

AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA¹

Maria Fernanda de Oliveira Carvalho²

João Carlos Alchieri³

RESUMO

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, e desde a década de 60 lideram as causas de óbito no país, sendo responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira. Dentre as doenças cardiovasculares encontra-se a insuficiência cardíaca crônica (ICC), considerada uma das mais graves deste século devido à sua alta prevalência; tal doença não só aumenta mortalidade e reduz a qualidade de vida das pessoas afetadas, mas é também a principal causa do aumento das despesas de saúde, devido aos altos índices de internação. Estima-se que entre metade a dois terços das internações por IC são evitáveis através de melhor aderência ao tratamento, com isso, propõe-se fazer uma revisão da literatura que refere comportamentos de adesão em pacientes que apresentam tal doença, buscando possíveis marcadores e indicadores comportamentais, bem como os instrumentos que vêm sendo utilizados atualmente com fins de investigação e avaliação deste aspecto. A baixa adesão ao tratamento pode estar associada a diversos fatores, desde problemas sócio-econômicos, distúrbios psicológicos,

¹Artigo formatado conforme normas da APA, 5ª ed.

²Pós-graduanda em Avaliação Psicológica.

E-mail: carvalho.mfernanda@gmail.com

³Professor adjunto do departamento de Psicologia da UFRN.

E-mail: jcalchieri@gmail.com

e prejuízos cognitivos, até as características da doença e a complexidade do tratamento; o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, em contrapartida, é um dos fatores que contribui à adesão ao tratamento. Alguns autores vêm buscando apresentar métodos que avaliem a adesão ao tratamento incluindo testes e inventários psicológicos, porém há um número limitado de investigação nesse sentido. Sabe-se que o comportamento aderente envolve muitos e diferentes fatores, o que requer investigação aprofundada por meio da avaliação psicológica, no sentido de identificar quais destes favorecem ou dificultam o seguimento adequado do tratamento, e promover maior conhecimento tanto à equipe de saúde quanto ao paciente, possibilitando estratégias de intervenção.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca, adesão, tratamento.

ASSESSMENT OF ADHERENCE THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

ABSTRACT

According to data from the World Health Organization (WHO), cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide, and since the 60 leading causes of death in the country, accounting for significant impact on mortality of the population. Among the cardiovascular disease is chronic heart failure (CHF), considered one of the most severe this century due to its high prevalence, this disease not only increases mortality and reduces the quality of life of those affected, but it is also the main cause the increase in health spending due to high rates of hospitalization. It is estimated that between half and two thirds of admissions for HF are preventable through better adherence to treatment, therefore, it is proposed to review the literature concerning compliance behaviors in patients with this disease,

seeking possible markers and indicators behavioral as well as the instruments that are being currently used for research purposes and evaluation of this aspect. The low uptake of treatment may be associated with several factors, from socio-economic problems, psychological disorders and cognitive impairments, to the disease characteristics and complexity of treatment, the relationship between health professional and patient, however, is one of factors contributing to treatment adherence. Some authors have sought to present methods to assess adherence to treatment, including psychological tests and inventories, but there are a limited number of research accordingly. It is known that the compliance behavior involves many different factors, which requires detailed investigation by means of psychological assessment, to identify which of these help or hinder the appropriate follow-up treatment, and promote greater understanding of both the healthcare staff as to patient, allowing for intervention strategies.

Keywords: heart failure, adherence, treatment.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, e desde a década de 60 lideram as causas de óbito no país, sendo responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira (Ferreira, Peixoto, Barbosa & Silveira, 2010). Por definição, estas constituem um grupo de doenças do coração, vasos sanguíneos e incluem a doença cardíaca coronária - doença dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco; doença vascular cerebral - doença dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro; doença arterial periférica - doença dos vasos sanguíneos que suprem os braços e pernas; doença cardíaca reumática - danos ao músculo do coração e válvulas cardíacas a partir de febre reumática, causada pela bactéria estreptococos; doença cardíaca congênita -

malformações da estrutura cardíaca pré-existente ao nascimento; trombose venosa profunda e embolia pulmonar - a formação de coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que pode desalojar e ir para o coração e os pulmões (OMS, 2011).

A OMS aponta fatores concomitantes a exemplo de alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo como os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, entretanto, Jurkiewicz e Romano (2009) apontam que o estresse relacionado ao ambiente de trabalho, problemas pessoais e familiares também representam risco de morbidade. Os fatores de risco considerados tradicionais, como hipercolesterolemia, tabagismo, sedentarismo, hipertensão, diabetes e obesidade, não foram encontrados em 35% dos casos de doença arterial coronariana (DAC) documentada, em países da América Latina, de acordo com os referidos autores.

Para Sardinha, Nardi e Zin (2008), além da associação encontrada em população clínica, evidências de modelos animais (especialmente primatas) sugerem que o estresse psicossocial crônico – ativação autonômica do organismo visando adaptar-se aos estímulos (estressores) do ambiente – pode provocar alterações neuroendócrinas importantes no organismo, em função da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, como aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, e ainda efeitos psicológicos, como déficits de sustentação da atenção e de memória. Dessa forma, o estresse torna-se um importante fator de risco a ser combatido tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças cardiovasculares.

Pugliese et al. (2007) citam estudos nos quais a abordagem conjunta composta por tratamento clínico, aliado a um programa de intervenção para controle de diversos fatores de risco, por meio de orientação educativa ou intervenção comportamental, é mais eficaz na redução da taxa de morbidade e mortalidade cardiovascular, em comparação com tratamento exclusivamente farmacológico. Nesse sentido, fatores de

risco psicológicos têm sido implicados no desencadeamento e na progressão da doença cardiovascular, estando associados com o estado de saúde prejudicada (Spindler, Kruse, Zwisler & Pedersen, 2009).

Rique, Soares e Meirelles (2002) apontam que a nutrição adequada pode alterar a incidência e a gravidade das coronariopatias, já que populações com diferentes dietas apresentam variações na mortalidade cardiovascular. Estes autores referem estudo realizado com quase 40.000 mulheres profissionais de saúde, no qual os mais altos consumos de vegetais e frutas (exceto batata) estavam associados ao risco mais baixo das doenças cardiovasculares, principalmente infarto. Consideram ainda que a American Heart Association enfatiza o consumo de vegetais, frutas e grãos integrais, confirmando a importância das fibras alimentares, antioxidantes e outras substâncias na prevenção e controle dessas doenças, recomendando também a manutenção de peso saudável, auxiliado pela atividade física regular e consumo moderado de gorduras, evitando assim o consumo excessivo de calorias. A intensidade e a duração do exercício estão relacionados entre si, uma vez que a melhora da forma física em atividades de menor intensidade e maior duração é similar a outras de maior intensidade e menor duração, quando o gasto calórico for equivalente em ambas. No entanto, exercícios de alta intensidade são mais associados a um maior risco cardiovascular e de injúria ortopédica, além de apresentar menor adesão. Nesse sentido, programas que enfatizem atividades físicas de intensidade moderada com duração mais longa são recomendáveis para a maior parte dos adultos, já que grande parte destes é sedentária e apresenta pelo menos um fator de risco para as doenças cardíacas (Rique et al., 2002).

Dentre as doenças cardiovasculares encontra-se a insuficiência cardíaca crônica (ICC), considerada uma das mais graves deste século devido à sua alta prevalência. Tal doença não só aumenta mortalidade e reduz a qualidade de vida das pessoas afetadas,

mas é também a principal causa do aumento das despesas de saúde, devido aos altos índices de internação (Braun et al., 2011); além disso, nos estágios superiores da insuficiência cardíaca, a qualidade de vida (QV) tende a diminuir. As melhorias das taxas de mortalidade pela farmacoterapia atual não implicam necessariamente em melhoria de qualidade de vida. Tratamento como treinamento e educação do paciente tem demonstrado um elevado impacto sobre a QV, mas embora esta deva ser uma das principais preocupações, não é um tópico central da investigação cardíaca. Existem várias diretrizes para a gestão dos pacientes com insuficiência cardíaca, mas a adesão a estas orientações é baixa (Peters-Klimm et al., 2007).

Tendo em vista os apontamentos atuais da literatura, e considerando a magnitude das doenças cardíacas, em especial a ICC, o objetivo deste trabalho é fazer uma discussão da literatura que refere comportamentos de adesão em pacientes que apresentam tal doença, buscando possíveis marcadores e indicadores comportamentais, bem como os instrumentos que vêm sendo utilizados atualmente com fins de investigação e avaliação deste aspecto.

AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

A insuficiência cardíaca pode ocorrer em decorrência de qualquer condição que determine a diminuição do bombeamento de sangue pelo coração. A causa, em geral, é a redução da contratilidade do músculo cardíaco, decorrente da diminuição do fluxo sangüíneo coronário, embora a deficiência de bombeamento também possa ser causada por lesão das válvulas cardíacas, pressão externa em torno do coração, deficiência de vitamina B, doenças primárias do músculo cardíaco, ou por qualquer outra anormalidade que torne o coração uma bomba pouco eficiente (Guyton & Hall, 2002). Nesse sentido,

geralmente resulta de disfunção estrutural ou funcional do coração, que compromete a sua capacidade de comportar o volume de enchimento diastólico de sangue ou de realizar sua ejeção, sendo caracterizada por disfunção ventricular e alterações da regulação neuro-humoral, acompanhada de sintomas de cansaço aos esforços, retenção hídrica e redução da expectativa de vida; a presença de ortopnéia e dispnéia paroxística noturna são sintomas mais específicos encontrados na insuficiência cardíaca, além de dor torácica e palpitação (Fiorelli, Coelho, Oliveira & Oliveira, 2008).

A classificação funcional segundo a New York Heart Association (NYHA) é a mais comumente empregada e se baseia na atividade física necessária para o aparecimento de sintomas, podendo variar da Classe Funcional I à IV, a depender das limitações associadas a atividades físicas, com ou sem sintomatologia específica. À medida que se avança na classe funcional a mortalidade cresce na mesma proporção, podendo-se atingir índices da ordem de 50% ou mais, naqueles pacientes que se encontram em classe III ou IV; a sobrevida da insuficiência cardíaca com o tratamento clínico é estimada em 84%, 63% e 52%, em um, dois e cinco anos, respectivamente (Fiorelli et al., 2008). Segundo Buffolo, Paula, Palma e Branco (2000), a sobrevivência destes pacientes, apesar do uso adequado de medicamentos, é de 50% em cinco anos, e aqueles que se encontram em classe IV apresentam sobrevivência de 40% em um ano; estudo apontado por Castro, Aliti, Linhares e Rabelo (2010) demonstra que de 263 pacientes internados por descompensação da insuficiência cardíaca, 25,8% foram a óbito após um ano de seguimento, e 51,2% procuraram o atendimento de emergência de 1 a 12 vezes durante esse período.

Frequentemente o paciente com insuficiência cardíaca tem consideráveis comorbidades, que podem incluir a fibrilação atrial, hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar crônica, renal ou doenças degenerativas, tais como osteoartrite, além de

declínios cognitivos resultando muitas vezes em uma baixa qualidade de vida. A insuficiência cardíaca crônica é vista como um complexo de síndromes clínicas, que deve ser tratado com uma combinação de antagonistas neuro-hormonais. As comorbidades fazem a avaliação e tratamento da ICC ainda mais complexo, e devido a ela, há uma necessidade de promover e desenvolver a colaboração multidisciplinar entre profissionais de saúde (Swedberg et al., 2008).

O tratamento de manutenção é a pedra angular na insuficiência cardíaca nos dias de hoje, sendo os medicamentos recomendados de acordo com o CES e AHA / ACC são inibidores da ECA, diuréticos, betabloqueadores, espironolactona e digoxina. De acordo com orientações para fins de controle, a quantidade de sal na dieta (V mg 2000) é especialmente relevante em doentes, e uma restrição hídrica de 1500-2000 ml devem ser recomendadas na insuficiência cardíaca avançada. Pesagem diária é um importante instrumento para a detecção de piora; de acordo com as diretrizes, pacientes com insuficiência cardíaca são aconselhados a pesar-se diariamente e em caso de ganho de peso súbito e inesperado, deve-se ter alerta nos cuidados à saúde ou ajuste da dose de diuréticos. Pacientes com a doença em uma condição estável devem ser incentivados a realizar atividades físicas diárias no tempo de lazer, que não induzam sintomas. Orientações sobre atividade física e equilíbrio entre atividade e repouso é hoje parte de muitos programas de gerenciamento da doença (Wal, Jaarsma & Veldhuisen, 2005). Nos casos de insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, o tratamento de eleição é o transplante cardíaco, entretanto, devido ao número reduzido de doadores, a indicação desta conduta é restrita. Pacientes idosos, presença de outras doenças clínicas associadas, falta de condições sócio-econômicas adequadas, são alguns dos principais fatores que impedem o tratamento de eleição. Nesta parcela de pacientes, a evolução clínica em

curto prazo é insatisfatória, com altas taxas de mortalidade devido à inexistência, no momento, de alternativa eficaz ao transplante cardíaco (Buffolo et al., 2000).

A falta de uniformidade universal no conceito da insuficiência cardíaca dificulta a comparação entre os seus dados epidemiológicos entre diferentes países. Estatísticas americanas revelam que o risco de internação de homens e mulheres afro-descendentes é superior em 33% e 50%, respectivamente, em relação a indivíduos brancos de sexos equivalentes. Estima-se que nos Estados Unidos da América a insuficiência cardíaca apresente prevalência de 5,5 milhões de casos, com incidência de 550 mil casos novos por ano, e com mortalidade de 300 mil pacientes por ano, além de custos relacionados de aproximadamente 35 bilhões de dólares, sendo a primeira causa de internação na faixa etária acima dos 65 anos. No Brasil, a insuficiência cardíaca já se tornou a primeira causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade e a sexta causa de internação em pacientes entre 15 e 59 anos, com gasto estimado acima de 225 milhões de reais, somente no ano de 2004 (Fiorelli et al., 2008). Dados do DataSUS (2011) revelam que só em fevereiro houve 19.524 internações por insuficiência cardíaca, afora os serviços privados, com destaque para a região Sudeste, contabilizando 8.358 internações. Assim sendo, verifica-se que a insuficiência cardíaca é um importante problema crescente de saúde pública, de amplitude mundial.

A Organização Mundial de Saúde conceitua o termo “adesão a tratamentos crônicos” como o grau de comportamento de um indivíduo representado pela ingestão de medicamento, pelo cumprimento da dieta, pelas mudanças no estilo de vida e pela correspondência e concordância em relação às recomendações de um médico ou outro profissional. Denomina como “dimensões” os fatores que afetam a adesão, classificando-os em cinco grupos: fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde, fatores relacionados às condições socioeconômicas, fatores relacionados à terapêutica e fatores

relacionados ao paciente e à doença. Tais dimensões são relacionadas da seguinte forma: dados relacionados ao paciente (idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, nível socioeconômico), aspectos psicossociais (auto eficácia, automotivação, autoestima, personalidade, ansiedade, depressão, hostilidade, suporte social, percepção dos benefícios dos medicamentos), doença (cronicidade, ausência de sintomas), hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde, tratamento (custos, efeitos indesejáveis, qualidade de vida), instituição (acesso ao serviço de saúde, política de saúde) e relacionamento com a equipe de saúde (Carvalho, 2006).

Pierin et al. in Carvalho (2006) consideram que existem diferentes níveis de adesão, no nível mais elevado estão os pacientes aderentes, ou seja, aqueles que seguem totalmente o tratamento, e no lado oposto estão os desistes, aqueles que abandonam o tratamento; existem ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento. Para Wal et al. (2005), o problema de não adesão na insuficiência cardíaca é reconhecido por vários autores, no entanto, a maioria das publicações tem como foco, principalmente, a adesão no que se refere à medicação, em detrimento de outras importantes mudanças de estilo de vida. Muzzarelli et al. (2010), consideram que intervenções com vistas à otimização da adesão do paciente ao seu regime médico, e melhora do comportamento de auto-cuidado, tem se mostrado eficaz na prevenção de internações não planejadas e melhora do resultado em pacientes. Hauptman in Farrell et al. (2011) estima que entre metade a dois terços das internações por IC são evitáveis através de melhor aderência ao tratamento.

Considerando a adesão um fenômeno comportamental, as teorias psicológicas de auto-regulação fizeram um contributo significativo para este corpo de trabalho, especialmente a área que se concentra sobre as crenças individuais a respeito da doença e

tratamento. Afirma-se que as crenças sobre a doença e tratamento estão associadas com a autogestão em uma série de condições. Crenças relacionadas aos sintomas que as pessoas associam à sua doença, crenças relativas à duração percebida da doença (linha do tempo), e crenças sobre a possibilidade de cura ou de controlabilidade da doença (controle pessoal e de tratamento) são alguns exemplos (Molloy et al., 2009). Para os autores, as crenças do paciente sobre a duração da insuficiência cardíaca como uma doença, e as consequências dessa condição, podem ser importantes determinantes da adesão à medicação. Por outro lado, é possível que os pacientes decidam interromper intencionalmente ou intermitentemente os medicamentos prescritos, se os vêem como desnecessários na gestão de uma doença que é permanente e tem consequências graves. Nesse sentido, as expectativas podem mudar o comportamento de saúde, melhorar a qualidade de vida, e reduzir a utilização de cuidados por pacientes com insuficiência cardíaca (Smeulders, Haastregt, Hoef, Eijk & Kempen, 2006).

A baixa adesão ao tratamento pode estar associada a diversos fatores, desde problemas sócio-econômicos, distúrbios psicológicos e prejuízos cognitivos, até as características da doença e a complexidade do tratamento; o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, em contrapartida, é um dos fatores que contribui à adesão ao tratamento (Castro et al., 2010). Farrell, Shen, Mallon, Penedo e Antoni (2011) consideram que entre os pacientes com insuficiência cardíaca, a adesão é associada positivamente com a crença de que os medicamentos são benéficos, e na auto-eficácia para ultrapassar barreiras. Isto sugere que fatores relacionados à personalidade e atitudes em relação à medicação e auto-eficácia pode predizer adesão aos medicamentos, e que a avaliação da personalidade pode ser útil na investigação clínica. Molloy et al. (2009) apontam ainda dados de depressão e suporte social associados à não-adesão para medicamentos e outros aspectos da prevenção de auto-cuidado, alegando que pacientes

deprimidos e não deprimidos, e aqueles com níveis altos e baixos de apoio social, tenham um conjunto diferente de crenças sobre a doença e tratamento, que por sua vez determinam a adesão. Sobre o apoio social na forma de cuidados informais, consideram que este pode ser particularmente importante para a compreensão e a auto-gestão da insuficiência cardíaca, bem como crenças sobre a doença e o tratamento podem ser moldadas por aqueles próximos ao paciente. Nesse sentido, as crenças sobre a doença podem ser alvos importantes para a intervenção, buscando melhorar aderência.

Granger et al. (2009), em consonância com as idéias apresentadas, também afirmam que a depressão é conhecida por contribuir para a adesão baixa, bem como déficits cognitivos, e fatores de suporte social. Para eles, tais fatores colaboram para a perda da crença no benefício da medicação e podem contribuir para a posterior baixa adesão, especialmente entre mulheres, o que, associado à complexidade do tratamento medicamentoso, tem sido consistentemente associada com baixa aderência, principalmente nos casos de múltiplas doses diárias.

Em se tratando das orientações medicamentosas, Wal et al. (2005) discutem que o aumento da complexidade do esquema terapêutico pode resultar em uma diminuição de adesão, e que o não cumprimento com medicação, dieta ou restrição hídrica diminui a eficácia do tratamento prescrito e expõe o paciente à desestabilização clínica, o que pode levar a um aumento dos sintomas de insuficiência cardíaca. Os autores descreveram um estudo, no qual pacientes jovens (idade média 54 anos) apresentaram os maiores índices de adesão aos medicamentos; a maioria destes pacientes apresentou um forte sistema de apoio social, o que provavelmente influenciou as taxas de aderência, para eles. A esse respeito, os achados de Wal, Veldhuisen, Veeger, Rutten, e Jaarsma (2010), também apontam a má adesão em pacientes idosos, freqüentemente em classe funcional III-IV, e que relataram sintomas. Desse modo, no que se refere ao uso de medicamentos, pode-se

dizer que os fatores relacionados ao esquema de adesão são a quantidade prescrita, a estabilidade do regime e o número de doses diárias; quanto mais medicamentos, mais doses ou mudanças na medicação, maior o não cumprimento; em contrapartida, o maior contato com o provedor de cuidados de saúde no ambulatório está positivamente relacionado à adesão ao medicamento (Wal et al., 2005).

Corroborando esses achados, Granger et al. (2009), apontam que na literatura, a avaliação dos fatores associados com a adesão tem sugerido que o complexo regime médico, a gravidade da doença, idade avançada, antecedentes de comportamentos de dependência, como tabagismo e uso de álcool, e a presença de doenças psicossociais, especialmente a depressão, estão relacionados com pobre aderência; a má adesão ocorreu com maior frequência entre as mulheres. Wal et al. (2005) associaram a má adesão a pacientes solteiras, com menor auto-eficácia, falta de conhecimento no auto-cuidado, e sem internação anterior. Pacientes com história de insuficiência cardíaca mostraram resposta mais adequada ao súbito aumento de peso do que pacientes recém-diagnosticados. Em conformidade com esta idéia, Muzzarelli et al. (2010) obtiveram, em seu estudo, resultados que indicam que os pacientes que já foram submetidos a uma grande intervenção por causa de sua doença cardíaca podem ser mais aderentes. Em contrapartida um maior número total de comprimidos (medicamentos cardiovasculares e não cardiovasculares) e um maior número de co-morbidades também foram associados a uma melhor aderência, o que entra em dissonância com os achados apontados anteriormente. Tal fato pode ser explicado, segundo os autores, considerando-se o alívio percebido de sintomas da insuficiência por meio do uso de determinados medicamentos, acarretando maior adesão nesse aspecto, quando o paciente desenvolve a idéia dos benefícios do tratamento médico.

Para Wal et al. (2005), no que se refere a possíveis distinções quanto a aspectos demográficos como raça, por exemplo, não há dados conclusivos, considerando a diversidade de achados. Segundo eles, o consumo excessivo de álcool e fumo deve ser desencorajado em pacientes com insuficiência cardíaca devido ao seu negativo efeito sobre o sistema cardiovascular; assim, o não cumprimento de restrições de fumo e álcool foi significativamente correlacionado com o número de readmissões. Uma nova edição no domínio da investigação é a demora do paciente em procurar tratamento. A demora no comportamento de procura pode ser descrita como a quantidade de tempo entre a primeira tomada de consciência dos sintomas, e a chegada ao hospital. Embora os pacientes com IC sejam aconselhados a procurar ajuda em caso de agravamento dos sintomas, é difícil afirmar se há adequação para esta orientação, porque não está clara qual quantidade de tempo de atraso é aceitável (Wal et al., 2005).

Com fins de incrementar a adesão, muitos programas utilizam-se de intervenções fornecendo pistas lembrete e educação médica, mas que deixam a cuja relação com a adesão é obscura. Tais intervenções podem refletir um incorreto pressuposto de que os pacientes serão informados passivamente ao invés de decidir conscientemente se querem ou não aderir ao seu regime médico. Através de estudos e outras correntes de pesquisa, tornou-se claro que os indivíduos não apenas usam o conhecimento ativamente para tomar decisões de aderir aos medicamentos, mas que os seus comportamentos de aderência são influenciados por fatores de personalidade e por crenças e atitudes individuais sobre os medicamentos (Farrell et al., 2011).

Considerando a discussão realizada acima, bem como a necessidade de se identificar os fatores associados à não adesão entre esses pacientes no sentido de propor formas alternativas de intervenção, com vistas ao aumento de comportamentos aderentes, alguns autores vêm buscando apresentar métodos que avaliem a adesão ao tratamento.

Castro et al. (2010) desenvolveram uma pesquisa cujo objetivo foi descrever a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes admitidos com insuficiência cardíaca descompensada; para tal, utilizaram-se da escala de adesão de Morisky, composta de quatro questões dicotômicas com escore variando de 0 (alta adesão) a 4 (baixa adesão), e de questionário próprio de conhecimento da doença e auto-cuidado. Em se tratando da escala de Morisky, os pacientes foram considerados com alto grau de adesão quando as respostas para todas as perguntas foram negativas, e quando três ou quatro respostas foram afirmativas, estes foram classificados com baixo grau de adesão. Acerca do tratamento não farmacológico, investigado por meio do questionário, os pacientes foram considerados aderentes quando realizavam três ou quatro cuidados propostos; caso realizassem dois ou menos, como não aderentes. Em estudo realizado por Delgado e Lima (2001), foi construída uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos com sete itens, sendo os itens 1, 2, 3 e 4 adaptados da escala de Morisky. De um modo geral, os autores encontraram resultados que proporcionaram confiança quanto à consistência interna e quanto à validade concorrente da medida de adesão aos tratamentos, com resposta na forma de escala de Likert.

Outro instrumento, desenvolvido especificamente para insuficiência cardíaca, é o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, composto por 21 questões relativas a limitações que, freqüentemente, estão associadas com o quanto a insuficiência cardíaca impede os pacientes de viverem como gostariam. O paciente deve considerar o último mês para responder aos questionamentos, cujas escalas para cada questão variam de 0 (não) a 5 (demais), onde o 0 representa sem limitações e o 5, limitação máxima. Essas questões envolvem uma dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13) que estão altamente inter-relacionadas com dispnéia e fadiga, uma dimensão emocional (de 17 a 21) e outras questões (de número 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16) que, somadas às dimensões anteriores,

formam o escore total. Esse subgrupo de questões, por não possuir um padrão usual de respostas, não foi agrupado como uma dimensão separada no questionário (Carvalho, Guimarães, Carrara, Bacal & Bocchi, 2009). Para Farrell et al. (2011), a razão provável para os baixos resultados entre os indivíduos com insuficiência cardíaca é o abandono da medicação.

De acordo com os autores, inventários de personalidade como o Behavioral Medicine Millon Diagnóstico (BMMD) têm sido utilizados para mostrar que traços indicam dificuldades com a adesão à medicação. O BMMD é um instrumento desenhado para avaliar a personalidade, considerando uma variedade de traços e comportamentos de saúde que podem afetar o ajustamento à doença e ao tratamento médico. A escala de abuso de medicação consiste em 10 itens, e foi desenvolvida para indicar se um indivíduo é susceptível de uso indevido de medicamentos prescritos. Os itens da escala dizem respeito a abuso de medicação com dificuldade de lembrar quais medicamentos tomar, reserva em compartilhar com outras pessoas temas de sua vida, esperança de que um irá readquirir a saúde, aumento da dose por conta própria, se a medicina não oferece alívio, entre outras questões em torno de adesão à medicação, atitudes e características de personalidade (Farrell et al., 2011). A escala de aderência problemática consiste em 16 itens, e foi concebida para avaliar a extensão em que um indivíduo negligencia a orientação médica, demonstrando desprezo. Os itens da escala dizem respeito ao cumprimento de instruções e expectativas das demais pessoas, investiga se a consulta médica aumenta crenças reconfortantes, a existência de rotina, e a tendência a mudar o estilo de vida com base em pareceres de um médico, entre outras questões em torno das características de comportamento, atitudes e personalidade. Altas pontuações nas duas escalas indicam uma maior probabilidade de demonstrar essas atitudes e comportamentos de negligência (Farrell et al., 2011). Os resultados do estudo apontam para a escala de

uso abusivo de medicamentos como significativamente associada à adesão, bem como menor escolaridade, maior número de doenças co-mórbidas, maiores indicadores de hostilidade e depressão, e menores indicadores de apoio social. O item de uso abusivo de medicamentos relacionado com a importância da dor física foi significativamente associada com o item relacionado à cessação do medicamento devido ao fato de sentir-se melhor, o que demonstra a importância de enfatizar que muitos dos remédios devem continuar a ser tomados, independentemente dos sintomas físicos (Farrell et al., 2011).

Na pesquisa realizada com mulheres cardiopatas, Tamagnini (2009) utilizou-se do Teste de Relações Objetivas de Phillipson com fins de avaliação da dinâmica emocional destas, incluindo avaliação de aderência ao tratamento. Tal instrumento foi elaborado por Herbert Phillipson em 1955, sendo uma técnica projetiva que segue a Teoria das Relações Objetivas de Melanie Klein; composto por 13 lâminas, é solicitado ao paciente que relate histórias a partir do que vê, sendo convidado a falar sobre os personagens, o que aconteceu antes e depois naquele ambiente, envolvendo sentimentos, e que, ao final de cada uma, elabore um título à história contada. As lâminas favorecem o aparecimento de necessidades primitivas, controles egóicos e defesas, bem como fantasias e sentimentos, sendo a lâmina A1(1) recomendada em estudos que avaliam prognóstico, verificando como o paciente reage diante de uma situação nova (Tamagnini, 2009). De acordo com a autora acima, a pulsão de morte, identificada na lâmina BG(10), por exemplo, pode interferir negativamente nos cuidados relacionados ao tratamento dessas pacientes, apontando não adesão, nesse caso. Sentimentos de abandono, solidão e frustração, evocados pela lâmina A1(1) podem levantar a hipótese de desamparo, fator que também compromete, por vezes, o tratamento imposto.

Em estudo realizado por Carvalho (2006), com fins de caracterizar o perfil bio-psico-social de pacientes cardiopatas, no sentido de identificar fatores que possam

interferir na adesão ao tratamento, utilizou-se o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). O QSG contém 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, que são apresentados e respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, constituídos por cinco domínios inter-relacionados à saúde mental: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbio do sono, distúrbio psicossomático e um fator geral relacionado à severidade da doença mental. Os itens do domínio 1 destacam as experiências de tensão, impaciência, cansaço e sobrecarga; os itens do domínio 2 evidenciam o desejo de pôr fim à vida, visto que ela se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectiva; na análise do domínio 3, observa-se a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória; os itens do domínio 4 se referem a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos; o fator 5 é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como mal-estar, dores de cabeça, fraqueza e calafrios, e o domínio geral pode ser interpretado como a soma de todos os domínios, avaliando dessa forma a saúde mental (Carvalho, 2006). Considerando os resultados apontados, os pacientes que deixam de tomar os medicamentos apresentaram nível mais elevado de estresse psíquico, menor auto-eficácia e severidade da ausência de saúde mental. Nesse sentido, os indivíduos que deixaram de tomar remédio por conta própria apresentaram probabilidade 4,3 vezes maior de ter o domínio de estresse alterado; acerca da auto-eficácia alterada, a probabilidade subiu para 4,6 vezes. Em relação ao sexo, as mulheres indicaram ser 3,9 vezes mais suscetíveis que os homens a apresentar alteração da severidade da ausência de saúde mental, o mesmo ocorrendo em relação à desistência de tomar medicamentos por conta própria, com probabilidade 3,3 vezes maior (Carvalho, 2006).

A utilização de medidas psicométricas não explica as razões de maior ou menor adesão aos tratamentos prescritos, mas constitui-se um pré-requisito para a detecção e

posterior compreensão dos problemas e dificuldades a uma adesão adequada, possibilitando estratégias de atuação junto ao paciente (Delgado & Lima, 2001). Há poucos estudos relacionando uso de instrumentos na avaliação da aderência ao tratamento da insuficiência cardíaca; sabe-se que a avaliação psicológica, quaisquer que sejam os fins, não se constitui unicamente por testes, mas estes se apresentam como um mecanismo a mais na identificação de comportamentos desadaptados, o que justifica a importância de pesquisas nessa vertente buscando aprimorá-la. O instrumento de adesão apresentado por Delgado e Lima (2001), adaptado da escala de Morisky, foi construído como medida de adesão ao tratamento medicamentoso. Porém, o problema da adesão aos tratamentos não ocorre somente em relação à tomada de medicamentos prescritos, mas também a falta às consultas, não seguimento da dieta, entre outros; nesse sentido, apesar de os resultados do estudo terem proporcionado confiança quanto à consistência interna e validade concorrente, apresenta-se limitado à verificação das questões maiores que envolvem a não adesão; conta ainda com respostas na escala tipo Likert, o que requer organização cognitiva por parte do sujeito, com fins de não somente avaliar sua forma de comportar-se, mas também dividi-lo em níveis; tal organização advém da estimulação constante ao sujeito, seja por meio da leitura, de jogos e brincadeiras, entre outros, o que não é verificado na população de baixa renda, muitas vezes o público alvo presente no serviço público de saúde, encaminhado para esse tipo de avaliação.

O teste Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, apesar de traduzido e validado com população de pacientes cardiopatas, não apresenta proposta de avaliação da aderência terapêutica, mesmo contemplando dados referentes a dimensões físicas e emocionais. Outra possibilidade de avaliação está no uso de técnicas projetivas, pois permitem ao participante maior liberdade de respostas, porém, em contrapartida, demandam mais tempo, seja na avaliação ou na análise dos dados, por parte do

examinador. No Brasil, discute-se a problemática da escassez de profissionais para abarcar grande demanda de pacientes, em se tratando dos serviços públicos de saúde, o que provoca no profissional a necessidade de planejar suas atividades com fins de obter rápidos resultados, utilizando-se de métodos adequados. A esse respeito, deve-se avaliar a possibilidade de recorrer a essas técnicas, considerando tempo e recursos disponíveis; é interessante também observar logo de início que aspectos devem ser planejados na avaliação, para evitar processos demorados e exposição do paciente a métodos de avaliação que poderiam ser descartados dependendo da situação.

A insuficiência cardíaca, enquanto doença crônica ocasiona alterações na vida do indivíduo, seja em relação a hábitos de vida, mudança de papéis sociais, cuidados especiais com alimentação e frequência na realização de consultas médicas. Diante deste panorama, alguns pacientes não conseguem se adaptar a esta nova condição, provocando comportamentos inadequados, os quais prejudicam a compensação do problema cardíaco. O comportamento aderente envolve muitos e diferentes fatores, o que requer investigação aprofundada, por meio da avaliação psicológica, no sentido de identificar quais destes favorecem ou dificultam o seguimento adequado do tratamento, e promover maior conhecimento tanto à equipe de saúde quanto ao paciente, possibilitando estratégias de intervenção.

CONCLUSÃO

Para se caracterizar a adesão terapêutica a discussão de uma série de fatores, sejam estes sócio-econômicos, físicos e psicológicos, entre outros devem estar presente e avaliada na sua intervenção. A avaliação da adesão em pacientes cardiopatas vem sendo realizada de maneiras diferentes, considerando objetivo da pesquisa, população estudada e instrumentos citados, ainda assim, há um número limitado de investigação nesse

sentido, especialmente envolvendo uso de testes e inventários psicológicos. A ausência de adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca acarreta consequências importantes, tais como o agravamento de sintomas, levando por vezes a internações freqüentes e índices elevados de mortalidade. Com isso, o acompanhamento necessita ser realizado de forma estreita com a equipe de saúde, a fim de que possa ser estabelecido um controle adequado da doença, bem como comportamentos e atitudes por parte do paciente que venham a comprometê-lo.

REFERÊNCIAS

- Braun, V., Heintze, C., Rufer, V., Welke, J., Stein, T., Mehrhof, F., et. al. (2011). Innovative strategy for implementing chronic heart failure guidelines among family physicians in different healthcare settings in Berlin. *European Journal of Heart Failure*, 13, 93–99.
- Buffolo, E., Paula, I. A. M. de, Palma, H., & Branco, J. N. R. (2000). Nova Abordagem Cirúrgica para o Tratamento de Pacientes em Insuficiência Cardíaca Refratária com Miocardiopatia Dilatada e Insuficiência Mitral Secundária. *Arq Bras Cardiologia* 74 (2), 129-134.
- Carvalho, L. V. B. de. (2006). *Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento*. Dissertação de mestrado não-publicada. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Carvalho, V. O., Guimarães, G. V., Carrara, D., Bacal, F., & Bocchi, E. A. (2009). Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*, 93 (1), 39-44.
- Castro, R. A. de, Aliti, G. B., Linhares, J. C., & Rabelo, E. R. (2010). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enfermagem* 31 (2), 225-231.
- Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 81-100.
- Farrell, K., Shen, B-J., Mallon, S., Penedo, F. J., & Antoni, M. H. (2011). Utility of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic to Predict Medication Adherence in Patients Diagnosed with Heart Failure. *J Clin Psychol Med Settings*, 18, 1–12.

Fiorelli, A. I., Coelho, G. H. B., Junior, J. de L. O., & Oliveira, A. S. (2008).

Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Rev Med*, 87(2), 105-120.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (Eds). (2002). *Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro:

Guanabara.

Granger, B. B., Ekman, I., Granger, C. B., Ostergren, J., Olofsson, B., Michelson, E.,

et. al. (2009). Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *European Journal of Heart Failure*, 11, 1092–1098.

Jurkiewicz, R. & Romano, B. W. (2009). Doença Arterial Coronariana e Vivência de

Perdas. *Arq Bras Cardiologia* 93 (3), 352-359.

Molloy, G. J., Gao, C., Johnston, D. W., Johnston, M., Witham, M. D., Struthers, A.

D., et. al. (2009). Adherence to angiotensin-converting-enzyme inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. *European Journal of Heart Failure*, 11, 715–720.

Muzzarelli, S., Brunner-La Rocca, H., Pfister, O., Foglia, P., Moschovitis, G.,

Mombelli, G., et. al. (2010). Adherence to the medical regime in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 12, 389–396.

Peters-Klimm, F., Müller-Tasch, T., Schellberg, D., Gensichen, J., Muth, C., Herzog,

W., et. al. (2007). Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovascular Disorders*, 7(25).

Pugliese, R., Zanella, M. T., Blay, S. L., Plavinik, F., Andrade, M. A., & Galvão, R.

(2007). Eficácia de uma Intervenção Psicológica no Estilo de Vida para Redução do Risco Coronariano. *Arq Bras Cardiologia* 89 (4), 225-230.

- Rique, A. B. R., Soares, E. de A., & Meirelles, C. de M. (2002). Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte*, 8 (6).
- Sardinha A., Nardi, A. E., & Zin, W. A. (2009). Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno de pânico. *Rev Bras Psiquiatria*, 31(1), 57-62.
- Smeulders, E. S. T. F., Haastregt, J. C. M. van, Hoef, E. F. M. van, Eijk, J. ThM. Van, & Kempen, G. I. J. M. (2006). Evaluation of a self-management programme for congestive heart failure patients: design of a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 91(6).
- Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A-D., & Pedersen, S. S. (2009). Increased Anxiety and Depression in Danish Cardiac Patients with a Type D personality: Cross-Validation of the Type D Scale (DS14). *Int. J. Behav. Med.*, 16, 98–107.
- Swedberg, K., Cleland, J., Cowie, M. R., Nieminen, M., Priori, S. G., Tavazzi, L., et. al. (2008). Successful treatment of heart failure with devices requires collaboration. *European Journal of Heart Failure*, 10, 1229–1235.
- Tamagnini, E. J. G. (2009). *Transplante cardíaco: sistema tensional inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto*. Dissertação de mestrado não-publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Wal, M. H. L. van der, Veldhuisen, D. J. van, Veeger, N. J.G. M., Rutten, F. H., & Jaarsma, T. (2010). Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European Heart Journal*, 31, 1486–1493.

Wal, M. H. L. van der, Jaarsma, T, & Veldhuisen, D. J. van. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *The European Journal of Heart Failure*, 7, 5 – 17.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>, acesso em 12 de abril de 2011

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>, acesso em 12 de abril de 2011