

O impacto de ações coordenadas por equipe multidisciplinar na adesão ao tratamento cardiológico ambulatorial

The impact of actions coordinated by a multidisciplinary team on adherence to outpatient cardiological treatment

DOI:10.34119/bjhrv6n2-038

Recebimento dos originais: 10/02/2023

Aceitação para publicação: 08/03/2023

Mário Cláudio Soares Sturzeneker

Doutorado em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900

E-mail: mcssturzeneker@gmail.com

Ana Carla Dlugosz

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900

E-mail: anacdlugosz@gmail.com

Jaqueline Meert Parlow

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900

E-mail: parlowjaqueline@hotmail.com

Amy Sakakibara

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900

E-mail: amy.sak.22@gmail.com

Mariana Fonseca

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900

E-mail: mari_fonseca102@hotmail.com

Alice Magro Koscianski

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900

E-mail: alicemkos@gmail.com

Gilberto Baroni

Doutorado em Ciências Farmacêuticas
Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa
Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900
E-mail: gbaroninefro@gmail.com

Fabiana Postiglione Mansani

Doutorado em Ciências Bioquímicas
Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa
Endereço: Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, CEP: 84030-900
E-mail: fmansani@uepg.br

RESUMO

Introdução: A decisão terapêutica deve ser um processo ativo entre a equipe de saúde e paciente. Os benefícios da adesão ao tratamento são amplamente conhecidos, no entanto, a adesão é um desafio descrito desde a década de 1970. Tal cenário reflete no aumento de morbimortalidade das afecções cardíacas. O presente estudo baseia-se em ações coordenadas por equipe multidisciplinar, constituída por membros do serviço de farmácia, de assistência social e de cardiologia, visando identificar e solucionar os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento médico cardiológico ambulatorial e avaliar o impacto dessas ações nesse processo. **Métodos:** Estudo longitudinal que incluiu 15 pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia do Hospital Regional dos Campos Gerais, realizado de maio a dezembro de 2022. Em um primeiro momento, os pacientes eram atendidos na consulta cardiológica convencional e, após, eram direcionados ao consultório multidisciplinar. O estudo avaliou variáveis sociodemográficas, clínicas e analisou o estilo de vida, qualidade de vida e a adesão à terapêutica por meio de questionários validados. Após um período, que variou de 5 a 7 meses, os pacientes foram reavaliados e submetidos, novamente, aos questionários. **Resultados:** Após a intervenção multidisciplinar, houve melhora, principalmente, dos parâmetros de adesão à terapia farmacológica, redução do número de sedentários, aumento da qualidade de vida e menor dependência nicotínica entre os fumantes. Não houve alteração dos perfis relacionados ao tabagismo e etilismo e pouca alteração associadas à mudança do regime terapêutico (número de medicações utilizadas diariamente). **Conclusão:** A abordagem multidisciplinar no contexto cardiológico promove melhora dos parâmetros de adesão terapêutica e de estilo de vida dos pacientes, dessa forma, impacta positivamente na qualidade de vida dos cardiopatas.

Palavras-chave: adesão terapêutica, abordagem multidisciplinar, cardiologia.

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic decision must be an active process between the health team and the patient. The benefits of adherence to treatment are widely known, however, adherence is a challenge that has been described since 1970. Such a scenario reflects the increase in morbidity and mortality from cardiac conditions. The present study is based on actions coordinated by a multidisciplinary team, consisting of members of the pharmacy, social assistance and cardiology services, aiming to identify and resolve the factors that may influence adherence to outpatient cardiac medical treatment and to evaluate the impact of these actions in this process. **Methods:** Longitudinal study that included 15 patients treated at the cardiology outpatient clinic of the Hospital Regional dos Campos Gerais, carried out from May to December 2022. At first, the patients were seen in the conventional cardiology consultation and, later, they were directed to the multidisciplinary consultation. The study evaluated sociodemographic and clinical variables and analyzed lifestyle, quality of life and adherence to therapy using validated

questionnaires. After a period, which varied from 5 to 7 months, the patients were reassessed and submitted again to the questionnaires. Results: After the multidisciplinary intervention, there was an improvement, mainly, in the parameters of adherence to pharmacological therapy, a reduction in the number of sedentary individuals, an increase in quality of life and less nicotine dependence among smokers. There was no change in the profiles related to smoking and alcoholism and little change associated with changing the therapeutic regimen (number of medications used daily). Conclusion: The multidisciplinary approach in the cardiological context promotes improvement in patients' therapeutic adherence and lifestyle parameters, thus positively impacting the quality of life of patients with heart disease.

Keywords: therapeutic adherence, multidisciplinary approach, cardiology.

1 INTRODUÇÃO

A decisão terapêutica adequada necessita ser um processo ativo de ambas as partes do binômio equipe de saúde e paciente, de modo a conciliar as opções possíveis à disponibilidade de recursos sociais e econômicos, bem como aos aspectos culturais. A adesão ao tratamento de longo prazo define-se pelo encadeamento das ações da equipe de saúde, orientando o indivíduo sobre as medidas farmacológicas e mudanças no estilo de vida, perante a aceitação e o seguimento de tais direcionamentos pelo paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Os benefícios da adesão ao tratamento são amplamente conhecidos e citados, no entanto, a adesão é um desafio descrito desde a década de 1970 (BARROSO et al., 2021). Em metanálise que selecionou 20 estudos de aderência ao tratamento farmacológico, visando prevenção primária e secundária de doença cardiovascular (DCV) aterosclerótica, totalizando 376.162 pacientes, estimou-se que a não aderência ao respectivo tratamento preventivo pode ser a causa de 41% das mortes por DCV aterosclerótica nos Estados Unidos da América (EUA) (NADERI; BESTWICK; WALD, 2012). Os quadros de descompensação da insuficiência cardíaca (IC) causados, sobretudo, pela má adesão ao tratamento, são responsáveis por aproximadamente 1 milhão das internações anuais nos EUA (HEIDENREICH et al., 2013).

Em relação ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), porcentagem de adesão baixa (51%) foi reportada nos EUA e extremamente baixa (27%) na república da Gâmbia, ressaltando um desafio maior nos países pobres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). No Brasil, o percentual de adesão ao tratamento farmacológico, reportado em estudo transversal realizado em 2012, foi de 40% (DE OLIVEIRA et al., 2013). Em nosso país, a HAS é a doença crônica que mais consome recursos públicos, sendo o total de gastos estimados em 2018 de 523,7 milhões de dólares (NILSON et al., 2020).

A não adesão do paciente é uma adversidade complexa e, pelo seu caráter multifatorial, precisa ser compreendida por meio da análise minuciosa do contexto sociodemográfico, das doenças e morbidades, da cultura, de aspectos inerentes ao tratamento, além do acesso ao ambiente de saúde e da relação com os profissionais (SANTOS et al., 2005). Para enfrentar esse cenário, entre os esforços direcionados nesse sentido, inclui-se o desenvolvimento de ferramentas adequadas para a avaliação da aderência ao tratamento, visto que, até o momento, não há instrumentos padronizados para esse fim. Atualmente, os métodos investigativos de adesão são divididos em diretos (objetivos) e indiretos (subjetivos). A análise biológica sérica ou urinária, a adição de marcador e tomada supervisionada são métodos diretos ou objetivos. Questionários, impressão do médico, contagem manual de comprimidos, reabastecimento de receitas, resposta clínica e dispositivos eletrônicos são métodos indiretos ou subjetivos (BARROSO et al., 2021).

A partir do entendimento da conjuntura, é fundamental que a equipe de saúde apure a estimativa de adesão terapêutica dos pacientes, objetivando a identificação de fatores prejudiciais e, assim, manejando melhor as condições clínicas (SOBRAL et al., 2017). As estratégias sugeridas para a melhor adesão demandam adaptações conforme as necessidades do paciente. Com isso, as intervenções podem ser entendidas em 3 direções: abordando o paciente, o tratamento medicamentoso e/ou as equipes e sistema de saúde, as quais, em resumo, devem simplificar a relação entre o enfermo e sua doença (BARROSO et al., 2021).

A identificação de fatores socioeconômicos e culturais, relacionados à escolaridade, cognitivos, relacionados à idade e ou à doença de base, além da complexidade, inerente à associação frequente de doenças graves que culmina com polifarmácia, e, obviamente, ações com o objetivo de minimizar os efeitos negativos na terapêutica médica são primordiais para a melhor adesão. A abordagem multidisciplinar do paciente contempla o tratamento de forma integral, porque são fornecidas soluções mais amplas, direcionadas ao paciente, suas necessidades e todas as limitações envolvidas nesse processo multifacetado. Nesse sentido, o presente estudo baseia-se em ações coordenadas por equipe multidisciplinar, constituída por membros do serviço de farmácia, de assistência social e de cardiologia, visando identificar e solucionar os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento médico cardiológico ambulatorial e avaliar o impacto dessas ações nesse processo.

2 OBJETIVO

Implementar e avaliar o impacto de ações coordenadas por equipe multidisciplinar, direcionadas para solucionar fatores que possam influenciar na adesão ao tratamento cardiológico ambulatorial.

3 MÉTODOS

Estudo longitudinal, em sua primeira etapa desenvolvida de maio a dezembro de 2022, envolvendo subgrupo de pacientes alocados em outro estudo em curso, SURF CHD (Survey of Risk Factors in Coronary Heart Disease), aprovado pelo Comitê de Ética da UEPG (número do parecer: 5.209.153). Todos os pacientes são atendidos no ambulatório acadêmico de cardiologia do hospital universitário regional dos campos gerais, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). A equipe multidisciplinar é constituída por acadêmicos de medicina, o professor e cardiologista responsável pelo atendimento ambulatorial, farmacêuticos residentes e pela assistente social responsável pelos ambulatórios. O fluxo de atendimento inicia-se pela consulta cardiológica, seguida pelo atendimento multidisciplinar.

A abordagem multidisciplinar é iniciada pela assistente social, que avalia a condição socioeconômica do paciente, a escolaridade, faixa de renda (calculada pela renda total da casa dividida pelo número de moradores), limitações individuais (cognitivas ou de alfabetização) possíveis dificuldades de acesso ao atendimento cardiológico do hospital, além de possíveis dificuldades de acesso às medicações prescritas. Em seguida, os acadêmicos de medicina abordam as condições de hábitos de vida e orientam sob as mudanças indicadas no atendimento cardiológico e aplicam os questionários indicados.

Em relação às condições de hábitos de vida, por meio de informações do paciente, faz-se um detalhamento dos hábitos alimentares e orienta-se as substituições, as exclusões e sobre as quantidades adequadas aos padrões indicados, com a individualização necessária, dentro do contexto clínico e socioeconômico, ressaltando a importância das mudanças propostas. A atividade física é avaliada conforme o tempo total de atividade semanal, sendo o paciente classificado como sedentário (nenhuma atividade), praticante menor que moderado (tempo de atividade < 90 minutos/ semana) moderado (tempo de atividade entre 90 e 150 minutos/semana) ou mais que moderado (tempo de atividade > 150 minutos/semana). Os benefícios da atividade física são claramente colocados e a atividade física é orientada conforme a condição clínica do indivíduo. A atividade física, pelo menos moderada é orientada e incentivada para aqueles cuja condição clínica permite e é orientada de forma individualizada, com intensidade que não cause qualquer sintomatologia para os limitados.

Os acadêmicos de medicina também aplicam questionários para avaliações complementares. O questionário de adesão ao tratamento farmacológico Morisky-Green (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008) é interpretado da seguinte forma: baixa aderência (todas as respostas positivas), moderada aderência (uma ou duas positivas) e alta aderência (nenhuma positiva). O questionário de qualidade de vida do hipertenso em seus aspectos somático e mental MINICHAL (SCHULZ et al., 2008) é analisado comparando a pontuação da primeira com a da segunda abordagem multidisciplinar. Por meio do questionário de grau de dependência nicotínica Fagerström (CARMO; PUEYO, 2002), classifica-se o grau de dependência como muito baixa (0 a 2 pontos), baixa (3 a 4), média (5), elevada (6 a 7) e muito elevada (8 a 10). Também, utiliza-se o questionário de avaliação de abuso ou dependência do álcool CAGE (MASUR et al., 1985), considerando-se como ponto de corte duas respostas positivas.

Por fim, as farmacêuticas dão orientações sobre o armazenamento e o uso correto das medicações e, ainda, confeccionam uma tabela esquemática (utilizando fitas coloridas) com a prescrição medicamentosa do paciente, a fim de facilitar a identificação dos medicamentos e os horários de administração.

Os demais dados levantados são obtidos por meio do prontuário eletrônico: comorbidades (doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, acidente vascular cerebral e demência); fatores de risco para doença cardiovascular; medicamentos utilizados fora da esfera cardiológica.

Em consulta subsequente, com intervalo médio de 6 meses, dependendo da possibilidade de retorno do paciente, avalia-se as alterações no contexto socioeconômico e clínico do paciente, incluindo a reaplicação dos questionários e coleta de dados clínicos e laboratoriais atualizados, além de reorientações acerca de estilo de vida. Nessa fase do estudo, o intervalo de reavaliação foi de 5 a 7 meses. Foram excluídos os pacientes que não passaram pelos 2 atendimentos no intervalo proposto.

4 RESULTADOS

Sobre a caracterização geral da amostra, foram incluídos 15 pacientes, dos quais 60% eram do sexo masculino. Em relação às faixas etárias, 6,7% dos indivíduos estavam na faixa de 45 a 59 anos, 13,3% tinham 60 a 64 anos, 13,3% estavam na faixa de 65 a 69 anos, 53,3% tinham 70 a 74 anos e 13,3% tinham 75 anos ou mais, sendo a média de idade de 69,26 anos. A faixa de renda mais prevalente foi a de até 1 salário mínimo por morador da residência

(73,3%), seguida pela de até 2 salários mínimos (26,7%). Quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto (73,3%) e 20% dos pacientes eram analfabetos (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização geral dos pacientes atendidos

VARIÁVEIS		NÚMERO INDIVÍDUOS	DE	PORCENTAGEM
Sexo	Masculino	9		60%
	Feminino	6		40%
Idade	45 a 59 anos	1		6,7%
	60 a 64 anos	2		13,3%
	65 a 69 anos	2		13,3%
	70 a 74 anos	8		53,3%
	75 anos ou mais	2		13,3%
Faixa de renda (salários-mínimos morador)	por Até 1	11		73,3%
	Até 2	4		26,7%
Escolaridade	Não alfabetizado	3		20%
	Ens. Fund. incompleto	11		73,3%
	Ens. Fund. completo	1		6,7%

Fonte: Composição da autora

Quanto às comorbidades: 100% dos pacientes eram portadores de HAS, de dislipidemia e de doença arterial coronariana; 60% dos pacientes eram diabéticos; 33,3% eram obesos; 26,7% dos pacientes eram portadores de insuficiência cardíaca; 13,3% de doença renal crônica; 13,3% de fibrilação atrial e 13,3% dos pacientes possuíam demência. Quanto aos eventos cardiovasculares e procedimentos da esfera cardiovascular, 53,3% dos pacientes apresentaram infarto agudo do miocárdio (IAM) previamente, 73,3% dos pacientes foram submetidos à angioplastia, 26,7% à revascularização miocárdica e 13,3% dos pacientes possuíam histórico de acidente vascular cerebral (AVC) (tabela 2).

Tabela 2 – Comorbidades, intervenções e eventos cardiovasculares

VARIÁVEIS		NÚMERO INDIVÍDUOS	DE	PORCENTAGEM
Comorbidades	HAS	15		100%
	Dislipidemia	15		100%
	Doença arterial coronariana	15		100%
	Diabetes	9		60%
	Obesidade	5		33,3%
	IC	4		26,7%
	Fibrilação atrial	2		13,3%
	Doença renal crônica	2		13,3%
	Demência	2		13,3%
História mórbida pregressa	IAM	8		53,3%
	Submetido à angioplastia	11		73,3%
	Submetido à revascularização miocárdica	4		26,7%

AVC	2	13,3%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Insuficiência Cardíaca (IC); Infarto Agudo de Miocárdio (IAM); Acidente Vascular Cerebral (AVC).		
Fonte: Composição da autora.		

Sobre o meio de locomoção utilizado para acessar o Ambulatório de Cardiologia, 60% utilizavam o transporte público, o restante deslocava-se com veículos privados, como via aplicativos de corrida, veículos do próprio paciente ou de familiares. Questionados se havia dificuldade de acesso ao ambulatório, 40% dos pacientes afirmaram ter dificuldades, como residir em outro município, tempo prolongado no deslocamento e no atendimento (usuários de transporte público intermunicipal), além de limitações físicas pelas sequelas das doenças de base e ou pela idade avançada.

Quanto às medicações, 86,7% dos pacientes obtinham os medicamentos tanto via SUS, quanto particular, apenas 6,7% dos pacientes tinham o SUS como única fonte de acesso à medicação e os outros 6,7% dos pacientes obtinham a medicação de modo particular. Interrogados sobre limitações para conseguir os medicamentos, 66,7% dos pacientes negaram. Em relação ao entendimento das orientações tanto farmacológicas como não farmacológicas, 53,3% dos pacientes negaram quaisquer limitações cognitivas, 33,3% alegaram limitações de alfabetização e 13,3% apresentavam limitação cognitiva.

Em relação ao tratamento farmacológico, na 1ª abordagem multidisciplinar, a maioria dos pacientes utilizava de 5 a 9 medicações (53,3%), sendo observado, na 2ª abordagem, uma redução para a 47% da amostra. O grupo de 1 a 4 variou de 6,7% na 1ª abordagem para 13% na 2ª e, por fim, o grupo de > 10 medicações manteve o mesmo número de pacientes (tabela 3).

Tabela 3 – Número de medicamentos utilizados diariamente

Número de medicações utilizadas diariamente	1ª ABORDAGEM		2ª ABORDAGEM	
	PACIENTES	PORCENTAGEM	PACIENTES	PORCENTAGEM
1 a 4	1	6,7%	2	13%
5 a 9	8	53,3%	7	47%
10 ou mais	6	40%	6	40%

Fonte: Composição da autora.

Mais da metade dos pacientes utilizavam medicações 4 vezes ao dia, sendo todas as frequências de uso diário mantidas nas duas abordagens (tabela 4).

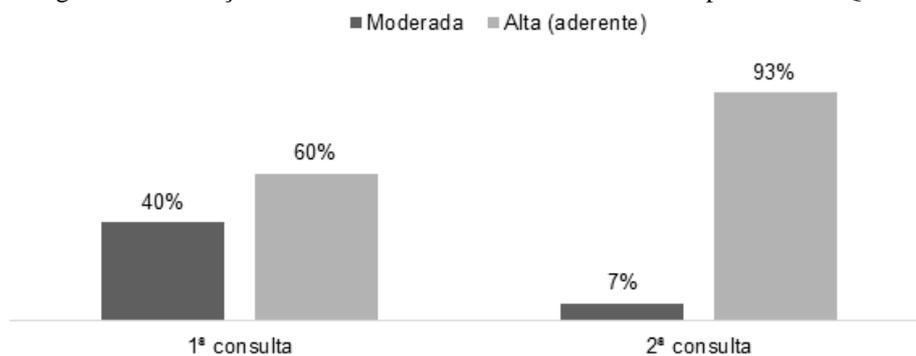
Tabela 4 – Frequência diária de uso de medicamentos

Número de tomadas por dia	1ª ABORDAGEM		2ª ABORDAGEM	
	PACIENTES	PORCENTAGEM	PACIENTES	PORCENTAGEM
2	1	6,7%	1	6,7%
3	4	26,7%	4	26,7%
4	10	66,7%	10	66,7%

Fonte: Composição da autora.

A adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo questionário de Morisky-Green (QMG) na 1ª abordagem foi moderada em 40% e alta (aderente) em 60% dos pacientes. Na 2ª abordagem, a alta adesão aumentou expressivamente (93%) e a baixa adesão não foi caracterizada em nenhum paciente, sendo que somente 26,6% dos pacientes autorrelataram que não houve mudança no grau de adesão ao tratamento medicamentoso (figura 1).

Figura 1 – Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso por meio do QMG

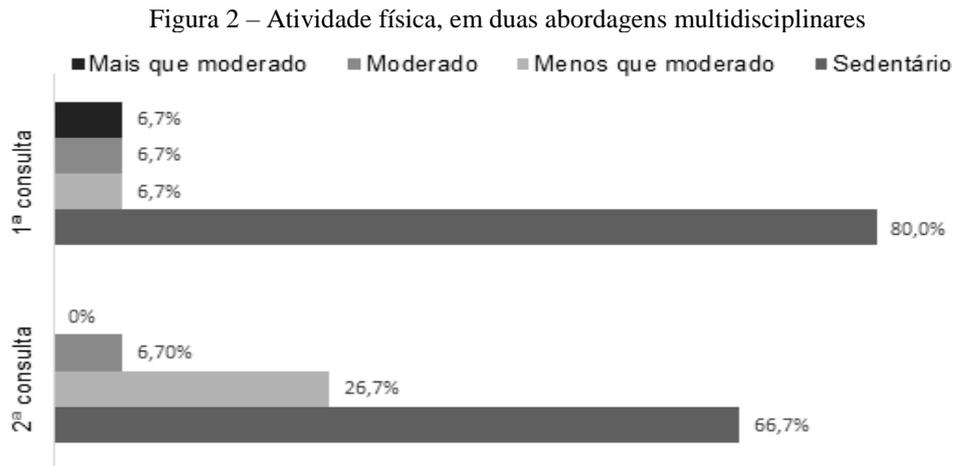


Fonte: Composição da autora.

Quanto ao tabagismo, não houve mudança entre a 1ª e a 2ª abordagem: 20% não-tabagistas, 60% ex-tabagistas e 20% tabagistas, sendo considerado ex-tabagista o paciente que estava, no mínimo, há 6 meses sem fumar. Entretanto, houve mudança na análise da dependência nicotínica, avaliada pelo questionário de Fargeström entre as duas abordagens: dependência muito baixa em 1 e baixa em 2 pacientes na 1ª abordagem e muito baixa nesses 3 pacientes na 2ª. Ainda, por meio de autorrelato, os pacientes afirmaram diminuição da dependência na 2ª abordagem. Em relação ao etilismo, também não houve mudança entre as duas abordagens, sendo 60% da amostra constituída por não etilistas e 40% por ex-etilistas, dessa forma, o questionário CAGE, para avaliação de abuso de álcool, não precisou ser utilizado.

Com relação à atividade física, na 1ª abordagem, 80% dos pacientes eram sedentários, 6,7% praticavam com intensidade e frequência classificada como menos que moderada, 6,7%

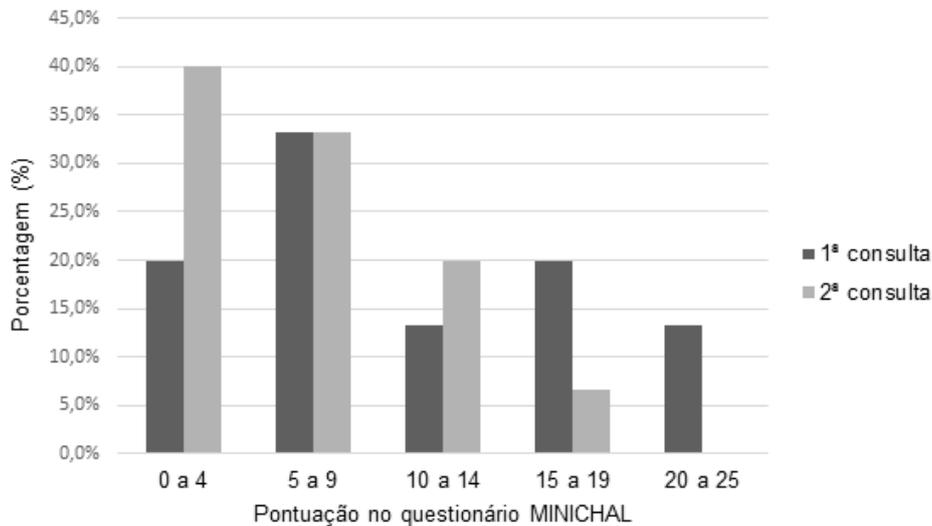
moderada e 6,7% mais que moderada. Na 2ª abordagem, houve redução do percentual de sedentários (66,7%), não havia praticantes de atividade física mais que moderada, houve aumento do percentual dos praticantes de atividade física de intensidade menos que moderada (26,7%) e o número de pacientes do grupo de intensidade moderado permaneceu o mesmo (6,7%). Ao serem questionados sobre a adesão ao exercício físico na 2ª abordagem, 33,3% dos pacientes autorrelataram melhora (figura 2).



Fonte: Composição da autora.

A avaliação da qualidade de vida (figura 3) foi feita por intermédio do questionário MINICHAL, cuja pontuação varia de 0 a 51 e tem relação inversa com a qualidade de vida do paciente hipertenso. A pontuação dos pacientes do estudo variou de 1 (pontuação mínima) a 25 (pontuação máxima) considerando as duas abordagens. Os pacientes foram divididos em 5 grupos conforme as pontuações. Na 1ª abordagem, 20% dos pacientes encontravam-se no grupo de 0 a 4, 33,3% no grupo de 5 a 9 pontos e 13,3% dos pacientes encontravam-se no grupo de 20 a 25 pontos. Na 2ª abordagem, observou-se aumento no percentual de pacientes no grupo de 0 a 4 (40%) redução, aparentemente expressiva, do percentual de pacientes no grupo de 15 a 19 (7%) e nenhum paciente foi inserido no grupo de maior pontuação 20 a 25 pontos.

Figura 3 – Comparação da qualidade de vida dos pacientes entre as consultas multidisciplinares



Fonte: Composição da autora.

5 DISCUSSÃO

A complexidade da terapêutica, reflexo da complexidade do quadro clínico do paciente, seja pela associação de doenças ou pela gravidade da doença de base, leva a polifarmácia e conseqüentemente a uma maior possibilidade de má adesão ao tratamento médico recomendado. Além disso, fatores socioeconômicos, culturais, cognitivos relacionados à idade e ou ao quadro clínico, formam um círculo vicioso que leva a piora da qualidade de vida e ao maior número de complicações, inclusive as fatais.

A amostra do presente estudo foi constituída, principalmente, por indivíduos do sexo masculino (60%), ≥ 70 anos (66,6%), com média de idade de 69,26 anos, de baixa renda e de baixa escolaridade, sendo 73,3% com ensino fundamental incompleto e 20% analfabetos (tabela 1). Também, 100% dos pacientes eram portadores de HAS, dislipidemia e doença arterial coronariana, 60% eram diabéticos, 33,3% eram obesos, 26,7% dos pacientes eram portadores de insuficiência cardíaca e 13,3% de doença renal crônica, além de outras comorbidades, o que caracteriza esses indivíduos como de maior risco à má adesão ao tratamento médico. No contexto de prevenção primária e secundária, aproximadamente 1/3 dos pacientes com história de IAM e metade dos pacientes em prevenção primária são não aderentes à terapêutica médica (NADERI; BESTWICK; WALD, 2012).

Em nosso estudo, o percentual de alta adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo QMG, aumentou após a abordagem multidisciplinar, passando de 60% para 93%, caracterizando expressiva melhora (figura 1). *Resultado semelhante, aumento da adesão em 41,4 %, foi observado em estudo que avaliou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo*

mesmo questionário, após a intervenção de profissionais farmacêuticos. Contudo, o período de estudo foi de 12 meses e o foco da avaliação da adesão foi especificamente a terapêutica anti-hipertensiva (AQUINO, 2013).

Em relação à atividade física, entre a 1ª e a 2ª abordagem houve redução do número de sedentários, passando de 80 para 66,7% dos pacientes (figura 2). *Em estudo longitudinal que envolveu hipertensos, tanto as orientações feitas para grupos de pacientes, quanto aquelas realizadas também de forma individualizada, melhoraram o percentual de indivíduos ativos, respectivamente, de 22% para 49% e de 21% para 52% (NOTTI, 2014).* Dessa forma, fica evidente a importância da orientação das equipes de saúde quanto à cessação do sedentarismo, uma vez que a educação do paciente, o esclarecimento dos benefícios e a adequação do exercício conforme o perfil clínico são capazes de melhorar o estilo de vida dos indivíduos.

Quanto ao número de tabagistas, não houve mudança entre a 1ª e a 2ª abordagem (20% da amostra). Contudo, a dependência nicotínica, avaliada pelo questionário de Fargeström foi classificada como muito baixa em todos os tabagistas na 2ª abordagem. Em relação ao etilismo, observou-se a mesma característica nas duas abordagens (60 % não etilistas e 40% ex-etilistas).

A qualidade de vida (figura 3) avaliada pelo questionário MINICHAL, cuja pontuação tem relação inversa com a qualidade de vida do paciente hipertenso, melhorou após a 1ª abordagem, passando de 20 para 40% o percentual de indivíduos com pontuação compatível com uma melhor qualidade de vida (0 a 4 pontos) e nenhum paciente foi inserido no grupo de maior pontuação (20 a 25 pontos) que caracteriza pior qualidade de vida (figura 3). Esse resultado é semelhante ao encontrado em outro estudo longitudinal realizado com hipertensos, que avaliou a intervenção do profissional farmacêutico na qualidade de vida, o qual, na reavaliação após 6 meses, a média entre os 7 pacientes no MINICHAL passou de 9 para 4,714 (AYALA; CONDEZO; JUÁREZ, 2010).

Esse trabalho, que constitui a primeira fase ou etapa de análise do estudo que terá continuidade em nossa instituição, tem como principal limitação o número pequeno da amostra. Todavia, a expressiva melhora observada na adesão ao tratamento farmacológico e na qualidade de vida desses pacientes, bem como os resultados positivos relacionados aos hábitos de vida, reforçam a importância desse tipo de iniciativa.

6 CONCLUSÃO

As ações coordenadas por equipe multidisciplinar constituída por médicos, acadêmicos de medicina, profissionais do serviço de farmácia e de assistência social, melhoram a adesão ao

tratamento médico tanto farmacológico quanto não farmacológico e, conseqüentemente, melhoram a qualidade de vida dos cardiopatas em tratamento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, A. T. **Impacto da atenção farmacêutica na qualidade de vida e no perfil clínico de pacientes com hipertensão arterial assistidos pela estratégia saúde de família.** Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.
- AYALA L, L. K.; CONDEZO M, K.; JUÁREZ E, J. R. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertension arterial. **Ciencia e Investigación**, v. 13, n. 2, p. 78–81, 2010.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2021.
- BLOCH, K. V; MELO, A. N. DE; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2979–2984, 2008.
- CARMO, J. T. DO; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev. Bras. Med**, v. 59, n. 1/2, p. 73–80, 2002.
- DE OLIVEIRA, D. C. *et al.* Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 3, p. 219–222, 2013.
- HEIDENREICH, P. A. *et al.* Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. **Circulation. Heart failure**, v. 6, n. 3, p. 606–19, 2013.
- MASUR, J. *et al.* Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE: utilidade e limitações. **J. Bras. psiquiatr.**, v. 34, n. 1, p. 31–34, 1985.
- NADERI, S. H.; BESTWICK, J. P.; WALD, D. S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: Meta-analysis on 376,162 patients. **American Journal of Medicine**, v. 125, n. 9, p. 882- 887.e1, 2012.
- NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 2020.
- NOTTI, R. K. **Efetividade de um programa multidisciplinar para controle da pressão arterial em atenção primária à saúde.** Tese (Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Organização Mundial da Saúde, 2003.
- SANTOS, Z. M. DE S. A. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 332–340, 2005.

SCHULZ, R. B. *et al.* Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 2, p. 127–131, 2008.

SOBRAL, P. D. *et al.* Razões para não adesão a fármacos em pacientes com doença arterial coronariana. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 166–70, 2017.