparecida Rossi
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada,
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP
Avenida Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto, SP
E-mail: rizzardo@erp.usp.br

Recebido em: 14.03.2013
Aprovado em: 08.08.2013