

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR ACOMPANHADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

BRITTO, Aline Porto¹

STEIN, Airton Tetelbom²

FERNANDES, Ana Josane³

RESUMO

O medicamento é um insumo essencial no tratamento dos pacientes caracterizados como de alto risco cardiovascular e, devido à complexidade clínica desses pacientes, a adesão ao tratamento pode fazer toda a diferença para a qualidade de vida e prevenção de eventos duros. Desta forma, esse estudo buscou avaliar a adesão desses pacientes aos medicamentos prescritos através do questionário validado de Morisky-Green. O estudo faz parte de um projeto nacional que visa documentar a prática clínica em relação ao atendimento de pacientes com alto risco cardiovascular de autoria da Sociedade Brasileira de Cardiologia intitulado Registro do Paciente de Alto Risco Cardiovascular na prática clínica – REACT. Como se trata de um projeto multicêntrico, este artigo trará o estudo aplicado a pacientes cadastrados numa unidade básica de saúde pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Foram entrevistados 37 pacientes, os quais 75,7% (28) eram mulheres e a maioria (56,8%) tinha idade entre 45 e 69 anos de idade. Conforme avaliado através do questionário de adesão à terapêutica medicamentosa, a maioria dos pacientes (70%) não aderiu corretamente à rotina de tomada dos medicamentos. Os resultados obtidos indicam falhas no seguimento do tratamento deste delicado grupo de pacientes, os de alto risco cardiovascular, de modo que apontam a necessidade de se pensar estratégias por parte das equipes de saúde para acompanhar e efetivar o cuidado com os mesmos.

¹ Farmacêutica Residente da Residência Integrada em Saúde- Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS), Brasil.

² Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Farmacêutica Preceptora da Residência Integrada em Saúde-SSC/GHC, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão aos Medicamentos. Hipertensão. Diabetes. Alto Risco Cardiovascular.

ABSTRACT

The drug is an essential input in the treatment of patients characterized as high cardiovascular risk, due to the clinical complexity of these patients, adherence to treatment can make all the difference to the quality of life and prevention of hard events. Thus, this study aimed to evaluate the adherence of patients to prescription drugs through the questionnaire validated Morisky- Green. The study is part of a national project to document the clinical practice in relation to the care of patients with high cardiovascular risk authorship of the Brazilian Society of Cardiology titled High Risk Cardiovascular Patient Enrollment in clinical practice - REACT. As this is a multicenter project, this article will study applied to patients enrolled in a basic health unit belonging to the Community Health Service of the Conceição Hospital. Were interviewed 37 patients, of which 75.7% (28) were female and the majority (56.8%) were aged between 45 and 69 years of age. As assessed by the adherence to drug therapy questionnaire, most patients (70%) had not properly adhere to the routine of taking medication. The results indicate failures following treatment of this delicate group of patients, at high cardiovascular risk, thus pointing to the need to think of strategies on the part of health teams to monitor and carry out the care with them

KEYWORDS : Medication Adherence. Hypertension. Diabetes. High Cardiovascular Risk.

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) formado por 12 unidades, cada qual responsável por território adscrito, e compostas por equipes multidisciplinares. A Unidade de Saúde Divina Providência (USDP) possui 4631 usuários cadastrados no território compreendido pela Vila Jardim, zona leste de Porto Alegre/RS (SIS-SSC/GHC, 2012). Conforme os últimos levantamentos do perfil da população brasileira,

a APS será fundamental no acompanhamento e cuidado da população, isso porque o envelhecimento da mesma significa que o aumento da expectativa de vida se faz presente em nosso país. Desta forma, doenças que antes acometiam uma pequena parcela da população hoje se fazem mais presentes, pois são naturais de se apresentar principalmente quando do aumento da expectativa de vida. Essas doenças são denominadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e exige um acompanhamento desde seu diagnóstico, o que faz delas um grande desafio para a Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2011).

No serviço de APS do GHC, a atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) conta com o suporte do setor de Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde através das ações programáticas, um olhar mais qualificado a determinados agravos de saúde. Um exemplo seria a ação programática do HIPERDIA, trata-se da atenção à saúde das pessoas com hipertensão (HAS), Diabetes mellitus (DM) e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (FR para DCV) dos pacientes cadastrados e inscritos na mesma nas unidades de saúde (BRASIL, 2011). Segundo o Sistema de Informações em saúde do SSC (SIS-SSC, set/2012), estima-se que 26% da população com 18 anos ou mais no território do SSC estejam com HAS, e 8% com DM. Atualmente, na USDP, 70% dos usuários estimados hipertensos estão inscritos na ação programática HIPERDIA (n= 651pacientes), e 80% dos diabéticos (n=230 pacientes), sendo esses pacientes acompanhados e monitorados por toda equipe de saúde (SIS-SSC/GHC, set/2012). Essas duas DCNTs são importantes de serem monitoradas pelas equipes de saúde, uma vez que estão relacionados aos mais graves desfechos relacionados das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade em ambos os sexos e de incapacidade, tanto no Brasil, quanto no mundo. Adicionalmente, o crescimento acelerado das DCV nos países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevantes da atualidade. Frente a essa realidade, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) propôs um estudo para documentar a prática clínica e avaliar as necessidades de mudanças ou não quanto ao cuidado da saúde dos pacientes de alto risco em todo o país. O REACT, Registro do Paciente de Alto Risco cardiovascular na prática clínica, é um estudo multicêntrico, de nível nacional, abrangendo 38 centros, incluindo hospitais públicos e privados, bem como unidades básicas de saúde.

A Unidade de Saúde Divina Providência (USDP) foi convidada a participar deste estudo como um dos centros de unidade básica de saúde ao qual se aplica. Desta forma, também fora proposto um olhar quanto à adesão desses pacientes à terapia medicamentosa.

O objetivo do estudo foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes com alto risco cardiovascular atendidos na unidade de atenção primária descrita acima. Além do percentual de adesão ou não ao tratamento, também fora avaliado cada uma das questões presentes no questionário, identificando assim as principais dificuldades dos pacientes não aderentes ao tratamento. Também se objetivou caracterizar o perfil dos entrevistados quanto a sexo, o grau de escolaridade, a idade, o diagnóstico de diabetes, os tabagistas e os praticantes, não de atividades físicas e principais grupos de medicamentos.

A relevância do estudo está diretamente associada ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis. As DCNT são reconhecidas cada vez mais como um problema importante de saúde pública, uma vez que o aumento das taxas de mortalidade e a prevalência de fatores de risco são problemas que tem exigido uma grande intervenção dos profissionais de saúde e da gestão governamental nas estratégias focadas a essa demanda (ACELAS; OCHOA, 2010). Na população idosa, o aumento da prevalência das DCNT coloca os mesmos no grupo etário mais medicalizado da sociedade brasileira. O enfrentamento a essa realidade de saúde requer uma mudança de estilo de vida, pois apesar dos avanços tecnológicos no campo farmacêutico, o custo gerado pela falta de adesão ao tratamento mostra elevado custo à saúde do paciente e ao sistema de saúde (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

Dessa forma, no contexto dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio está previsto fortalecer as políticas do SUS para promover uma melhor qualidade de vida da população brasileira, executando processos de cooperação técnica com uma visão transversal da atenção primária e da promoção de saúde, mediante as seguintes iniciativas e estratégias (OPAS/OMS, 2012):

- Promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis e o fortalecimento da intersetorialidade para trabalhar sobre os fatores protetores e os determinantes sociais da saúde em procura da inclusão e a equidade em saúde;
- Identificação, avaliação e prevenção dos riscos ambientais e tecnológicos que afetam a saúde;

- Desenvolvimento de iniciativas e estratégias de vigilância, prevenção, controle, eliminação ou erradicação de enfermidades que a OPAS/OMS promove nos níveis continental e mundial.

Dentro dessas propostas de estratégias para acompanhar essa demanda do novo perfil da população, está a identificação e reconhecimento da utilização dos medicamentos por parte dos usuários. Segundo Cintra, Guariento e Miyasaki (2010) adesão e aderência diferem em razão da ótica observada, enquanto adesão refere-se ao ato em si, aderência reflete o efeito a esse ato.

Na atenção primária se trabalha num volume considerável a prevenção, a assistência e o acompanhamento da demanda de problemas de saúde associados ao sistema cardiológico e ao sistema circulatório, na perspectiva de minimizar os riscos cardiovasculares (BRASIL, 2011). Desta forma, dentro do conceito atual de prevenção cardiovascular, mais importante do que simplesmente taxar o indivíduo como portador de diabetes, hipertensão ou dislipidemia, é caracterizá-lo em termos de risco cardiovascular. Tal assertiva encontra respaldo nos resultados de diversos ensaios clínicos randomizados de grande porte, os quais demonstraram, em pacientes de alto risco cardiovascular, que o benefício de fármacos como estatinas se estendem mesmo em pacientes com níveis de colesterol normais; os antiplaquetários são capazes de reduzir eventos cardiovasculares maiores, mesmo em indivíduos sem manifestações clínicas de aterosclerose (WHO, 2005); diversos anti-hipertensivos, particularmente o inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), apresentam potencial para redução de eventos cardiovasculares mesmo em pacientes sem critérios diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica. Prevenção baseada no conceito de risco cardiovascular significa orientar esforços preventivos não pelos riscos atribuíveis à elevação de fatores isolados como a pressão arterial ou o colesterol sérico, mas pela soma de risco decorrente de múltiplos fatores, estimada pelo risco absoluto global em cada indivíduo. Sob esse enfoque, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva.

São considerados de alto risco cardiovascular aqueles pacientes que apresentam um risco anual de eventos cardiovasculares maiores, superior a 3% (ou superiores a 10% em 10 anos). São exemplos de eventos cardiovasculares maiores a mortalidade total, mortalidade cardiovascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (ISOMAA, et al., 2001; NIGAM, et al., 2006). A partir dos dados de evidências observacionais e do seguimento do grupo placebo de ensaios clínicos randomizados,

podemos identificar os pacientes que poderiam ser classificados como sendo de alto risco, os quais incluem (MURRAY; LOPEZ, 1996; GIRMAN, et al., 2004; DUNCAM, et al., 1993) :

- Cardiopatia Isquêmica;
- Doença Cerebrovascular;
- Doença Vascular Periférica;
- Diabéticos (particularmente pacientes com idade superior a 50 anos);
- Pacientes com múltiplos fatores de risco.

Conforme estudos de evidências clínico-epidemiológicos (MURRAY; LOPEZ, 1996), os eventos cardiovasculares maiores, como, por exemplo, mortalidade cardiovascular, infarto não fatal e AVC não fatal, apresentam as maiores taxas de eventos ocorridos, porém esses eventos maiores são consequências de condições crônicas sem controle e acompanhamento devido, seja por dificuldade da equipe no manejo e acompanhamento do pacientes, seja pelo desinteresse do paciente em relação a sua condição crônica de saúde.

Quanto aos fatores relacionados à adesão aos medicamentos, muitos são os fatores que levam à má adesão, desde dificuldades de entendimento sobre seu tratamento pelo paciente, como falta de esclarecimento e acesso. Esse problema fica muito evidenciado nas doenças crônicas. Segundo Gimenes *et al.* (2009) apenas um terço dos pacientes diabéticos, acompanhados por equipe multidisciplinar tem adequada adesão ao tratamento, e isso está diretamente relacionado ao caráter assintomático da patologia, o que faz os pacientes acreditarem não necessitar dos medicamentos para seu controle (GIMENES, ZANETTI & HASS, 2009; CINTRA, GUARIENTO & MYASAKI, 2010).

Para a equipe multiprofissional, o bom acompanhamento laboratorial poderia contribuir no acompanhamento quanto à adesão, pois exames alterados deveriam levar ao questionamento quanto à adesão, antes de uma intervenção de aumento de dose ou introdução de um novo medicamento na terapia. O tempo de diagnóstico também pode ser um dado a contribuir sobre a adesão ou não ao tratamento, uma vez que pacientes com maior tempo de diagnóstico e com boa adesão ao tratamento medicamentoso apresentam melhores exames ao longo do tratamento e mais informações sobre seu estado de saúde e mudanças de qualidade de vida (CHAMORRO et al, 2008).

A falta de conhecimento sobre o tratamento tem apresentado grande impacto na saúde, principalmente, em relação às demandas de trabalho da APS, uma vez que os pacientes utilizam de maneira inadequada os recursos medicamentosos disponíveis na rede, dificultando o controle das patologias de condição crônica, sobrecarregando a rede com internações e mortalidade que poderiam ser evitadas (GIMENES; ZANETTI; HASS, 2009; ARAUJO, et al., 2010).

Segundo a OMS, a falta de cumprimento aos tratamentos crônicos e suas consequências negativas, clínicas e economicamente, devem ser prioridades da Saúde Pública (CHAMORRO et al., 2008). Para auxiliar esse descumprimento dos tratamentos, há inúmeros instrumentos apoiados na entrevista clínica, sendo o Teste de Morisky e Green um reconhecido e validado instrumento de adesão à terapêutica medicamentosa.

2. MÉTODO

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Divina Providência, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Realizou-se um estudo observacional transversal de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso através da aplicação do teste de Morisky e Green nos pacientes previamente selecionados para o estudo de Registro do Paciente de Alto Risco Cardiovascular na Prática Clínica (REACT). O objetivo desse estudo, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é documentar a prática clínica vigente no que se refere ao atendimento do paciente do alto risco cardiovascular em diferentes níveis de atenção primário e terciário, sendo esse último tanto em hospitais públicos quanto privados.

O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, sendo aprovado sem restrições em outubro de 2012, e pelo Centro de Estudo e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Gerência de Saúde Comunitária da mesma instituição. O paciente era informado sobre o estudo por meio da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após a obtenção do consentimento, com a assinatura do termo era, então, realizada a entrevista através da aplicação do questionário do REACT e o de adesão.

Foram convidados para participar do estudo 37 pacientes que vinham até a unidade ou para consulta médica ou para a retirada mensal dos medicamentos em uso. Toda a equipe de saúde da unidade foi sensibilizada para encaminhar os pacientes que se enquadravam no perfil da pesquisa. Os critérios de inclusão, definidos primeiramente pelo REACT, foram idade superior a 45 anos e pelo menos um dos seguintes fatores: a) qualquer evidência de Doença Arterial Coronariana (DAC); b) qualquer evidência de AVC isquêmico ou ataque isquêmico transitório; c) qualquer evidência de doença vascular periférica; d) diabetes mellitus ou, e) três fatores de risco cardiovascular, (executando diabetes) incluindo hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemia, idade superior a 70 anos, nefropatia diabética, história familiar de doença arterial coronariana ou doença corotídea assintomática. Foram excluídos pacientes que recusaram fornecer Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontravam em condição psiquiátrica ou neurocognitiva que impedisse a obtenção dos dados clínicos fidedignos ou aqueles cuja expectativa de vida fosse menor de 6 meses (critério esse fundamental para o estudo do REACT).

As pesquisas de adesão foram realizadas uma única vez, logo após a aplicação do questionário do REACT. O Teste de Morisky e Green é um questionário composto por quatro perguntas às quais os entrevistados respondem de forma dicotômica, isto é, “sim/não” para as seguintes indagações: 1) O(a) Sr(a) alguma vez esqueceu de tomar seus medicamentos?; 2) O(a) Sr(a) foi descuidados com os horários de tomar seus medicamentos?; 3) Quando o(a) Sr(a) sentiu-se melhor às vezes parou de tomar seus medicamentos?; 4) Alguma vez, quando o(a) Sr(a) se sentiu mal, parou de tomar seus medicamentos? Um *sim* equivale a zero ponto, enquanto um *não* equivale a um ponto. A aplicação do Teste de Adesão de Morisky e Green, reconhecido e validado para esse fim, trata da avaliação de quatro perguntas contendo respostas fechadas (sim ou não), de modo que determina a adesão ou não-adesão conforme o escore final ao questionário.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

A Tabela 1 mostra a caracterização dos pacientes entrevistados, sendo que todos atendiam aos critérios de inclusão na amostra, quanto à idade, sexo, escolaridade, renda familiar, presença ou não de diabetes, consumo de tabaco e em relação à prática de atividade física. Dos pacientes entrevistados, 56,8% se encontravam na faixa etária de 45 a 69 anos e 75,7% eram do sexo feminino. Em relação à escolaridade, apenas 8% chegou até o ensino médio, sendo que a grande maioria apresentava o ensino fundamental incompleto, 64,8%. Apenas um paciente entrevistado era não alfabetizado. Quanto à renda familiar, os estratos de até um salário mínimo e de maior de um até dois salários mínimos apresentou igual percentual, 29,8%. A diabetes esteve presente em 78% dos pacientes. O consumo de tabaco, que para pacientes cardiovasculares é um importante fator de risco, esteve presente apenas em 13,5% dos entrevistados. Já a prática de atividade física, ainda que leve ou moderada, importante para evitar sobrepeso e auxiliar na boa circulação, não estava presente na rotina da maioria dos pacientes (67,6%).

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados.

Dados dos entrevistados	n
Idade	
De 45 a 69 anos	21
Acima 70 anos	16
Sexo	
Feminino	28
Masculino	9
Escolaridade	
Não Alfabetizado	1
Fundamental Incompleto	24
Fundamental Completo	9
Médio Incompleto	2
Médio Completo	1
Renda Familiar	
Menor ou igual a 1 salário mínimo	11
Maior que 1 a menor ou igual a 2 salários mínimos	11
Maior que 2 a menor ou igual a 5 salários mínimos	14
Maior que 5 a menor ou igual a 10 salários mínimos	1
Hipertensos	
Sim	33
Não	4
Diabéticos	
Sim	29
Não	8
Consumo de Tabaco	
Fumante	5
Ex-fumante	10
Nunca fumou	22
Pratica Atividade Física	
Sim	12
Não	25

Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso

Em relação à avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se que a maioria dos entrevistados (70%) não adere corretamente ao tratamento (Figura 1).

Figura 1- Avaliação da Adesão pelo Questionário Morisky e Green



Devido à alta sensibilidade do teste, foram também estratificadas as respostas em relação a cada uma das quatro perguntas que compõem o questionário entre aqueles que tiveram os resultados finais como não aderentes ao tratamento medicamentoso (n=26 entrevistados). O resultado foi que a maioria dos entrevistados tem maior dificuldade em lembrar-se de tomar seu medicamento (61,5%) e de ter cuidado em relação aos horários de tomada dos mesmos (53,8%).

Figura 2 – Respostas estratificadas às perguntas do Questionário de Morisky e Green



Outra característica relevante em relação aos pacientes cardiovasculares é a prescrição polifarmácia. A maioria dos pacientes faz uso de AAS (75,8%), de anti-hipertensivos (86,5) e de estatinas (83,8%). Os pacientes diabéticos são considerados também pacientes com alto risco cardiovascular, grande parte da amostra era, então, também constituída de pacientes diagnosticados com essa patologia, de modo que 81% dos entrevistados tinham algum hipoglicemiante prescrito. Já o uso de insulina só foi constatado em 13,5% da amostra.

Tabela 2. Medicamentos prevalentes entre os entrevistados

Fármaco	n	%
AAS	28	75,8
Antihipertensivo	32	86,5
Hipoglicemiante	30	81
Insulina	5	13,5
Estatina	31	83,8

A hipertensão arterial sistêmica, cuja prevalência no Brasil varia entre 22,3% a 43,9% (RAMOS, 2008) apresentam-se como um dos fatores de risco mais expressivo para a doença cardiovascular. Concomitante com outras doenças, a hipertensão, juntamente com o diabetes, a obesidade e a dislipidemia, que aumentam o risco

cardiovascular e facilitam o aparecimento de desfechos mais graves, como o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio, são indicadores da necessidade de retomar o cuidado em relação ao tratamento do paciente e principalmente do seu entendimento ou de um cuidador responsável. Não deve ser descartado nesses casos um intensivo trabalho em relação da autonomia do cuidado por parte do paciente ou cuidadores através do autocuidado apoiado.

A complexidade da prescrição associada à característica de saúde, paciente com alto risco cardiovascular, e ao uso inapropriado dos medicamentos demanda alto grau de orientação e acompanhamento por parte da equipe de saúde no manejo da qualidade de vida do paciente. Apesar das limitações do estudo, número de amostragem pequena e aplicação do questionário em apenas uma Unidade de Saúde, sabe-se que a realidade da adesão ao tratamento medicamentoso na atenção primária está muito aquém do ideal para que profissionais de saúde possam promover melhoras significativas na clínica através dos recursos dos insumos medicamentosos. O elevado número de pacientes atendidos nas unidades, a escassez de profissionais nas equipes (principalmente a falta do profissional farmacêutico na presença diária das equipes de saúde), o envelhecimento da população e a falta de cuidadores são aspectos relevantes que poderiam ser estudados e correlacionados aos dados já levantados de adesão. Isso porque tais fatores interferem no tratamento e, para pacientes cardiovasculares, principalmente, a prevenção de eventos duros depende de inúmeros desses aspectos sendo trabalhados conjuntamente .

A adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência disponibilizados aos pacientes pelas diferentes categorias profissionais. No estudo realizado no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre com 92 pacientes portadores de doença arterial coronariana, não houve diferença significativa na adesão à terapêutica farmacológica, pois se observou que 56,5% dos pacientes foram considerados aderentes. No entanto, em relação ao tratamento não farmacológico, foi considerada não aderente (59,5%), sendo prevalentes os fatores ligados ao conhecimento da doença, déficit de autoestima e percepção real da necessidade de tratamento (LUNELLI, 2009). Isso vai de encontro à identificação de fatores como a baixa prática de exercício físico também identificado no estudo, pois esse se trata de uma mudança de hábito difícil de ser promovida em pacientes de alto risco cardiovascular.

Um estudo realizado com 21 pacientes diabéticos no município de Ijuí/RS, também foi aplicado o questionário de Morisky e Green para avaliação da adesão. Foi verificado como principais causas de não adesão o esquecimento da tomada dos medicamentos (33%) e o descuido com os horários dos medicamentos (9,5%), respectivamente, a primeira e a segunda perguntas do questionário (SANTOS, 2010). Essas são características fundamentais para identificar as falhas de continuidade do cuidado do paciente em relação à sua saúde para uma abordagem pelos profissionais de saúde. Sendo assim, em relação aos pacientes com alto risco cardiovascular, os quais se enquadram os diabéticos, identificar é importante aproximar a equipe e o paciente através do diálogo e vínculo, destacando a necessidade de uma escuta ampliada, que irá otimizar o cuidado do paciente e prevenir eventos maiores à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão é um problema sério em doenças crônicas, e mais ainda nos pacientes com alto risco cardiovascular. Estudos de adesão, mesmo com alta sensibilidade, auxiliam as equipes a identificar as principais dificuldades no cuidado à saúde dos pacientes que buscam a atenção primária, principal setor de acompanhamento às doenças crônicas. No entanto, somente a identificação dos desvios em relação à adesão aos medicamentos não são suficientes para identificar os nós nesse sentido e propor intervenções. Estudos que auxiliem as equipes e que sejam práticos e objetivos de incorporar nas rotinas de trabalho devem ser sempre propostos e apoiados pelos gestores dos serviços de saúde.

Questões que envolvem a área adscrita da população atendida pela equipe de saúde também devem ser consideradas. Isso porque a boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença, sendo assim fatores além da assistência a sintomas devem ser identificados, como, por exemplo, baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, violência, desestrutura familiar, dentre outros pertinentes à vulnerabilidade social do território.

5. REFERÊNCIAS

1. Acelas, A. L. R.; Ochoa, A. M. G. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. **Av. Enferm**, XXVIII (1): 63-71, 2010.
2. Araújo, M. F. M.; Gonçalves, T. C.; Damasceno, M. M. C.; Caetano, J. A. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc Anna Nery RevEnferm** 2010/abr-jun;14(2):361-367.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde/organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa senhora da Conceição, ago.2011. 118p.
4. Cintra, F. A.; Guariento, M. E.; Miyasaki, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência e saúde Coletiva**, 15(Supl.3): 3507-3515, 2010.
5. Duncam B.B.; Schimidt M.I.; Polanczyk C.A.; Homrich C.S.; Rosa R.S.; Achutti A.C. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Cad Saúde Pública**.1993;27(1):143-48.
6. Girman C.J.; Rhodes T.; Mercuri M.; Pyörälä K.;Kjekshus J.; Pedersen T.R.; et al. The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian simvastatin survival study (4S) na the Air Force/Texas coronary atherosclerosis prevention study (AFCAPS/TexCAPS). **Am J Cariol**.2004;93:136-41.
7. Gimenes H.T.; Zanetti M.L.; Haas V.J.; Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009;jan-fev;17(1).
8. Heart Disease and Stroke Statistics_2009 Uptodate: A Report From the America. Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2009; 119; e21-e181
9. Isomaa B.; Almgren P.; Tuomi T.; Forsen B.; Lahti K.; Nissen M.; et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. **Diabetes Care**.2001; 24:683-9.
10. World Health Organization. The World Health Report 2005 – Health systems: improving performance. Geneve: WHO, 2005.
11. Murray C.J.L.; Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assesment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and Project to 2020. **Cambridge: Harvard University Press**; 1996.

12. Nigam A.; Bourassa H.B.; Fortier A.; et al. The metabolic syndrome and its componentes and the long-term risk of death in patients with coronary heart disease. **Am Heart J.** 2006 fev; 151(2):514-21.
13. OPAS/OMS - Saúde nas Américas. Panorama Regional e Perfis de Países. Publicação científica e técnica n°636. Edição 2012.
14. Sistema de Informação-SIS, Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)/2012.
15. Ramos A.L.S.L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005— Fortaleza: s.n, 2008.
16. Chamorro M.A.R.; García-Jiménez, E.; Amariles, P.; et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapêutico utilizados em la práctica clínica. **Aten Primaria.** 2008;40(8):413-7.
17. Lunelli R.P.; Portal, V.L.; Esmério, F.G.; et al. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paul Enferm.** 2009;22(4)367-73.
18. Santos F.S.; Oliveira, K.R.; Colet, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Res Ciênc Farm Básica Apl.**, 2010;31(3)223-227.