



Revista Latino-Americana de
Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Bacelar de Araujo Lourenço, Laura; Cunha Matheus Rodrigues, Roberta; Moreira São-
João, Thaís; Gallani, Maria Cecilia; Estevam Cornélio, Marília
Qualidade de vida de coronariopatas após implementação de estratégias de
planejamento para adesão medicamentosa
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 23, núm. 1, enero-febrero, 2015, pp. 11-
19
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281438429003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade de vida de coronariopatas após implementação de estratégias de planejamento para adesão medicamentosa¹

Laura Bacelar de Araujo Lourenço²
Roberta Cunha Matheus Rodrigues³
Thaís Moreira São-João⁴
Maria Cecília Gallani⁵
Marília Estevam Cornélio⁶

Objetivo: comparar a qualidade de vida relacionada à saúde - geral e específica - de pacientes coronariopatas entre os grupos Intervenção e Controle, após a implementação das estratégias de Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos para adesão medicamentosa e verificar a relação entre adesão e qualidade de vida, relacionada à saúde. Método: trata-se de estudo controlado e randomizado. Resultados: a amostra (n=115) foi aleatorizada nos grupos Intervenção (n=59) e Controle (n=56). Foram obtidas medidas de adesão medicamentosa e de qualidade de vida relacionada à saúde geral e específica, na fase inicial do estudo e após dois meses de seguimento. Conclusão: os achados evidenciaram que a combinação de estratégias de intervenção - Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos para adesão medicamentosa não influenciou a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes coronariopatas em seguimento ambulatorial.

Descritores: Enfermagem; Adesão à Medicação; Comportamentos Saudáveis; Técnicas de Planejamento; Doença das Coronárias.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Efeito do Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos na adesão medicamentosa e qualidade de vida de pacientes coronariopatas", apresentada a Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processos nº 2009/12783-4 e nº 2010/10006-8.

² Enfermeira, MSc, Hospital do Coração de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁴ Pós-doutorando, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canadá.

⁶ PhD, Professor Associado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Introdução

A adesão do paciente à terapia medicamentosa é fundamental para o controle da Doença Arterial Coronária (DAC) e prevenção de suas complicações⁽¹⁾, constituindo um dos maiores desafios do cuidado de enfermagem ao paciente coronariopata, dada a elevada percentagem de não aderentes ao esquema terapêutico medicamentoso⁽²⁾. Tal construto se refere à extensão na qual os pacientes seguem as instruções de seu médico ou de outros profissionais de saúde⁽³⁾. Trata-se de fenômeno complexo, influenciado por uma gama de fatores, entre eles as crenças individuais, habilidades, recursos financeiros e/ou barreiras e influências sociais⁽³⁾. Entre as causas da não adesão, destacam-se a necessidade de tratamento contínuo, a percepção de ausência de benefícios imediatos e o potencial para efeitos adversos, além dos custos associados ao tratamento⁽³⁾.

A adesão medicamentosa pode ter relevante impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em pacientes com condições clínicas crônicas⁽⁴⁻⁵⁾, entre elas a DAC⁽⁶⁾. Embora sejam construtos diferentes, adesão e QVRS estão relacionadas ao paciente e devem ser consideradas na avaliação do impacto de intervenções que afete sua saúde⁽⁷⁾. Além disso, tais construtos são considerados *outcomes* distintos no processo de cuidado - enquanto a adesão constitui resultado intermediário, a QVRS pode ser entendida como um resultado final do tratamento⁽⁷⁾. Sendo assim, é possível supor que intervenções delineadas para otimizar a adesão, influenciem, *a priori*, a adesão medicamentosa e, subsequentemente, a QVRS.

Embora sejam resultados almejados em diferentes condições de saúde, poucos estudos investigaram a relação entre QVRS e adesão. Entre eles, destacam-se estudos transversais entre pacientes hipertensos geriátricos⁽⁵⁾, em uso de medicamentos para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida⁽⁸⁾ e no tratamento com drogas hipolipemiantes⁽⁹⁾. Recente revisão da literatura evidencia que poucos estudos longitudinais avaliaram o impacto de intervenção baseada em teoria para promoção ou otimização da adesão medicamentosa na QVRS genérica e específica de pacientes portadores de condições clínicas crônicas⁽¹⁰⁾, especialmente entre pacientes coronariopatas.

Considerando a importância da adesão medicamentosa e QVRS, em programas de prevenção secundária da DAC, este estudo teve como objetivo

comparar as medidas de QVRS - geral e específica - de pacientes coronariopatas randomizados nos Grupos Intervenção (GI) e Controle (GC), antes e após a implementação das estratégias de Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos, para promoção da adesão medicamentosa, bem como verificar a relação entre a adesão medicamentosa e a QVRS geral e específica ao longo do seguimento.

Métodos

Sujeitos e Procedimentos

Os dados deste estudo derivam de estudo experimental mais amplo⁽¹¹⁾ que avaliou o efeito de estratégias de planejamento na adesão medicamentosa e QVRS de coronariopatas. A amostra foi composta pelos pacientes coronariopatas com idade superior a 18 anos, com manifestação clínica prévia de angina ou Infarto do Miocárdio (IM), com período superior a seis meses do último evento isquêmico, em seguimento ambulatorial em dois hospitais do interior do Estado de São Paulo. Foram incluídos aqueles que demonstraram capacidade de comunicação verbal, em uso contínuo, há pelo menos um mês, de dois medicamentos orais para tratamento da DAC (medicamentos cardioprotetores e de alívio dos sintomas). Foram excluídos aqueles cujo tratamento medicamentoso tenha sido suspenso ou modificado por ocasião da abordagem inicial (T_0) (*baseline*). Foram descontinuados os pacientes que não compareceram ao retorno agendado em um mês (T_1) e dois meses (T_2) após T_0 , bem como aqueles cuja terapia medicamentosa tenha sido suspensa ao longo do seguimento.

Amostragem

Após o aceite do convite para participar da pesquisa e a obtenção da formalização do consentimento, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os sujeitos foram randomizados para o Grupo Controle e Grupo Intervenção. A randomização foi realizada com base em uma lista de sequência aleatória, gerada pelo *software* SAS - versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary NC, USA, 2002-2003). Os pacientes do GI foram submetidos às estratégias de planejamento - Planejamento da Ação (*Action Planning*) e Planejamento de Enfrentamento de Obstáculos (*Coping Planning*), aplicadas pela pesquisadora.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de junho de 2010 a maio de 2011, por meio de entrevista estruturada e de consulta ao prontuário hospitalar em dois diferentes momentos:

- T_0 (*baseline*): entrevista e obtenção da concordância do paciente em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram obtidos dados de caracterização sociodemográfica e clínica, adesão medicamentosa⁽¹²⁾, fatores relacionados à não adesão⁽¹³⁾ e QVRS genérica⁽¹⁴⁾ e específica⁽¹⁵⁾;
- T_2 (dois meses após T_0): foram novamente obtidas as medidas de adesão e de QVRS.

Intervenção

A intervenção foi aplicada em T_0 , somente aos pacientes alocados no GI e consistiu na formulação e implementação de planos, de acordo com os pressupostos teóricos do *Implementation Intention*⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, com base em estudo brasileiro prévio⁽¹⁸⁾. Os pacientes foram convidados a elaborar, em conjunto com o pesquisador, os planos de ação e de enfrentamento de obstáculos relacionados à adesão medicamentosa. Em T_1 (um mês após T_0) foi realizado reforço presencial das estratégias de planejamento, por meio da leitura em conjunto dos planos elaborados em T_0 . O detalhamento da intervenção encontra-se em estudo progresso⁽¹¹⁾.

Controle

Os pacientes alocados no GC receberam o cuidado de rotina da unidade, que consistia no seguimento clínico habitualmente realizado no ambulatório. Foram orientados a manter sua rotina de atividades, bem como suas consultas de seguimento clínico com o médico.

Instrumentos

-*Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale*⁽¹³⁾: composta por quatro questões relativas à não adesão ao tratamento medicamentoso, estruturadas em escalas tipo Likert, com quatro ou cinco opções de resposta, cuja somatória gera um escore que varia de 4 a 18; quanto menor o escore maior a favorabilidade à adesão.

-*Proporção de adesão medicamentosa*⁽¹²⁾: construído para identificar e quantificar os medicamentos e sua forma de utilização. Engloba as variáveis: nome,

dosagem e posologia dos medicamentos prescritos; descrição da forma de utilização de cada medicamento, de acordo com a dose e posologia, nas 24 horas anteriores; na semana anterior e no mês prévio à entrevista. A adesão foi calculada com base nas doses omitidas, autorrelatadas, por meio do cálculo: $[(\text{doses prescritas} - \text{doses perdidas}) \times 100 / \text{doses prescritas}]$ ⁽¹⁹⁾. Foram considerados "aderentes" os que obtiveram percentagem de consumo de medicamentos prescritos, maior ou igual a 80%⁽²⁰⁾. Para os que faziam uso de mais de um medicamento, a proporção da adesão foi calculada pela média das percentagens de adesão a cada medicamento⁽¹²⁾. A proporção da adesão foi analisada como variável contínua e binária - *dose adequada* (dose utilizada $\geq 80\%$ da dosagem prescrita) e *dose insuficiente* (dose utilizada $< 80\%$ da dosagem prescrita).

-*Avaliação global da adesão*: foram avaliados o número e a frequência dos medicamentos ingeridos e sua associação com marcadores temporais: jejum, café da manhã, almoço e jantar. Foi avaliada com base na seguinte classificação: Grupo I (posologia e cuidados adequados à prescrição); Grupo II (posologia adequada e cuidados inadequados), Grupo III (posologia insuficiente e cuidados adequados) e Grupo IV (posologia e cuidados inadequados). Foram considerados "aderentes" os pacientes classificados no grupo I e "não aderentes", os classificados nos grupos II, III, e IV⁽¹²⁾.

-*MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire (MacNew)*: consiste da versão modificada do instrumento *Quality of Life after Myocardial Infarction* (QLMI) original⁽²¹⁾, composto pelos domínios: função física (13 itens), função emocional (14 itens) e função social (13 itens). Um mesmo item faz parte de mais de um domínio. O escore máximo possível em qualquer domínio é sete (indica melhor QVRS) e o mínimo é um (sugere pior QVRS). Itens não respondidos não contribuem para o escore e o item 27 (relação sexual) pode ser excluído sem alterar o escore final do domínio. Os escores dos domínios são calculados por meio da média aritmética das respostas naquele domínio. Se mais de 50% dos itens para um domínio não são respondidos, o escore para aquele domínio não é calculado. O escore total é calculado por meio da média aritmética de todos os itens respondidos, a menos que um dos domínios esteja completamente em branco⁽²²⁾. A versão brasileira do MacNew⁽¹⁵⁾ é considerada confiável, válida e de simples administração^(15,23). No presente estudo, a confiabilidade no que tange à consistência interna, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, oscilou entre 0,80 e 0,90 ao longo do seguimento.

-*The Medical Study 36-item Short Form Health Survey* - SF-36: instrumento de avaliação genérica do estado de saúde percebido⁽²⁴⁾, de fácil administração e compreensão. É composto por oito domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e por uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. O escore final varia de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde)⁽²⁴⁾. Foi utilizada a versão brasileira do SF-36⁽¹⁴⁾, cuja consistência interna, no presente estudo, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, oscilou entre 0,60 e 0,90 ao longo do seguimento.

Análise dos Dados

Foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas, de adesão medicamentosa e de QVRS. O teste t de Student foi utilizado para verificar a existência de diferenças entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e de QVRS geral e específica entre os grupos GI e GC em T₀. O teste t de Student pareado foi utilizado para verificar as diferenças nas médias de QVRS entre os tempos pré (T₀) e pós-intervenção (T₂). Análises de regressão linear simples foram utilizadas para avaliar mudança na QVRS em T₂. O coeficiente de correlação de Pearson foi empregado para verificar a relação entre adesão medicamentosa e QVRS. Coeficientes de correlação <0,30 foram considerados de fraca magnitude, entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude e >0,50 de forte magnitude⁽²⁵⁾. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi p≤0,05.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa de universidade do interior do Estado de São Paulo (Parecer nº802/2009) e Comitê de Ética em Pesquisa de um hospital municipal do interior do Estado

de São Paulo (Parecer nº001-11), conforme determinado pela Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os pacientes foram convidados a participar do estudo por meio de explicação e leitura cuidadosa do TCLE, sendo esclarecidos sobre os objetivos do estudo e procedimento de coleta de dados, bem como sobre o caráter voluntário da participação, garantia do anonimato e liberdade de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo do atendimento à saúde. Após a concordância em participar do estudo, todos os pacientes assinaram o TCLE.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e clínica

Em T₀, 134 pacientes foram considerados elegíveis para o estudo. Desses, 8 foram excluídos devido à presença de pelo menos um critério de exclusão. Assim, a amostra foi constituída por 126 pacientes, dos quais 62 foram alocados no GC e 64 no GI. Após a primeira abordagem, 5 pacientes foram excluídos do GC e 6 do GI, devido ao não comparecimento aos retornos agendados. Dessa forma, 115 pacientes completaram o estudo (GC=56; GI=59). A análise comparativa entre os grupos em T₀ evidenciou que os grupos não eram diferentes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas, exceto pelo número de infartos prévios, significativamente mais elevado no GI (p=0,02).

A maioria dos sujeitos consumia, em média, 6,4 (2,0) tipos de medicamentos, com média de 3,6 (0,6) medicamentos cardioprotetores e 0,8 (0,7) para alívio dos sintomas. Quando utilizada a proporção de adesão e a escala de adesão de Morisky, observou-se que o grupo caracterizou-se pela não adesão. Entretanto, quando considerada a proporção de adesão em associação com cuidados adequados, a maioria classificou-se como não aderente. No entanto, no GI, percentagem significativa de indivíduos era aderente, quando utilizada a medida de avaliação global da adesão (p=0,023) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos 115 pacientes com doença arterial coronária e dos pacientes alocados no Grupo Intervenção (n=59) e Grupo Controle (n=56), na fase inicial do estudo (T₀). Campinas, SP, Brasil, 2010-2011

Variáveis	Grupo total (n=115)	Grupo Intervenção (n=59)	Grupo Controle (n=56)
Sociodemográficas			
Idade, média (dp*)	62,0 (9,0)	63,4 (8,9)	60,6 (9,0)
Sexo, n (%)			
Masculino	75 (65,2)	40 (67,8)	35 (62,5)

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis	Grupo total (n=115)	Grupo Intervenção (n=59)	Grupo Controle (n=56)
Situação conjugal, n (%)			
Com companheiro	83 (72,2)	44 (74,6)	39 (69,6)
Escolaridade (anos), média (dp*)	5,8 (4,1)	5,5 (4,0)	6,2 (4,3)
Hábitos/estilo de vida, n (%)			
Tabagismo atual (sim)	13 (11,3)	3 (5,1)	10 (17,8)
Situação de trabalho, n (%)			
Inativo	71 (61,7)	44 (74,6)	33 (58,9)
Ativo	31 (26,9)	9 (15,2)	22 (39,3)
Do lar	10 (8,7)	5 (8,5)	5 (8,9)
Renda familiar (SM [†]), média (dp*)	3,0 (3,6)	3,2 (3,6)	2,7 (3,5)
Clínicas			
Caracterização da coronariopatia, n (%)			
Angina instável	24 (20,9)	15 (25,4)	9 (16,1)
Infarto do miocárdio	91 (79,1)	44 (74,5)	47 (83,9)
Número de infartos prévios, média (dp*)	0,7 (1,1)	1,0 (1,3) [‡]	0,5 (0,9) [‡]
Sintomas (no último mês) [§] , n (%)			
Precordialgia	51 (44,3)	31 (52,5)	20 (35,7)
Dispneia	48 (41,7)	24 (40,7)	24 (42,8)
Edema de membros inferiores	40 (34,8)	23 (39,0)	17 (30,3)
Palpitação	32 (27,8)	18 (30,5)	14 (25,0)
Lipotímia	27 (23,5)	16 (27,1)	11 (19,6)
Número de condições clínicas associadas, média (dp*)	5,0 (1,8)	5,1 (1,9)	4,8 (1,8)
Condições clínicas associadas [§] , n (%)			
Dislipidemia	91 (79,1)	51 (86,4)	40 (71,4)
Hipertensão arterial	88 (76,5)	50 (84,7)	38 (67,8)
<i>Diabetes mellitus</i>	41 (35,6)	27 (45,8)	14 (25,0)
Tratamento, n(%)			
Clínico e intervenção (RM /ATC [¶] /RM e ATC [¶])	84 (73,0)	40 (67,4)	44 (78,6)
Clínico	31 (27,0)	19 (32,2)	12 (21,4)
Número de medicamentos em uso, média (dp*)	6,4 (2,0)	6,8 (2,0)	5,9 (1,9)
Número de medicamentos cardioprotetores média (dp*)	3,6 (0,6)	3,5 (0,6)	3,7 (0,5)
Número de medicamentos de alívio dos sintomas, média (dp*)	0,8 (0,7)	0,9 (0,7)	0,8 (0,8)
Escore total de Morisky, média (dp*)	6,9 (2,8)	7,3 (3,1)	6,5 (2,3)
Proporção da adesão, média (dp*)	92,9 (12,1)	92,1 (13,7)	93,7 (10,2)
Proporção da adesão [§] , n (%)			
Dose adequada (≥80%)	53 (89,8)	52 (88,1)	50 (89,3)
Dose insuficiente (<80%)	6 (10,2)	7 (11,9)	6 (10,7)
Avaliação global da adesão [§] , n (%)			
Aderentes	27 (23,5)	19 (32,2)	8 (14,3)
Não aderentes	88 (76,5)	40 (67,8)	48 (85,7)

*Desvio-padrão

†Salário-mínimo (R\$ 545,00)

‡Teste t de Student, p=0,02

§Porcentagem por linha

||Revascularização do miocárdio cirúrgica

¶Revascularização do miocárdio por angioplastia

Análise das medidas de qualidade de vida relacionada à saúde

Quanto à QVRS específica (MacNew), foram constatados, em T₂, no GI, escores médios significativamente mais elevados (p<0,05), para todos os domínios do MacNew, quando comparado ao início do estudo (T₀). No entanto, no GC, também foi constatada elevação significativa nos escores da maioria dos domínios

do MacNew, exceto no domínio função emocional, porém, essas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 2). Em relação à QVRS genérica, foram observados, no GI, escores significativamente mais elevados em T₂ nos domínios capacidade funcional (p<0,001) e aspectos emocionais (p<0,05), quando comparados aos escores obtidos em T₀. No GC, não foi observada diferença significativa entre os escores obtidos em T₂ e T₀.

Tabela 2 - Análise descritiva dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde - geral (SF-36) e específica (MacNew) - de coronariopatas distribuídos nos grupos Intervenção (n=59) e Controle (n=56), em T₀ e em T₂. Campinas, SP, Brasil, 2010-2011

	Grupo Intervenção (n=59)			Grupo Controle (n=56)		
	T ₀	T ₂	Diferença médias (T ₂ -T ₀)	T ₀	T ₂	Diferença médias (T ₂ -T ₀)
	Média (dp*)	Média (dp*)		Média (dp*)	Média (dp*)	
MacNew						
Função física	4,8 (1,2)	5,2 (1,1)	0,4 [†]	5,0 (1,3)	5,3 (1,1)	0,3 [‡]
Função emocional	4,9 (1,1)	5,2 (0,9)	0,3 [†]	5,2 (1,3)	5,4 (1,1)	0,2
Função social	4,7 (1,2)	5,1 (1,1)	0,4 [†]	5,0 (1,2)	5,3 (1,1)	0,3 [†]
Total	4,8 (1,0)	5,1 (0,9)	0,3 [†]	5,0 (1,1)	5,3 (1,0)	0,3 [†]
SF-36						
Capacidade funcional	49,1 (22,3)	54,4 (28,7)	5,3 [†]	55,4 (28,4)	58,4 (27,8)	3,0
Aspectos físicos	39,0 (29,1)	36,9 (38,1)	-2,1	43,7 (40,5)	44,2 (39,3)	0,5
Dor	55,8 (24,3)	61,2 (25,7)	5,4	56,5 (28,0)	58,5 (27,2)	2,0
Estado geral de saúde	59,0 (20,6)	61,1 (17,4)	2,1	60,2 (21,6)	57,4 (18,7)	-2,8
Vitalidade	56,2 (23,2)	56,3 (21,1)	0,1	56,4 (22,9)	54,3 (21,9)	-2,1
Aspectos sociais	60,4 (28,0)	70,8 (25,9)	10,4 [†]	64,3 (29,6)	69,4 (26,6)	5,1
Aspectos emocionais	42,4 (39,1)	51,4 (41,2)	9,0	49,4 (41,2)	55,9 (38,2)	6,5
Saúde mental	61,4 (22,3)	62,4 (19,6)	1,0	63,1 (22,2)	62,6 (21,0)	-0,5

*Desvio-padrão

[†]p<0,05

[‡]p<0,001 - teste t pareado

Embora a Intervenção tenha explicado 5% da variabilidade da medida de proporção de adesão⁽¹¹⁾, a análise de regressão linear evidenciou que a Intervenção não foi capaz de explicar a variabilidade das medidas de QVRS geral e específica.

Relação entre adesão e qualidade de vida relacionada à saúde

Quanto às correlações entre os escores da escala de Morisky e de QVRS específica, constatou-se, no GI, em T₀, ausência de correlações. No entanto, em T₂, foram constatadas correlações negativas de fraca magnitude com as dimensões função física (r=-0,29; p=0,04), função emocional (r=-0,27; p=0,04) e escore total (r=-0,29; p=0,04) do MacNew, indicando que quanto melhor a QVRS específica maior a adesão medicamentosa. No GC, em T₀, foi constatada correlação negativa significativa de moderada magnitude entre a medida de adesão de Morisky e função emocional do MacNew (r=-0,31; p=0,02). Em T₂, não foram encontradas correlações entre Morisky e a medida específica de QVRS.

No GI, em T₀, não foram encontradas correlações entre a escala de adesão de Morisky e a QVRS genérica. Em T₂ foi constatada correlação positiva de fraca magnitude entre escore total de Morisky e o domínio aspectos emocionais (r=0,27; p=0,04) do SF-36,

contrariando as hipóteses previamente estabelecidas. No GC, em T₀, foram encontradas correlações negativas de fraca magnitude entre a escala de Morisky e os domínios dor (r=-0,26; p=0,05) e saúde mental (r=-0,29; p=0,03), indicando que quanto melhor a QVRS genérica maior a favorabilidade de adesão. Em T₂, não foram encontradas correlações significativas para esse grupo.

Constatou-se, no GI, em T₀, ausência de correlações entre a proporção de adesão e a QVRS específica. Em T₂, foram observadas correlações significativas de fraca a moderada magnitude entre a proporção de adesão e a função social (r=0,34; p=0,01) e o escore total (r=0,29; p=0,04) do MacNew, indicando que quanto melhor a QVRS específica melhor a adesão. Entretanto, no GC, em T₀, foi encontrada correlação negativa entre a proporção de adesão e o domínio aspecto social (r=-0,28; p=0,04) do MacNew, contrariando as hipóteses previamente formuladas. Não foram constatadas correlações significativas em T₂.

No que se refere à relação entre a proporção de adesão e a medida genérica de QVRS, foi encontrada, no GI, em T₀, correlação de fraca magnitude com o domínio estado geral de saúde (r=0,26; p=0,05) do SF-36; Em T₂, foi evidenciada correlação positiva de moderada magnitude com o domínio aspectos emocionais do SF-36 (r=0,30; p=0,02), ratificando as hipóteses previamente

estabelecidas. Entretanto, no GC, em T_0 , foram constatadas correlações negativas significativas de fraca a moderada magnitude entre a proporção de adesão e o estado geral de saúde ($r=-0,42$; $p=0,00$) e aspectos sociais ($r=-0,28$; $p=0,04$) do SF-36, contrariando as hipóteses previamente estabelecidas. Em T_2 , também foi verificada correlação negativa significativa ($r=-0,28$; $p=0,03$) entre a proporção de adesão e o domínio estado geral de saúde do SF-36.

Discussão

Foram objetivos deste estudo comparar a QVRS geral e específica de coronariopatas alocados nos grupos GI e GC, após a implementação de intervenção baseada nas estratégias de Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos para adesão medicamentosa e, também, verificar a existência de relação entre adesão e QVRS em dois meses de seguimento.

Os achados evidenciaram que os pacientes do GI, em T_2 , apresentaram aumento significativo dos escores médios em todos os domínios do MacNew, bem como nas dimensões capacidade funcional e aspectos emocionais do SF-36, quando comparado aos escores obtidos no início do estudo (T_0). Relações de fraca a moderada magnitude foram constatadas entre a adesão e a medida específica de QVRS. Entretanto, os achados não foram consistentes ao longo do seguimento de dois meses.

As relações entre adesão e QVRS específica (MacNew) foram encontradas especialmente no GI, ao final de dois meses de seguimento (T_2), para ambas as medidas empregadas – proporção de adesão e escala de Morisky. Foram constatadas correlações negativas significativas de fraca magnitude entre a escala de Morisky e os domínios função física, função emocional e escore total do MacNew, bem como correlações de fraca a moderada magnitude entre a proporção de adesão e o domínio função social e escore total do MacNew. No entanto, correlação não esperada foi evidenciada no GC, em T_0 entre a proporção de adesão e o domínio função social do MacNew. Em síntese, quanto maior a favorabilidade de adesão melhor a QVRS em todos os domínios e escore total do MacNew.

Na análise das relações entre adesão e QVRS genérica (SF-36) as correlações ocorreram em ambos os tempos (T_0 e T_2) e grupos (GI e GC). No GI, destacou-se a relação entre a proporção de adesão e os domínios - estado geral de saúde (em T_0) e aspectos emocionais (em T_2). A medida de adesão de Morisky não

se correlacionou, no GI, com a QVRS genérica, exceto pela correlação positiva, não esperada, com o domínio aspecto emocional. No GC foram constatadas correlações negativas entre a escala de adesão de Morisky e os domínios dor e saúde mental, enquanto a proporção de adesão correlacionou-se de forma negativa e inesperada com os domínios - estado geral de saúde (em T_0 e T_2) e aspectos sociais (em T_0). Tais achados sugerem que a relação entre adesão e QVRS genérica mostra-se menos consistente se comparada aos resultados da medida específica.

No presente estudo, embora o GI tenha apresentado melhor QVRS em todos os domínios do MacNew e nos domínios capacidade funcional e estado emocional do SF-36, a intervenção não foi capaz de explicar a variabilidade da QVRS após dois meses de seguimento. Uma das explicações para esse achado se refere à limitação das medidas de autorrelato na mensuração acurada da adesão, bem como o período de tempo limitado para aplicação de intervenção para mudança de comportamento tão complexo como a adesão.

As correlações de fraca a moderada magnitude entre adesão e QVRS, relatadas na literatura e evidenciadas no presente estudo, são consistentes com o atual reconhecimento de que outros fatores, além dos físicos e emocionais, afetam a QVRS. O mecanismo exato pelo qual a adesão medicamentosa se associa à QVRS é ainda desconhecido, sendo sugerido que a QVRS faz parte de uma complexa rede de características psicossociais que influenciam a habilidade do paciente em lidar com a cronicidade de sua doença⁽⁵⁾.

Achados pregressos⁽⁴⁾, envolvendo pacientes diabéticos tipo 2 evidenciaram que a adesão medicamentosa não se associou aos domínios da QVRS. Porém, associação foi observada com a combinação do conhecimento sobre a prescrição médica e a atitude em relação à adesão medicamentosa, apontando para a necessidade de investigação das variáveis psicossociais determinantes do comportamento de adesão.

A ausência ou a fraca relação entre a adesão e QVRS foram observadas em estudos que utilizaram medidas de autorrelato⁽⁶⁾, bem como naqueles que utilizaram registros eletrônicos de prescrições^(4,8). Assim, os resultados, aqui, podem refletir as limitações de diferentes métodos utilizados para medir a adesão medicamentosa. Outra limitação se refere ao fato de se desconhecer, na amostra estudada, as variáveis psicossociais determinantes da adesão medicamentosa que poderiam possibilitar o melhor delineamento da intervenção – se motivacional e/ou motivacional e

volitiva. Recomenda-se a realização de novos estudos com vistas a aprofundar o conhecimento sobre a relação longitudinal entre adesão aos medicamentos cardioprotetores e de alívio dos sintomas e QVRS. Sugere-se, ainda, investigar o possível efeito mediador dos determinantes motivacionais e volitivos na adesão medicamentosa. A elucidação dessas relações contribuirá para o delineamento de intervenções baseadas em teoria que sejam mais efetivas na promoção da adesão e, conseqüentemente, na melhora da QVRS entre pacientes com DAC.

Conclusão

Os achados evidenciaram que a intervenção baseada nas estratégias de planejamento de ação e planejamento de obstáculos para adesão medicamentosa não influenciaram as medidas genérica e específica de QVRS em pacientes coronariopatas, em seguimento ambulatorial. Quanto à relação entre adesão e QVRS, foram constatadas correlações significativas, porém, de fraca a moderada magnitude, entre as medidas de adesão medicamentosa utilizadas no presente estudo e as medidas de QVRS, especialmente entre adesão medicamentosa e a medida de QVRS específica. Recomenda-se a realização de estudos futuros para elucidar os fatores psicossociais mediadores da relação entre adesão medicamentosa e QVRS, com vistas ao delineamento de intervenções de enfermagem efetivas na promoção da adesão medicamentosa e melhora da QVRS em pacientes acometidos pela coronariopatia.

Referências

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2012 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125:e2-e220.
2. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*. 2008;28:54-65.
3. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4):CD000011.
4. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. The relationship between drug therapy noncompliance and patients characteristics, health-related quality of life and health care costs. *Pharmacotherapy*. 2000;20(8):941-9.
5. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing*. 2010;39: 481-7.
6. Turpin RS, Simmons JB, Lew JF, Alexander CM, Dupee MA, Kavanagh P et al. Improving treatment regimen adherence in coronary heart disease by targeting patient types. *Dis Manage Health Outcomes* 2004;12(6):377-83.
7. Cotê I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Qual Life Res*. 2003;12:621-33.
8. Holzemer WL, Corless IB, Nokes KM, Turner JG, Brown MA, Powell-Cope GM et al. Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDS*. 1999;13(3):185-97.
9. Sung JC, Nichol MB, Venturini F, Bailey KL, McCombs JS, Cody. Factors affecting patient compliance with anti hyperlipidemic medications in an HMO population. *Am J Manag Care*. 1998;4(10):1421-30.
10. Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008;63(2):132-43.
11. Lourenço LB, Rodrigues RC, Ciol MA, São-João TM, Cornélio ME, Dantas RA, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. *J Adv Nurs*. 2013;70(7):1616-28.
12. Jannuzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. Dissertação [Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2009.
13. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento de Morisky de adesão a medicação para pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2006;16:116.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Marina RQ. Translation to the Portuguese language and general questionnaire of Quality of Life SF-36 evaluation (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39:143-50.
15. Benetti M, Nahas MV, Barros MVG. Reproducibility and validity of a Brazilian version of the MacNew quality of life after myocardial infarction (MacNew QLMI) questionnaire. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(5):S62.
16. Gollwitzer PM, Brandstatter V. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist* 1999;54(7):493-503.
17. Orbell S, Sheeran P. Motivational and volitional processes in action initiation: A field study of

- implementation intentions. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(4):780-97.
18. Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Cornélio ME, Alexandre NMC, São-João TM. The 'Moving Heart Program': an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(spec number):180-9.
19. Ventura-Cerdá JM, Mínguez-Gallego C, Fernandez-Villalba EM, Alós-Almiñana M, Andrés-Soler J. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp.* 2006;30(3):171-6.
20. Hansen RA, Kim MM, Song L, Tu W, Wu J, Murray MD. Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. *Ann Pharmacother.* 2009;43(3):413-22.
21. Oldridge N, Guyatt G, Jones N, Crowe J, Singer J, Feeny D et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 1991; 67:1084-9.
22. Valenti L, Lim L, Heller RF, Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Qual Life Res.* 1996;5:151-61.
23. Nakajima KM, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Alexandre NMC, Oldridge N. Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. *J Adv Nurs.* 2009;65(5):1084-94.
24. Ware JE, Gandek B, IQOLA Project Group. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Mental Health.* 1994;23(2):49-73.
25. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* New Jersey: Prentice-Hall; 1980.