

Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Insuficiência Cardíaca envolvidos em um programa de exercício físico supervisionado

Pharmacological treatment adherence of patients with heart failure included in a supervised exercise program

ALVES, Priscilla Koppe¹; COSTANTINI, Costantino Ortiz¹; COSTANTINI, Costantino Roberto¹; MACEDO, Ana Carolina Brandt de¹; MACEDO, Rafael Michel de¹.

Resumo

Introdução: A adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) melhora a evolução da doença e diminui internações frequentes. Nesta perspectiva, acredita-se que programas de exercícios físicos supervisionados, acompanhados por ações educacionais voltadas para mudanças no estilo de vida, podem contribuir para melhor adesão ao tratamento. **Objetivo:** Verificar a taxa de adesão à terapêutica farmacológica, através da escala de Morisky, aplicada a pacientes portadores de IC, envolvidos em um programa de exercício físico supervisionado. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre janeiro e dezembro de 2015, na Academia do Coração do Hospital Cardiológico Costantini, envolvendo pacientes portadores de IC sistólica com FEVE < 50%, com idade ≥ 40 anos, com taxa de adesão às aulas na academia maior ou igual a 75% mês. **Resultados:** Foram incluídos 25 pacientes com média de 68,8±8,8 anos, sendo 64% do sexo masculino e 64% com média salarial de 3 salários mínimos. Quanto à adesão farmacológica, 52% dos pacientes tiveram boa adesão ao tratamento e 8% má adesão. Esta taxa não difere de outros estudos, nos quais, aproximadamente, metade dos pacientes tem boa adesão à terapia farmacológica. **Conclusão:** A aderência a um programa de exercício físico supervisionado não elevou a taxa de adesão ao tratamento farmacológico.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Aderência à medicação; Exercício.

¹ Hospital Cardiológico Costantini, Curitiba, Paraná, Brasil. Email: rafael.macedo@hospitalcostantini.com.br

Abstract

Introduction: The adherence to pharmacological treatment in patients with heart failure (HF) improves the progression of the disease and reduces hospitals admissions. It is believed that supervised physical exercise programs accompanied with behavioral changes (on lifestyle) using educational actions can contribute to better treatment adherence. **Objective:** To verify the adherence rate to pharmacological therapy using Morisky's scale in patients with HF involved in a supervised physical exercise program. **Methods:** A cross-sectional study was carried out between January and December 2015 at "Academia do Coração do Hospital Cardiológico Costantini", including patients with systolic HF with left ventricular ejection fraction (LVEF) <50%, age ≥ 40 years and adherence to the exercise program ≥ 75% month. **Results:** Twenty-five patients were included. Average age was of 68.8± 8.3 years, 64% of them were male and 64% had an average monthly stipend of 3 minimum salaries. Regarding the adherence to pharmacological treatment, 52% of the patients had good adherence whereas 8% had poor adherence. This rate does not differ from other studies, in which approximately half of the patients present good adherence to pharmacological therapy. **Conclusion:** The adherence to a supervised exercise program did not increase the rate of adherence to pharmacological treatment.

Keywords: Heart failure; Medication adherence; Exercise.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome endêmica causada pela disfunção cardíaca, geralmente, resultante de disfunção ou perda do músculo cardíaco^{1,2}. É caracterizada por dilatação do ventrículo esquerdo ou pela sua hipertrofia. Manifesta-se tanto de forma crônica como aguda (descompensada), levando a sintomas incapacitantes, frequentes hospitalizações, redução da qualidade de vida, aumento do risco de mortalidade, além de complexo regime terapêutico^{1,2}.

A terapêutica instituída para o tratamento desses pacientes inclui: tratamento farmacológico e medidas de intervenção para modificação de estilo de vida³. O objetivo do tratamento da IC consiste em alcançar e manter a estabilidade dos pacientes. A adesão ao tratamento com o uso regular das medicações e as alterações no estilo de vida são essenciais para evitar crises de descompensação. Além disso, a prática regular de exercícios está indicada para melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional dos indivíduos. O procedimento é seguro, com efeitos positivos no perfil inflamatório, na sobrevida e raros efeitos adversos⁴.

A adesão ao tratamento pressupõe uma fidelidade ao tratamento proposto. Este processo é comportamental, fortemente influenciado pelo meio ambiente, profissionais de saúde e da assistência multiprofissional. Faz-se importante ressaltar que existem instrumentos específicos para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico, como, por exemplo, o questionário de Morisky. O papel do eixo neuro-hormonal na fisiopatologia da insuficiência cardíaca fez com que medicações como os inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores de angiotensina, antagonistas da aldosterona e betabloqueadores ganhassem importância no tratamento da IC. Programas de exercícios supervisionados, acompanhados por ações educacionais voltadas para mudanças no estilo de vida, podem contribuir para melhor adesão ao tratamento. Sendo assim, surge o objetivo deste trabalho que foi verificar a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica de pacientes portadores de IC, envolvidos em um programa de exercício físico supervisionado.

Materiais e Métodos

Tipo de Estudo

Estudo transversal, envolvendo aplicação de questionário realizado entre janeiro e dezembro de 2015, na Academia do Coração do Hospital Cardiológico Costantini (HCC).

População estudada

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Erasto Gaetner (Projeto CAAE 46021515.5.0000.0098), foram avaliados, neste estudo, pacientes portadores de IC sistólica com FEVE < 50%, pelo ecocardiograma transtorácico, devidamente matriculados e participando do programa de exercícios supervisionados, há, pelo menos, três meses, na Academia do Coração (AC) do Hospital Cardiológico Costantini (HCC).

Critérios de Inclusão

Pacientes com idade ≥ 40 anos com taxa de adesão às aulas maior ou igual a 75% mês.

Critérios de Exclusão

Pacientes com comorbidades graves associadas como: histórico de acidente vascular cerebral, neoplasias, insuficiência renal, insuficiência hepática, limitações incapacitantes que prejudicassem o entendimento do tratamento proposto pelo médico assistente.

Aplicação de Instrumento de Medida

Foi elaborada, pela pesquisadora principal (PKA), uma ficha de avaliação com dados de identificação dos pacientes e de informações gerais, como variáveis clínicas e sociodemográficas contidas no prontuário dos pacientes (Sistema Tasy).

Forma de aplicação do questionário

Os voluntários foram convidados a entrar em uma sala de avaliação e acomodados em cadeira confortável, com espaço para apoio do questionário na mesa para adequada escrita. Os pacientes foram orientados, nesse instante, sobre o objetivo do estudo e sobre a correta forma de preenchimento do formulário. O instrumento foi lido em voz alta pelos pesquisadores (PKA, RMM). Em seguida, os pesquisadores esclareceram as dúvidas dos pacientes. Após esse processo, o voluntário respondeu ao questionário de Morisky^{1,5} e, ao término do preenchimento, o referido questionário foi entregue a um dos pesquisadores (PKA, RMM).

Método de Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico

Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico, foi utilizada a escala de adesão de Morisky^{1,5}, composta de quatro questões dicotômicas com escore variando de 0 (alta adesão) a 4 (baixa adesão).

Os pacientes foram classificados com alto grau de adesão, quando as respostas para todas as perguntas foram negativas, e, com média adesão, quando uma ou duas das respostas foram afirmativas. Quando três ou quatro respostas foram afirmativas, os pacientes foram classificados com baixo grau de adesão¹.

Armazenamento e tratamento de dados

Os dados coletados em campo pelos pesquisadores foram alimentados em arquivo eletrônico, por meio de planilhas, no programa Microsoft Excel. Semanalmente, esses dados eram cadastrados pelos pesquisadores (PKA, RMM).

Análise estatística

Para análise estatística dos resultados, foi realizada a análise descritiva dos dados, por distribuição de frequência relativa, por meio de uso de tabela de frequência, para as variáveis categóricas e estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para as não categóricas. Para verificar as relações entre a amostra avaliada e a descrita na literatura, foi utilizado o Teste de qui-quadrado.

Resultados

Foram incluídos, neste estudo, 25 pacientes que cumpriram os critérios de inclusão propostos. Foram excluídos três pacientes com alterações cognitivas, que impediam a correta aplicação de ferramenta de avaliação da adesão. A caracterização da amostra está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 | Caracterização da Amostra (n=25).

Idade (média±DP)	68,6±8,8
Aposentados FA (FR%)	14 (56%)
Faixa salarial FA (FR%)	
Até 3 salários mínimos	4 (16%)
Acima de 3 salários mínimos	21 (84%)
Etiologia da Insuficiência Cardíaca FA (FR%)	
Isquêmica	18 (72%)
Idiopática	4 (16%)
Valvular	2 (8%)
Miocardite	1 (4%)

DP- desvio padrão; FA- frequência absoluta; FR- frequência relativa.

De acordo com os resultados do questionário de Morisky, 52% da amostra incluída no estudo têm boa adesão ao tratamento farmacológico, 40% da amostra têm moderada adesão e 8% apresentam má adesão. Dentre os itens avaliados pelo questionário, 52% esqueceram de tomar seu medicamento, 60% descuidaram com o horário, 8% pararam o tratamento, quando se sentiram melhor, enquanto que 16% pararam, por se sentirem pior, com a sua utilização (Tabela 2).

Tabela 2 | Tratamento Farmacológico (TF).

Taxa de adesão ao TF FA (FR%)	
Baixa	2 (8%)
Moderada	10 (40%)
Alta	13 (52%)
Motivo da não aderência ao TF FA (FR%)	
Esqueceu	13 (52%)
Descuidou do horário	15 (60%)
Parou, quando melhorou	2 (8%)
Parou, quando piorou	4 (16%)

FA- frequência absoluta; FR- frequência relativa.

Quando foi avaliada a relação entre a taxa de adesão ao programa de exercício e a taxa de adesão ao tratamento farmacológico, verificou-se $p > 0,05$ (Teste qui-quadrado), ou seja, não foi encontrada relação (Tabela 3).

Tabela 3 | Referente à comparação com resultados esperados.

DESCRITIVO	O	E	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² /E
Adesão ao tratamento farmacológico	13	15	-2	4	0,26*

Onde: O = Amostra; E = população; O-E (Amostra-População); O-E (Amostra-População) 2; O-E (Amostra-População) 2 dividido pela população; = χ^2 , *Aceita-se que a amostra não se difere significativamente do que se observa na população em geral.

Discussão

Os principais achados deste estudo foram: 52% da amostra envolvida (pacientes portadores de IC com FEVE<50%) têm boa adesão ao tratamento farmacológico. Esta taxa não se difere do proposto pela literatura, sendo assim, o fato dos pacientes estarem participando de um programa de treinamento supervisionado não trouxe maior benefício perante este cenário. A maior dificuldade que os pacientes apresentaram, para melhor adesão, foi o descuido com o horário, seguido do esquecimento.

Apesar de pouco avaliada, a adesão ao tratamento farmacológico faz-se de fundamental importância para o adequado tratamento e controle da evolução do paciente. Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica⁴, o tratamento não farmacológico deixa de ser um simples complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável da terapêutica desta complexa síndrome. A não adoção dessas medidas coloca em risco a eficácia do tratamento⁴. Além disso, as consequências da não adesão medicamentosa são: piora na evolução da doença, redução das capacidades funcionais, menor qualidade de vida, aumento do uso de recursos médicos, desperdício da medicação, visitas hospitalares e reinternação frequentes. Referindo-se, ainda, especificamente à população incluída neste estudo, Castro et al¹ demonstraram, em seus estudos, que pouco menos da metade dos pacientes portadores de IC referiram alta adesão ao tratamento farmacológico, sendo apenas 18% aderentes ao tratamento não farmacológico.

Neste estudo, diferentemente do desenho proposto por Castro et al, todos os pacientes incluídos no estudo deveriam frequentar regularmente, (com mais de 75% de taxa de presença às aulas), um programa de treinamento físico supervisionado. Isto por que programas de exercícios físicos ativos em associação com o tratamento farmacológico otimizado têm sido recomendados para melhorar a condição clínica e a capacidade funcional de pacientes portadores de IC em classe funcional (NYHA) II – III, sendo considerado inclusive custo efetivo⁴. Sendo assim, a hipótese levantada por este trabalho foi que a participação em um programa de treinamento físico supervisionado poderia melhorar a adesão ao tratamento farmacológico da amostra. No entanto, esta hipótese não se confirmou. Os resultados deste estudo demonstraram que não houve diferença entre os achados da literatura e os obtidos com a realização deste estudo, ou seja, não faz diferença participar de um programa como este, quanto à adesão ao tratamento farmacológico.

No entanto, é importante ressaltar que estudos prévios^{9,10}, demonstraram falta de homogeneidade de metodologias utilizadas, que incluem distintas áreas, populações de pacientes, tempos de seguimento, números de participantes e formas de obter ou sistematizar a informação sobre adesão ao tratamento farmacológico. Este, inclusive, pode ser considerado um fator limitante do estudo.

Dentre a população incluída no estudo, 64% são aposentados e 84% apresentam renda superior a três salários, o que não diferenciou a taxa de adesão, quando comparado a estudos da literatura envolvendo outros grupos socioeconômicos. Isto por que, de acordo com a OMS, o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado de maneira consistente à adesão a tratamentos¹¹. A literatura registra que não existe evidência de associação significativa para as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, cor/raça, ocupação, grau de escolaridade e renda mensal^{12,13,14}.

Apesar do programa de exercícios frequentado pelos pacientes ser realizado dentro de um hospital, onde a equipe de instrutores reforça diariamente a necessidade de ir às consultas médicas

e seguir regularmente o plano terapêutico instituído, 24% da amostra apresentaram, pelo menos, 1 falta à consulta ano, e 8%, mais de uma. Diferentemente do que ocorreu com a realização de exames, quando a taxa de adesão foi de 100%.

Estes dados corroboram com os achados de Almeida et al, em que o acompanhamento com consultas médicas é seguido pela minoria dos pacientes com IC, e a adesão ao tratamento farmacológico é seguida por apenas 1/3 dos pacientes ¹⁵.

Os achados deste estudo demonstram que a participação em um programa de treinamento físico supervisionado não melhorou a taxa de adesão de pacientes portadores de IC ao tratamento farmacológico, quando comparado aos dados de literatura. Além disso, as faltas às consultas médicas reforçam a necessidade de que uma nova estratégia de informação seja desenvolvida, para que estas taxas sejam melhoradas.

As principais informações obtidas neste estudo foram autorreferidas, o que pode gerar erros decorrentes de memória ou de outras distorções. Além disso, trata-se de uma amostra limitada. Foram consideradas, também, como fatores limitantes, as diferentes metodologias e falta de consistência, quanto à informação da ideal taxa de adesão ao tratamento farmacológico proposto pelos estudos referenciados.

Conclusão

Verificou-se que os participantes do programa de exercício supervisionado têm a mesma adesão ao tratamento farmacológico dos não praticantes.

Mensagem clínica

Por si só, a participação em programa de treinamento físico supervisionado não eleva a taxa de adesão ao tratamento farmacológico de portadores de IC, o que reforça a necessidade de desenvolvimento de estratégias, para que tal objetivo seja atingido.

Referências

1. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm [online]. 2010 June;31(2):225-31.
2. Barreto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca - índices ainda alarmantes. Arq Bras Cardiol. 2008 Nov;91(5):335-41.
3. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):367-73.
4. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(1 Supl 1):1-33.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74.

6. Bonin CDB, Santos RZ, Ghisi GLM, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(4): 364-73.
7. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2002 Out;79(4):375-84.
8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005 Aug;353(5):487-97.
9. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1763-72.
10. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, de la Figuera Won-Vichman M, Gil Guillén V, Martell N. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial em España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. *Hipertensión.* 2002;19(1):12-6.
11. World Health Organization. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
12. Meiners MMMA. Revisão Bibliográfica para a Identificação de Programas e Projetos Nacionais (Produto 1). Plano de Ação para Melhoria da Adesão ao Tratamento dos Portadores de DM e HA. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Meiners MMMA. Revisão Bibliográfica para a Identificação de Programas e Projetos Nacionais (Produto 2). Plano de Ação para Melhoria da Adesão ao Tratamento dos Portadores de DM e HA. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Meiners MMMA, Carvalho RSV, Souza SMD. Estudo piloto de avaliação da qualidade e da adesão ao tratamento entre pessoas com hipertensão e diabetes usuárias da atenção básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Almeida GAS, Teixeira JBA, Barichello E, Barbosa MH. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. *Esc. Anna Nery.* 2013 Abr-Jun;17(2):328-335.

Submissão em: 27/7/2016

Aceito em: 24/3/2017