

ADESÃO AO TRATAMENTO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL

Treatment Adherence to Atrial Fibrillation

Adesão ao Tratamento de Fibrilação Atrial

Marinara Dagostin da Silva¹, Júlia Helena Lima Dias^{1&}, Amanda Cirimbelli Bolan^{1, 2}

¹Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário, CEP: 88806-000 - Criciúma – SC

²Médica Especialista em Cardiologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000, Criciúma - SC.

*Autor correspondente: Amanda Cirimbelli Bolan, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000 Criciúma – SC, e-mail: amandacbolan25@gmail.com

Número de palavras do manuscrito: 5993

&Todos os autores do presente estudo declaram que o segundo autor contribuiu da mesma forma que o primeiro autor.

RESUMO

Fundamento: A adesão ao tratamento da fibrilação atrial é fator importante para controle da doença e prevenção de eventos tromboembólicos.

Objetivos: Investigar a taxa de adesão ao tratamento de fibrilação atrial em duas clínicas cardiológicas.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal por meio da aplicação de questionários a pacientes portadores de fibrilação atrial. A pesquisa ocorreu em duas clínicas particulares de cardiologia do Extremo Sul Catarinense, entre janeiro e fevereiro de 2019. O escore de adesão foi obtido por meio de uma adaptação da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), instrumento já validado em português e utilizado para avaliação de adesão farmacológica. Foram classificados aderentes pacientes com pontuação igual a oito.

Resultados: Foram avaliados 39 pacientes em tratamento com anticoagulantes; 48,9% mostraram-se aderentes aos fármacos (alta adesão: MMAS-8 = 8). Dentre os indivíduos considerados não aderentes, houve distribuição de 41,0% na média adesão e 10,3% na baixa adesão. A média de escores na MMAS-8 foi igual a 6,85 ($\pm 1,66$), classificada como média adesão.

Conclusões: A população em estudo foi identificada como não aderente ao tratamento, uma vez que a MMAS-8 é um instrumento rigoroso de classificação. A questão que mais influenciou esse resultado foi relacionada ao incômodo de tratar a FA. Não houve associação estatística significativa entre adesão medicamentosa e o anticoagulante oral utilizado.

Palavras-chave: Fibrilação Atrial; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Tratamento Farmacológico; Anticoagulantes.

ABSTRACT

Background: Treatment adherence in atrial fibrillation is an important factor to control the disease and prevent thromboembolic events.

Objective: To investigate the rate of treatment adherence of atrial fibrillation in two Cardiology clinics.

Methods: A cross-sectional study was carried out through the application of forms to patients with atrial fibrillation. The research occurred in two private Cardiology clinics in Extreme South of Santa Catarina. The adherence score was obtained through an adaptation of Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), an instrument already validated in Portuguese and used to evaluate the pharmacological adherence. Patients were considered adherent if they had scored 8 points at the MMAS-8.

Results: 39 patients currently treating AF with anticoagulants were evaluated; 48,9% were classified as adherent (high adherence: MMAS-8 = 8). The non-adherent group was distributed 41,0% as medium and 10,3% as low adherence. The MMAS-8 average score was 6,85 ($\pm 1,66$), considered medium adherence.

Conclusion: The studied population was identified as non-adherent, once MMAS-8 is a rigid instrument. The most determinant question of this result was regarding to feeling hassled about sticking to the treatment plan. None significant statistical association between pharmacological adherence and the oral anticoagulant used was found.

Keywords: Atrial Fibrillation; Treatment Adherence and Compliance; Drug Therapy; Anticoagulants.

INTRODUÇÃO

A Fibrilação Atrial (FA) consiste em uma arritmia supraventricular e é a mais frequente na prática clínica. Nessa patologia, a atividade elétrica dos átrios encontra-se comprometida e isso resulta em perda da sua capacidade de contração. Em decorrência dessa condição, pode ocorrer a formação de trombos, os quais aumentam os riscos de eventos tromboembólicos nesses indivíduos.^{1, 2, 3} Nas últimas décadas, notou-se aumento das taxas de incidência e prevalência da FA. Esses dados trazem também a população idosa como a mais acometida e a baixa qualidade de vida em relação à população geral.⁴ Nos Estados Unidos, é previsto que o número de acometidos por FA dobre para mais de 12 milhões de pessoas entre 2010 e 2050. Esse aumento deve-se à elevação da quantidade de habitantes, da idade populacional e de fatores de risco, como obesidade.⁵

Além dos Antagonistas de Vitamina K (AVK), novos fármacos foram acrescentados ao arsenal terapêutico dessa patologia, como os Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs). Apesar de possuírem um alto valor comercial, os DOACs estão se tornando cada vez mais prescritos na prática clínica. Uma das maiores vantagens desses fármacos em relação aos AVK é a dispensabilidade do acompanhamento da via extrínseca de coagulação com exames de sangue. Por meio da Razão Normalizada Internacional (RNI), os pacientes em uso de AVK precisam fazer um controle semanal até alcançar o índice ideal. Isso significa realizar várias flebotomias, o que pode ser um empecilho na adesão ao tratamento. Desse modo, os DOACs podem disponibilizar uma facilidade no controle da anticoagulação sanguínea.⁶

Conhecer a população mais acometida pela FA e determinar os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento é de extrema importância clínica - uma vez que a adesão correta garante o controle da FA e, conseqüentemente, a prevenção de eventos tromboembólicos. Assim, tanto pacientes como médicos devem buscar melhores formas dessa adesão.⁷

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo investigar a taxa de adesão ao tratamento de FA – inclusive comparando AVK e DOACs.

Também visa a acrescentar dados epidemiológicos à literatura com seus resultados.

MÉTODOS

Delineamento, locais e período do estudo

Foi realizado um estudo transversal, prospectivo, por meio da aplicação de dois questionários a pacientes portadores de Fibrilação Atrial. A pesquisa ocorreu em duas clínicas de Cardiologia, localizadas no Extremo Sul Catarinense, entre janeiro e fevereiro de 2019.

População do estudo

Foram selecionados pacientes com diagnóstico de fibrilação atrial em tratamento contínuo há mais de três meses que se consultaram entre janeiro e fevereiro de 2019 nas clínicas selecionadas. Foram excluídos indivíduos com idade inferior a dezoito anos e que não assinaram o TCLE.

Entrevistas, instrumentos e variáveis avaliadas

As entrevistas foram realizadas durante as consultas pelos respectivos médicos que assistem esses indivíduos. Foram aplicados dois questionários: o primeiro acerca de dados sócio-demográficos; já o segundo trata-se da Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS- 8) adaptada⁸, presente no quadro 1. Este instrumento é o recurso autorreferido mais usado na verificação da adesão terapêutica. É composto por oito questões, sendo os itens 1 a 7 dicotômicos e o item oito politômico (escala de 5-likert). Por meio desse questionário obtém-se o nível de adesão ao tratamento. Assim, classifica-se: 8 pontos como alta adesão, 6 a < 8 como média adesão e < 6 como baixa adesão.

Dentre as variáveis independentes têm-se: idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, prática de exercício físico,

Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, tempo de tratamento da FA, quantidade de medicamentos em uso e tipo de anticoagulante em uso (AVK e DOACs). Já a variável dependente deste estudo foi a adesão ao tratamento de FA.

Nesta pesquisa, identificaram-se como aderentes os indivíduos com escore igual a oito na MMAS-8.^{8, 9}

Quadro 1

Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8)
1. Você às vezes se esquece de tomar o medicamento?
2. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que você não tomou o medicamento?
3. Você já parou de tomar o medicamento ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar o medicamento?
5. Você tomou seu medicamento ontem?
6. Quando sente que sua doença está controlada, você às vezes para de tomar o medicamento?
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?
8. Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar o medicamento?

Fonte: Oliveira-Filho et al., 2014

Tamanho da amostra

Uma vez que a coleta dependeu de consultas de acompanhamento esporádicas dos pacientes com FA, a amostra foi do tipo censitária. Assim, obteve-se um total de 39 pacientes, sendo 27 provenientes da primeira clínica selecionada e 12 da segunda.

Salienta-se que amostra censitária é aquela em que se coletam informações de todos os elementos pertencentes à população, e, por esse motivo, não se faz necessário o cálculo do tamanho mínimo de uma amostra. Recomenda-se o uso desse procedimento quando a população é pequena, de fácil acesso ou quando se deseja ter um panorama exato do objeto de pesquisa.¹⁰

Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do software Microsoft Excel versão 2019 e analisados no software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Foram feitas análises descritivas das variáveis estudadas, relatando a frequência e porcentagem das variáveis qualitativas e média e desvio-padrão das quantitativas. Todos os resultados foram expressos por meio de tabelas.

As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância $p= 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%. A distribuição das variáveis quantitativas foi realizada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk. A comparação das médias entre as categorias das variáveis qualitativas politômicas foi realizada por meio da aplicação do teste ANOVA de uma via. A associação entre as variáveis qualitativas foi investigada por meio da aplicação dos testes razão de verossimilhança e associação linear por linear.

Aspectos éticos

O trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense em 14/12/2018, sob o número 3.084.473, CAAE 93381018.5.0000.0119. Os dados foram coletados somente após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os pacientes.

RESULTADOS

Foram entrevistados 39 pacientes com FA e todos foram selecionados para a pesquisa. A idade média dessa população foi de 73,23 ($\pm 11,16$). A maioria (97,4%) referiu ser de raça branca. A distribuição entre os sexos demonstrou-se equilibrada, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino. Referente ao estado civil, 59% declararam serem casados. Quanto à ocupação, houve predomínio de pensionistas, com 43,6%. Em relação à escolaridade, 59,0% relataram saber ler e escrever; 28,2%, terem concluído o Ensino Fundamental; 7,7%, o Ensino Médio; 2,6%, Ensino Superior

e 2,6% relatou ser analfabeto. Acerca da renda salarial, a maior parte – 76,9% – situou-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, seguidos de 12,8% na faixa de 4 a 6; 7,7% com renda menor que 1 salário mínimo e 2,6% na faixa de 7 a 10 (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes com FA em tratamento em duas clínicas de Cardiologia

	Média ± DP, n (%) n = 39
Idade (anos)	73,23 ± 11,16
Raça	
Branco	38 (97,4)
Pardo	0 (0,0)
Negro	1 (2,6)
Sexo	
Masculino	20 (51,3)
Feminino	19 (48,7)
Estado Civil	
Casado	23 (59,0)
Viúvo	12 (30,8)
Mora junto	3 (7,7)
Divorciado	1 (2,6)
Ocupação	
Pensionista	17 (43,6)
Empregado	2 (5,1)
Trabalha no lar	2 (5,1)
Autônomo	1 (2,6)
Dependente	1 (2,6)
Outros	16 (41,0)
Escolaridade	
Analfabeto	1 (2,6)
Sabe ler e escrever	23 (59,0)
Ensino Fundamental Completo	11 (28,2)
Ensino Médio Completo	3 (7,7)
Ensino Superior	1 (2,6)
Renda (salários mínimos)	
< 1	3 (7,7)
1 a 3	30 (76,9)
4 a 6	5 (12,8)
7 a 10	1 (2,6)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No tocante às comorbidades, 28,9% referiam ser diabéticos e 73,0%, hipertensos. Referente ao número de medicamentos utilizados, 79,5% alegaram fazer uso de mais de 4 fármacos. Os demais distribuíram-se entre duas amostras iguais de 10,3%, sendo que uma informou uso de 4 fármacos e a outra, de 3. Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo foram 25,7% e 2,6%, respectivamente; além disso, 17,9% relataram ser tabagistas em abstinência. Sobre os hábitos de vida, apenas 7,7% informaram que praticavam atividade física regularmente (30 minutos, 3 a 5 vezes por semana) – (tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e hábitos de vida de pacientes com FA em duas clínicas de Cardiologia

	n (%)
	n = 39
Diabetes Mellitus	
Sim	11 (28,9)
Não	27 (71,1)
Não sabe	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	
Sim	27 (73,0)
Não	10 (27,0)
Não sabe	2
Medicamentos em uso	
3	4 (10,3)
4	4 (10,3)
>4	31 (79,5)
Álcool	
Nunca	27 (69,2)
< 1x/mês	3 (7,7)
1 a 2x/mês	4 (10,3)
1 a 3x/semana	2 (5,1)
>3x/semana	1 (2,6)
Em abstinência	2 (5,1)
Tabagismo	
Sim	1 (2,6)
Não	31 (79,5)
Em abstinência	7 (17,9)

Exercício Físico	
Não pratica	28 (71,8)
Irregular	8 (20,5)
Regular (30 minutos 3-5x/semana)	3 (7,7)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Anticoagulante em uso e tempo de tratamento

Em relação ao anticoagulante em uso, 64,1% informaram estarem em tratamento com os DOACs e 35,9%, com a AVK. Quanto ao tempo de tratamento da FA, 46,2% relataram período igual ou superior a 5 anos, 33,3%, entre 1 a 5 anos e 20,5%, menor que um ano (tabela 3).

Tabela 3. Anticoagulante em uso, tempo de tratamento e adesão medicamentosa de pacientes com FA em duas clínicas de Cardiologia

	n (%)
	n = 39
Anticoagulante em uso	
DOAC	25 (64,1)
AVK	14 (35,9)
Tempo de tratamento	
<1 ano	8 (20,5)
1 a 5 anos	13 (33,3)
≥5 anos	18 (46,2)
Adesão Medicamentosa	
Baixa adesão	4 (10,3)
Média adesão	16 (41,0)
Alta adesão	19 (48,7)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Adesão ao tratamento

A respeito da adesão ao tratamento de FA, 48,9% foram considerados aderentes (alta adesão: MMAS-8 = 8). Já os indivíduos não aderentes distribuíram-se 41,0% na média adesão e 10,3% na baixa adesão (tabela 2). A média dos escores MMAS-8 foi igual a 6,85 (\pm 1,66). As tabelas 3 e 4 apresentam a relação entre as características sociodemográficas, anticoagulante em uso e tempo de tratamento e a adesão medicamentosa. A

Tabela 5 exibe as perguntas da MMAS-8 para classificar a adesão ao tratamento com anticoagulantes e o número de pacientes com respostas condizentes com adesão.

Tabela 4. Adesão medicamentosa e características sociodemográficas de pacientes com FA em duas clínicas de Cardiologia

	Adesão Medicamentosa, Média \pm DP, n (%)			Valor-p
	Baixa n = 4	Média n = 16	Alta n = 19	
Idade (anos)	65,00 \pm 9,83	76,25 \pm 11,43	72,42 \pm 10,68	0,180*
Sexo				
Masculino	1 (25,0)	9 (56,3)	10 (52,6)	0,516 [†]
Feminino	3 (75,0)	7 (43,8)	9 (47,7)	
Estado Civil				
Casado	3 (75,0)	10 (62,5)	10 (52,6)	0,466 [†]
Viúvo	0 (0,0)	5 (31,3)	7 (36,8)	
Mora junto	1 (25,0)	1 (6,3)	1 (5,3)	
Divorciado	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	
Ocupação				
Pensionista	1 (25,0)	11 (68,8)	5 (26,3)	0,132 [†]
Empregado	1 (25,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	
Trabalha no lar	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	
Autônomo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	
Dependente	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	
Outros	2 (50,0)	4 (25,0)	10 (52,6)	
Escolaridade				
Analfabeto	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	0,690 [‡]
Sabe ler e escrever	3 (75,0)	7 (43,8)	13 (68,4)	
Ensino Fundamental	1 (25,0)	8 (50,0)	2 (10,5)	
Ensino Médio	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	
Ensino Superior	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	
Renda (salários mínimos)				
< 1	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)	0,524 [‡]
1 a 3	4 (100,0)	15 (93,8)	11 (57,9)	
4 a 6	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (21,1)	
7 a 10	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	

*Valor obtido por meio da aplicação do teste ANOVA de uma via.

[†]Valores obtidos por meio da aplicação do teste Razão de verossimilhança.

[‡]Valores obtidos por meio da aplicação do teste Associação linear por linear.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Tabela 5. Adesão medicamentosa, comorbidades, hábitos de vida e anticoagulantes em uso de pacientes com FA em duas clínicas de Cardiologia

	Adesão Medicamentosa, n (%)			Valor-p
	Baixa n = 4	Média n = 16	Alta n = 19	
Diabetes Mellitus				
Sim	0 (0,0)	6 (37,5)	5 (27,8)	0,193 [†]
Não	4 (100,0)	10 (62,5)	13 (72,2)	
Não sabe	0	0	1	
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	2 (50,0)	13 (81,3)	12 (70,6)	0,450 [†]
Não	2 (50,0)	3 (18,8)	5 (29,4)	
Não sabe	0	0	2	
Medicamentos em uso				
3	0 (0,0)	1 (6,3)	3 (15,8)	0,381 [‡]
4	1 (25,0)	1 (6,3)	2 (10,5)	
>4	3 (75,0)	14 (87,5)	14 (73,7)	
Álcool				
Nunca	4 (100,0)	11 (68,8)	12 (63,2)	0,606 [‡]
< 1x/mês	0 (0,0)	1 (6,3)	2 (10,5)	
1 a 2x/mês	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (21,1)	
1 a 3x/semana	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)	
>3x/semana	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	
Em abstinência	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (5,3)	
Tabagismo				
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	0,807 [†]
Não	3 (75,0)	13 (81,3)	15 (78,9)	
Em abstinência	1 (25,0)	3 (18,8)	3 (15,8)	
Exercício Físico				
Irregular	1 (25,0)	2 (12,5)	5 (26,3)	0,179 [†]
Regular (30 min 3-5x/semana)	0 (0,0)	3 (18,8)	0 (0,0)	
Não pratica	3 (75,0)	11 (68,8)	14 (73,7)	
Anticoagulante em uso				
DOACs	2 (50,0)	13 (81,3)	10 (52,6)	0,162 [†]
AVK	2 (50,0)	3 (18,8)	9 (47,4)	
Tempo de tratamento				
<1 ano	2 (50,0)	3 (18,8)	3 (15,8)	0,059 [‡]
1 a 5 anos	1 (25,0)	8 (50,0)	4 (21,1)	
≥5 anos	1 (25,0)	5 (31,3)	12 (63,2)	

*Valor obtido por meio da aplicação do teste ANOVA de uma via.

[†]Valores obtidos por meio da aplicação do teste Razão de verossimilhança.

[‡]Valores obtidos por meio da aplicação do teste Associação linear por linear.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A Tabela 6 apresenta as perguntas da MMAS-8 para averiguar a adesão ao tratamento com os anticoagulantes orais e o número de pacientes com respostas sugestivas de adesão.

Tabela 6. Questões realizadas para investigar a adesão ao tratamento de FA e número de pacientes com respostas indicativas de adesão ao tratamento com anticoagulantes (n = 39)

Questões realizadas quanto ao tratamento com anticoagulantes	Resposta para adesão	n (%)
1. Você às vezes se esquece de tomar o medicamento?	Não	35 (84,7)
2. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que você não tomou o medicamento?	Não	35 (84,7)
3. Você já parou de tomar o medicamento ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	Não	30 (76,9)
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar o medicamento?	Não	37 (94,9)
5. Você tomou seu medicamento ontem?	Sim	33 (84,6)
6. Quando sente que sua doença está controlada, você às vezes para de tomar o medicamento?	Não	33 (84,6)
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?	Não	28 (71,8)
8. Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar o medicamento?	Nunca ou quase nunca	36 (92,3)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento compreende a sincronia entre as atitudes dos pacientes e as especificações médicas ou equipes de saúde.¹¹ Desse modo, os fatores que compõem tal adesão são divididos em cinco dimensões: relacionamento com o médico ou equipe de saúde, variáveis socioeconômicas, características ligadas ao próprio paciente, características ligadas ao tratamento e conhecimento sobre a doença.¹² Fragmentando essas dimensões, obtêm-se os seguintes aspectos relacionados ao paciente: idade, sexo, etnia,

estado civil, escolaridade e socioeconômico. Em relação à doença, fala-se sobre a cronicidade, ausência ou presença de sintomas e consequências tardias. A respeito dos fatores relacionados ao tratamento, observam-se: a qualidade de vida, custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos (simples ou complexos). Já os aspectos relacionados ao médico e equipe de saúde englobam a importância do bom relacionamento com o médico, fácil acesso ao serviço de saúde e tempo de espera versus tempo de atendimento da consulta. E, finalmente, o fator sócio econômico, que se mescla aos outros fatores de adesão supracitados.¹³ Nesta pesquisa foram avaliados alguns desses fatores e sua relação com a aderência ao tratamento de FA.

Como as coletas foram realizadas em clínicas privadas de Cardiologia, esperava-se o predomínio de indivíduos com renda salarial alta e Ensino Médio completo, o que não foi evidenciado. Além de a maioria (76,9%) apresentar renda entre um a três salários mínimos, foi constatado que 59% sabem apenas ler e escrever, e apenas 7,7% completaram o Ensino Médio. Esses números constatarem que os indivíduos deste estudo demonstram baixo poder aquisitivo e pouco conhecimento escolar. Porém, ao buscarem atendimento em consultórios privados, os dados sugerem que os pacientes estão buscando melhores oportunidades de cuidar de sua saúde. Esse fato pode melhorar sua relação com a equipe de saúde e conhecimento sobre a doença, repercutindo positivamente na adesão ao tratamento.¹²

Em relação à raça, a população apresentou-se majoritariamente branca (97,4%). Essa alta porcentagem corrobora com levantamentos demográficos da região estudada¹⁴, que denotam etnia predominantemente italiana. Além disso, dados da literatura descrevem que indivíduos brancos possuem menores taxas de morbimortalidade comparados a não-brancos. Isso pode explicar também essa alta prevalência da raça branca associada à FA.¹⁵

Quanto à faixa etária, a idade média da população estudada foi de 73,23 anos (\pm 11,16). Essa informação é coerente com a literatura, visto que há prevalência de FA em idosos. Além disso, essa taxa aumenta em idades acima de 70 anos.^{3, 4, 16-18} Evidências também apontam que indivíduos acima de 65 anos possuem alto índice de mortalidade associado à FA. Foram acompanhados, durante uma década, homens entre 55 a 74 anos. Dentre os

acometidos por FA, houve mortalidade de 61,5% comparado aos indivíduos sem FA, de apenas 30,0%.³

A respeito das comorbidades da população em questão, 73,0% relataram ser hipertensos. Esse dado condiz com demais estudos, os quais evidenciam tal patologia como a mais prevalente comorbidade cardiovascular dentre pacientes com FA.^{1, 17, 19} Já o DM, que também gera complicações cardiovasculares, não obteve números tão expressivos. Apenas 28,9% dos pacientes possuíam essa doença. Tais resultados se opõem ao levantamento epidemiológico de Staerk e cols.³, o qual demonstra que pacientes com DM têm 40 a 60% de chance de apresentar FA.

Em relação aos hábitos de vida, estatísticas mostram que a cessação de tabagismo e etilismo, bem como a realização de exercícios físicos, sugerem controle da doença e diminuição dos riscos de eventos tromboembólicos.¹⁷ No presente estudo, um quarto dos entrevistados referiu consumo de bebidas alcoólicas. Quanto ao tabagismo, obteve-se relato de apenas 2,6%. Essas baixas porcentagens evidenciam hábitos favoráveis ao controle da FA por parte da população estudada. No entanto, a maioria (92,3%) foi classificada como sedentária. Tal dado pode ser justificado devido à idade média dos pacientes entrevistados. De acordo com Bennie e cols.²⁰, os idosos apresentam menores taxas de engajamento no exercício quando comparadas às de adultos jovens.

No tocante à adesão, a literatura traz pesquisas acerca da avaliação da aderência ao tratamento de doenças crônicas, como diabetes mellitus²¹, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)²²⁻²⁴, FA²⁵ e também ao uso de AVK²⁶. O estudo de Borges e cols.²⁴ analisou alguns instrumentos para averiguar a adesão ao tratamento. Dentre esses, os elaborados por Morisky⁸ foram os mais utilizados. Assim, o presente estudo optou pela Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8). Esse dispositivo é tido como confiável e tem sido amplamente utilizado em estudos ligados a adesão no tratamento de HAS. Também foi usado em pesquisas sobre FA e uso de anticoagulantes orais.²⁵⁻²⁹ Por fim, para que o indivíduo seja considerado aderente, deve-se obter pontuação máxima (MMAS-8 = 8).^{8, 23, 27, 29, 30}

Desse modo, à aplicação dessa escala, constatou-se a não aderência ao tratamento da população estudada. Um dos parâmetros

empregados para inferir tal resultado foi a avaliação da porcentagem dos indivíduos que obtiveram alta aderência, que foi igual a 48,7%. Além disso, a média dos escores obtidos pela MMAS-8 também foi investigada. Obteve-se, assim, pontuação igual a 6,85 (\pm 1,66), reforçando a não adesão dessa população.^{8, 27}

Já o estudo de Miyazaki e cols.²⁷ confrontou esses resultados, uma vez que a leitura dos dados foi feita de modo distinto da maioria da literatura acessada. Os pesquisadores somaram as porcentagens da alta com a média adesão (escores > 6 a 8), e, assim obtiveram 78,8%. Dessa forma, consideraram sua amostra aderente ao tratamento. Caso esse parâmetro também fosse adotado nesta pesquisa, a taxa de adesão seria de quase 90%. Seriam, portanto, atingidos índices superiores de adesão comparados aos de demais estudos, tanto em relação à FA quanto a outras doenças crônicas.^{8, 24, 25, 27-29}

Como a FA possui altas taxas de mortalidade quando o paciente não adere ao tratamento, adotaram-se critérios mais rigorosos nesta pesquisa. O objetivo foi investigar quais dimensões podem estar envolvidas na não adesão dos indivíduos deste estudo. À análise das respostas ao questionário MMAS-8, verificou-se o fator emocional relacionado à própria doença como o responsável por diminuir as taxas de adesão. O resultado deu-se em razão de 28,2% dos entrevistados referir incômodo por seguirem corretamente seu tratamento, presente na questão número sete do questionário. Esse fato, portanto, indica a conexão de aspectos emocionais à adesão, corroborada recentemente por Miyazaki e cols.²⁷. Em tal estudo, sentimentos de raiva, ansiedade e depressão resultantes da FA foram vinculados à baixa adesão. Ademais, Valencia-Monsalvez e cols.³⁰ também avaliaram as perguntas da MMAS-8. Eles apontaram a pergunta de número um - na qual os pacientes afirmam que às vezes se esquecem de tomar o medicamento - como a responsável por diminuir as taxas de adesão dos indivíduos. Tal ocorrência torna-se preocupante quando o assunto é prevenção de eventos tromboembólicos.

Quanto aos anticoagulantes, houve uso majoritário de DOACs em relação aos AVK, 64,1% e 35,9% respectivamente. Reclamações sobre hematomas ou hemorragias, flebotomias de repetição, insatisfação com o

tratamento, problemas de mobilidade e traços de ansiedade e depressão parecem motivar a troca de AVK para DOACs. Estes estão sendo gradualmente introduzidos na Europa, América do Norte e várias outras partes do mundo para prevenção de eventos tromboembólicos na FA. Tais fármacos não necessitam do monitoramento da coagulação, não possuem interações alimentares e têm poucas interações medicamentosas.³¹ A escolha de medicamentos de fácil utilização - como os DOACs - pode ser um bom preditor de adesão.³²

No entanto, em estudo de Figueirêdo e cols.³³, realizado no Brasil, apenas 39,2% dos que estavam em uso de DOACs foram classificados como aderentes. Já nesta pesquisa, ainda que a maioria dos indivíduos utilize os DOACs e tenha sido considerada não aderente, não foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre o anticoagulante em uso e a adesão medicamentosa. Ademais, sabe-se que o instrumento utilizado foi rigoroso quanto à classificação de adesão, o que também dificultou afirmação dessas relações. Por isso, fazem-se necessários mais estudos com a mesma metodologia desta pesquisa e que incluam um número maior de participantes.

Somado a isso, a adesão ao tratamento vai além das propriedades intrínsecas dos medicamentos, como visto neste trabalho e em recente revisão sistemática de Rodríguez-Bernal e cols. Tal estudo concluiu que, embora diversas pesquisas tenham conferido os resultados de adesão às características de cada fármaco (como efeitos adversos ou a comodidade da posologia), existem outros fatores associados, como assistência médica aos pacientes e aos familiares.³⁴

Dessa forma, evidenciam-se vários elementos que podem auxiliar os serviços de saúde a aprimorar a adesão dos pacientes. Um bom exemplo disso foi exposto por Stephan e cols.³⁵ Eles desenvolveram um aplicativo de smartphone e o utilizaram durante as consultas. Dessa ação, concluíram que, quanto mais conhecimento acerca da FA, melhor a realização do tratamento pelo paciente. Além disso, essa ferramenta também apresenta orientações sobre os fármacos disponíveis para o controle da FA. Permite, dessa maneira, uma decisão compartilhada com o médico, a qual também pode favorecer a adesão. Ademais, Pereira e cols. ressaltam que a satisfação com comunicação, informação e confiança no médico pressupõem uma alta adesão

medicamentosa.²¹

Diante disso, conhecer as características de cada paciente, incentivar seus acertos e auxiliar nas dificuldades são essenciais para a garantia da terapêutica ideal. Cabe ao médico e à equipe de saúde assegurar que o paciente compreenda a importância do seu tratamento e perceba o quão responsável é por sua qualidade de vida.

Limitações

As limitações deste estudo incluíram o número baixo de participantes, uma vez que foi realizado em um curto período de tempo e dependeu de consultas espontâneas nas clínicas de Cardiologia. Além disso, somente dois locais de coleta foram selecionados, o que também limitou a quantidade de participantes.

Acerca dos instrumentos utilizados, ressalta-se que a escala de adesão de Morisky⁸, embora largamente aplicada para averiguar a adesão medicamentosa, inclina-se à superestimação da não aderência. Além disso, também não oferece espaço para que o indivíduo possa expor seus obstáculos e sua assimilação em relação ao tratamento.³⁶ Evidencia-se, portanto, a importância do desenvolvimento de outros dispositivos para a investigação da adesão farmacológica, sobretudo em indivíduos que fazem uso de anticoagulantes orais.

CONCLUSÕES

À aplicação da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky⁸, a população em estudo foi classificada como não aderente. Ressalta-se a rigorosidade desse instrumento como um dos motivos de tal resultado.

Salienta-se também que diversos fatores são importantes na adesão ao tratamento, como assistência médica, conhecimento da doença e fármacos em uso. Nesta pesquisa, a questão determinante da não aderência foi o incômodo referido pelos indivíduos ao tratarem a FA.

Ademais, embora a maioria utilizasse DOACs, não houve associação estatística significativa entre adesão medicamentosa e o anticoagulante oral utilizado.

Conhecer os aspectos sociodemográficos e comorbidades dos pacientes com FA podem auxiliar os profissionais da saúde a aumentar a adesão. Uma boa relação médico-paciente também é fundamental a fim de influenciar positivamente os indivíduos no seguimento da terapêutica estabelecida.

REFERÊNCIAS

1. Oladiran O, Nwosu I. Stroke risk stratification in atrial fibrillation: a review of common risk factors. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2019;9(2):113-120.
2. Rohla M, Weiss T, Pecen L, Patti G, Siller-Matula J, Schnabel R et al. Risk factors for thromboembolic and bleeding events in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the prospective, multicentre observational PREvention of thromboembolic events - European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). *BMJ Open*. 2019;9(3):e022478.
3. Staerk L, Sherer J, Ko D, Benjamin E, Helm R. Atrial Fibrillation. *Circulation Research*. 2017;120(9):1501-1517.
4. Adalet K. Atrial fibrillation in the elderly. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi- Archives of the Turkish Society of Cardiology*. 2017.
5. Alcusky M, McManus D, Hume A, Fisher M, Tjia J, Lapane K. Changes in Anticoagulant Utilization Among United States Nursing Home Residents With Atrial Fibrillation From 2011 to 2016. *Journal of the American Heart Association*. 2019;8(9).
6. Han S, Jeong H, Kim H, Suh H. The treatment pattern and adherence to direct oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation aged over 65. *PLOS ONE*. 2019;14(4):e0214666.

7. Raparelli V, Proietti M, Cangemi R, Lip G, Lane D, Basili S. Adherence to oral anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Thrombosis and Haemostasis*. 2017;117(02):209-218.
8. Oliveira-Filho A, Morisky D, Neves S, Costa F, de Lyra D. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version in hypertensive adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2014;10(3):554-561.
9. Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 2009;15(1):59-66.
10. Silva L, Soares L, Fernandes A, Rocha R, Silva G. Síndrome de burnout em profissionais dos centros de atenção psicossocial: um estudo descritivo. *Revista Enfermagem Atual InDerme*. 2018;85(23).
11. Howren M, Gonzalez J. Treatment adherence and illness self-management: introduction to the special issue. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016;39(6):931-934.
12. Carvalho A, Leopoldino R, Silva J, Cunha C. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1885-1892.
13. Brown M, Bussell J. Medication Adherence: WHO Cares?. *Mayo Clinic Proceedings*. 2011;86(4):304-314.
14. Seyferth G. The diverse understandings of foreign migration to the South of Brazil (1818-1950). *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*. 2013;10(2):118-162.
15. Ugowe F, Jackson L, Thomas K. Racial and ethnic differences in the prevalence, management, and outcomes in patients with atrial fibrillation: A systematic review. *Heart Rhythm*. 2018;15(9):1337-1345.
16. Huisman M, Ma C, Diener H, Dubner S, Halperin J, Rothman K et al. Antithrombotic therapy use in patients with atrial fibrillation before the era of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants: the Global Registry on Long-Term

Oral Antithrombotic Treatment in Patients with Atrial Fibrillation (GLORIA-AF) Phase I cohort. *Europace*. 2016;18(9):1308-1318.

17. Ogunsua A, Shaikh A, Ahmed M, McManus D. Atrial Fibrillation and Hypertension: Mechanistic, Epidemiologic, and Treatment Parallels. *Methodist DeBaakey Cardiovascular Journal*. 2015;11(4):228-234.

18. Huisman M, Ma C, Diener H, Dubner S, Halperin J, Rothman K et al. Antithrombotic therapy use in patients with atrial fibrillation before the era of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants: The Global Registry on Long-Term Oral Antithrombotic Treatment in Patients with Atrial Fibrillation (GLORIA-AF) Phase I cohort. *Europace*. 2016;18(9):1308-1318.

19. Giroto E, Andrade S, Cabrera M, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-1772.

20. Bennie J, De Cocker K, Teychenne M, Brown W, Biddle S. The epidemiology of aerobic physical activity and muscle-strengthening activity guideline adherence among 383,928 U.S. adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2019;16(1).

21. Pereira M, Pedras S, Ferreira G, Machado J. Differences, predictors, and moderators of therapeutic adherence in patients recently diagnosed with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*. 2018;:135910531878050.

22. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin J, Martinez-Martinez F, Garcia-Corpas J. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Preference and Adherence*. 2015;:569.

23. Moharamzad Y, Saadat H, Nakhjavan Shahraki B, Rai A, Saadat Z, Aerab-Sheibani H et al. Validation of the Persian Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian Hypertensive Patients. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(4).

24. Borges J, Moreira T, Rodrigues M, Oliveira C. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma

revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46(2):487-494.

25. Benzimra M, Bonnamour B, Duracinsky M, Lalanne C, Aubert J, Chassany O et al. Real-life experience of quality of life, treatment satisfaction, and adherence in patients receiving oral anticoagulants for atrial fibrillation. *Patient Preference and Adherence*. 2018;Volume 12:79-87.

26. Souza T, Colet C, Heineck I. Nível de informação e adesão à terapia de anticoagulação oral com varfarina em pacientes acompanhados em ambulatório de atenção primária à saúde. *Jornal Vascular Brasileiro*. 2018;17(2):109-116.

27. Miyazaki M, Nakashima A, Nakamura Y, Sakamoto Y, Matsuo K, Goto M et al. Association between medication adherence and illness perceptions in atrial fibrillation patients treated with direct oral anticoagulants: An observational cross-sectional pilot study. *PLOS ONE*. 2018;13(9):e0204814.

28. Emren S, Zoghi M, Berilgen R, Özdemir İ, Çelik O, Çetin N et al. Safety of once- or twice-daily dosing of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) in patients with nonvalvular atrial fibrillation: A NOAC-TR study. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. 2017.

29. Stephenson J, Shinde M, Kwong W, Fu A, Tan H, Weintraub W. Comparison of claims vs patient-reported adherence measures and associated outcomes among patients with nonvalvular atrial fibrillation using oral anticoagulant therapy. *Patient Preference and Adherence*. 2018;Volume 12:105-117.

30. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017;34(2):245.

31. De Caterina R, Brüggjenjürgen B, Darius H, Köhler S, Lucerna M, Pecun L et al. Quality of life and patient satisfaction in patients with atrial fibrillation on stable vitamin K antagonist treatment or switched to a non-vitamin K antagonist

oral anticoagulant during a 1-year follow-up: A PREFER in AF Registry substudy. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 2018;111(2):74-84.

32. Solla-Ruiz I, Villanueva-Benito I, Paredes-Galán E, Salterain-González N, Oria-González G, De La Cuesta-Arzamendi F et al. Differences between patient-driven adherence to vitamin K antagonists and direct oral anticoagulants. Do few missed doses matter? ACO-MEMS Study. *Thrombosis Research*. 2019;179:20-27.

33. Figueirêdo T, Costa C, Da Silveira M, De Araújo H, Silva T, Bezerra S. Adesão farmacológica e conhecimento de pacientes anticoagulados. *Avances en Enfermería*. 2018;36(2):143-152.

34. Rodríguez-Bernal C, García-Sempere A, Hurtado I, Santa-Ana Y, Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. Real-world adherence to oral anticoagulants in atrial fibrillation patients: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8(12):e025102.

35. Stephan L, Almeida E, Guimarães R, Ley A, Mathias R, Assis M et al. Oral Anticoagulation in Atrial Fibrillation: Development and Evaluation of a Mobile Health Application to Support Shared Decision-Making. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2017.

36. Ávila C, Aliti G, Feijó M, Rabelo E. Pharmacological adherence to oral anticoagulant and factors that influence the international normalized ratio stability. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(1):18-25.