

Razões para não adesão a fármacos em pacientes com doença arterial coronariana

Reasons for medication noncompliance in patients with coronary artery disease

Pollyanna Dutra Sobral¹, Dinaldo Cavalcanti Oliveira¹, Eduardo Tavares Gomes¹, Priscila de Oliveira Carvalho¹, Norma Maria Tenório Brito¹, Danielle Aparecida Gomes Cavalcanti de Oliveira², Erlley Raquel Aragão¹, Emanuelle Tenório Godoi¹

Recebido da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever as razões da não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doença arterial coronariana crônica; a prevalência de não adesão às drogas; e os perfis clínico, social e econômico dos pacientes. **MÉTODOS:** Estudo transversal, prospectivo e descritivo realizado de julho a dezembro de 2015, com 130 pacientes (75% homens; idade 60,8±10,3 anos). As características clínicas dos pacientes foram coletadas por questionário clínico e a adesão medicamentosa por questionário de Morisky-Green. Foram realizadas análises estatísticas descritivas das variáveis. **RESULTADOS:** Noventa e seis pacientes (74%) foram não aderentes. As principais razões para não adesão foram: dificuldade em identificar o medicamento tomado em 86,4% dos pacientes; destes, 43,3% relataram não saber o nome da medicação de que faziam uso contínuo, 27,7% relataram que o controle era feito pelo familiar, 15,6% identificavam o medicamento pelo tamanho e pela cor. Dos 96 pacientes não aderentes, 40% citaram o esquecimento como o maior motivo para a não aderência à terapia farmacológica, 11,4% citaram as condições financeiras. **CONCLUSÃO:** A prevalência de não adesão medicamentosa foi elevada, e as principais razões para não tomada adequada das medicações pelos pacientes foram: dificuldade na identificação dos medicamentos, esquecimento de tomar o remédio e dificuldade em aquisição das drogas.

Descritores: Doença da artéria coronariana/quimioterapia; Adesão à medicação; Cooperação do paciente

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe the reasons for noncompliance to drug therapy in patients with chronic coronary artery disease; the prevalence of noncompliance to drugs; and patients' clinical, social and economic profile. **METHODS:** This is a cross-sectional, prospective and descriptive study carried out from July to December 2015, including 130 patients (75% of men, age 60.8±10.3 years). Patients' clinical characteristics were collected through a clinical questionnaire, and drug adherence through the Morisky-Green questionnaire. Descriptive statistical analyzes of the variables were performed. **RESULTS:** Ninety-six patients (74%) were noncomplaint to the pharmacological treatment. The main reasons for noncompliance were: difficulty in identifying the medication taken in 86.4% of the patients; of these, 43.3% reported not knowing the name of the medication they are taking; 27.7% reported that the control was done by a relative, 15.6% identified the medication by size and color. Of the 96 noncompliant patients, 40% reported forgetting as the main reason for noncompliance to pharmacological therapy, 11.4% mentioned financial conditions. **CONCLUSION:** The prevalence of noncompliance to drug therapy was high; in addition, the main reasons for not taking adequate medications were: difficulty in identifying medications, forgetting to take the medication, and difficulty in purchasing the drugs.

Keywords: Coronary artery disease/drug therapy; Medication adherence; Patient compliance

INTRODUÇÃO

A palavra “adesão” deriva do latim “*adhaesione*” e é definida como a ação ou o efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia ou a uma causa; na literatura médica, o termo “adesão” é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas.⁽¹⁾

Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico.^(2,3) Assim, a busca dos fatores que interferem na aderência medicamentosa e das ações que a influenciam positivamente são mandatórias, pois é por meio dela que a equipe de saúde pode promover o tratamento adequado e uma melhor qualidade de vida ao paciente.⁽³⁾

1. Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

2. Hospital Ilha do Leite, Recife, PE, Brasil.

Data de submissão: 11/03/2017 – Data de aceite: 18/05/2017

Conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: não há.

Endereço para correspondência:

Dinaldo Cavalcanti Oliveira
Rua Avenida Professor Moraes Rego, 1.235 – Cidade Universitária
CEP: 50670-901 – Recife, PE, Brasil
Fone: (81) 2126-6000/(81) 3198-4597 – E-mail: dinaldo@cardiol.br

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: protocolo 46307815.8.0000.5208; parecer 1.135.117, data 2 de julho de 2015, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

Um dos questionários utilizados na avaliação da adesão medicamentosa para doenças crônicas é o teste de Morisky-Green (TMG). As propriedades do TMG são designadas para facilitar a identificação e a avaliação dos problemas e barreiras para uma adesão adequada. O teste pode ser utilizado inicialmente como uma ferramenta de diagnóstico para avaliar os níveis de cumprimento da prescrição por parte dos pacientes e seus comportamentos de adesão. Uma característica importante do TMG é a identificação de problemas relacionados com atitudes e comportamentos e a consequente utilização de medidas adequadas para resolvê-los.^(3,4)

A doença arterial coronariana (DAC) é responsável por elevadas taxas de mortalidade, não importando o país avaliado, além de alto custo direto e indireto.^(5,6)

Conhecer a prevalência de adesão medicamentosa dos pacientes com DAC, identificar os fatores que dificultam esta adesão e buscar meios para melhorá-la, são medidas importantes no manejo destes tipos de pacientes.

O objetivo primário deste estudo foi identificar fatores descritos como causa de não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com DAC crônica e, como secundários, as descrições da prevalência de não adesão às drogas prescritas e dos perfis clínico, social e econômico da população estudada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e descritivo, realizado de julho a dezembro de 2015, em dois hospitais, que recrutou todos os pacientes que estivessem de acordo com os critérios de inclusão e exclusão durante o tempo preestabelecido para o estudo.

Foram incluídos 130 pacientes (57% homens, idade $60,8 \pm 10,3$ anos). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer número 1.135.117).

Os critérios de inclusão foram pacientes com indicação clínica de cinecoronariografia por DAC crônica, que estivessem em uso de terapia medicamentosa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes com impossibilidade de responder questionários e com participação pregressa ou atual em outro estudo clínico.

As características clínicas dos pacientes foram coletadas da aplicação de questionário, e a adesão medicamentosa foi avaliada pelo questionário Morisky-Green.^(7,8)

Foram abordadas questões sobre as dificuldades encontradas pelo paciente na aderência ao tratamento farmacológico, permitindo que o mesmo descrevesse as razões para a não tomada da medicação, conforme receita médica.

Baseados nas justificativas para não adesão, as razões descritas para não aderência às medicações foram divididas em dois grandes grupos, a saber: dificuldade de identificar os remédios e aquelas relacionadas a tomada destes.

Pacientes potencialmente candidatos a serem recrutados foram avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Aqueles que preenchessem tais critérios foram abordados pelos pesquisadores, que explicaram a pesquisa e os convidaram para participar dela. Para os pacientes que aceitaram, foi explicado o TCLE, que foi assinado por eles. Em seguida foram aplicados os questionários

de coleta de características clínicas e de adesão farmacológica, assim como foram coletadas as informações sobre as razões da não tomada das medicações de acordo com as prescrições. Todas estas etapas foram realizadas antes da angiografia coronariana.

Os dados da pesquisa foram armazenados no programa Excel MS-Office Windows 8 e, posteriormente, exportados para o *Statistical Package Social Science* (SPSS), versão 21, que foi utilizado para análise estatística.

Por meio do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov, testou-se a normalidade das amostras. Foi realizada a análise estatística descritiva, e as variáveis categóricas foram expressas em suas frequências absolutas e valores percentuais, enquanto que as variáveis numéricas como média e desvio padrão pela distribuição normal na curva de Gauss.

RESULTADOS

Foram não aderentes ao tratamento farmacológico 96 (74%) pacientes. A avaliação das características socioeconômicas e demográficas da população do estudo revelou que 76,7% dos pacientes eram casados, 70,7% eram analfabetos ou cursaram até Ensino Fundamental, 62% ganhavam mensalmente um salário mínimo e 86,9% tinham idade ≥ 50 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfis social, econômico e demográfico dos pacientes com doença arterial coronariana crônica no Nordeste do Brasil em 2015

Características sociodemográficas	Estatísticas
Idade*	$60,8 \pm 10,3$ anos
Faixa etária (anos), n (%)	
<49	17 (13,1)
50-64	63 (48,5)
>65	50 (38,5)
Sexo, n (%)	
Feminino	56 (43,1)
Masculino	74 (56,9)
Estado civil, n (%)	
Casado	99 (76,7)
Solteiro	12 (9,3)
Divorciado/viúvo	18 (14,0)
Procedência, n (%)	
Recife	37 (28,4)
RMR	27 (20,8)
Interior/outros estados	66 (50,8)
Renda, n (%)	
1 salário mínimo	81 (62,3)
Mais de 1 e menos de 3	38 (29,2)
3 salários mínimos ou mais	11 (8,5)
Escolaridade†	
Analfabeto	17 (13,1)
Ensino Fundamental	75 (57,7)
Ensino Médio	26 (20,0)
Ensino Superior	12 (9,2)

*Média $\pm$ desvio padrão; †completo ou incompleto RMR: Região Metropolitana de Recife.

O índice de massa corporal foi $\leq 25 \text{ kg/m}^2$ em 44 pacientes, entre 25 e 30 kg/m^2 em 53 e $>30 \text{ kg/m}^2$ em 33. Os principais antecedentes pessoais foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 90% da amostra, *diabetes mellitus* (DM) em 33% e dislipidemia em 18%, enquanto os principais antecedentes familiares foram para 26%, DM para 12% e infarto do miocárdio em 6,9% (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil clínico dos pacientes com doença arterial coronariana crônica no Nordeste do Brasil em 2015

Características clínicas	Estatísticas
IMC*	27,7 $\pm$ 4,4kg/m ²
Classificação IMC, n (%)	
Normal	44 (33,8)
Sobrepeso	53 (40,8)
Obeso	33 (25,4)
Relação cintura/quadril, n (%)	
Normal	37 (28,5)
Aumentada	93 (71,5)
ITB, n (%)	
Normal	94 (72,3)
Menor	14 (10,8)
Maior	22 (16,9)
Procedimento, n (%)	
ICP	9 (6,9)
Cateterismo	121 (93,1)
Antecedentes pessoais, n (%)	
HAS	117 (90,0)
DM	43 (33,1)
AVC	8 (6,2)
IAM	22 (16,9)
DCV	8 (6,2)
Dislipidemia	24 (18,5)
Antecedentes familiares, n (%)	
HAS	35 (26,9)
DM	16 (12,3)
IAM	9 (6,9)
AVC	4 (3,1)
DCV	5 (3,8)

IMC: índice de massa corporal; ITB: índice tornozelo-braquial; ICP: intervenção coronariana percutânea; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; AVC: acidente vascular cerebral; IAM: infarto agudo do miocárdio; DCV: doenças cardiovasculares.

Quanto aos achados das angiografias coronarianas, 7,6% dos pacientes apresentavam estenoses discretas; 7,6%, moderadas; e 53,8% pelo menos uma estenose grave. Eram uniaxiais 20,7% dos pacientes, biarteriais 19,2% e triarteriais 29,2% da amostra.

Analisando as dificuldades encontradas na identificação dos medicamentos pelos pacientes, 86,4% dos pacientes tiveram dificuldade em identificar o medicamento tomado; destes, 43,3% relataram não saber o nome da medicação de que faziam uso contínuo, 27,7% relataram que o controle era feito por um fa-

miliar, 15,6% identificavam o medicamento pelo tamanho e pela cor, e 13,2% não conseguiam ler a receita prescrita.

Dos 96 pacientes não aderentes, 40% citaram o esquecimento como maior motivo para a não aderência a terapia farmacológica, 11,4% citaram as condições financeiras, 6,2% o esquecimento do familiar e apenas 1,04% relatou a falta de orientação do profissional de saúde.

DISCUSSÃO

A prevalência da não adesão encontrada no estudo foi concordante com a literatura, que estima taxa de 50 a 80% de não aderência medicamentosa em doentes com enfermidades crônicas.⁽²⁻⁴⁾

A dificuldade na identificação dos medicamentos (por não saber o nome da medicação, o controle ser feito pelo familiar, o fato de identificar o medicamento pelo tamanho e pela cor, ou não conseguir ler a receita prescrita), o esquecimento de tomar o remédio e a dificuldade em aquisição das drogas devido às condições financeiras foram as principais razões para não adesão aos fármacos.

São vários os fatores que influenciam na adesão medicamentosa do paciente, como relacionados ao paciente, como idade, sexo, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde; à doença, como a cronicidade e efeitos deletérios a longo prazo; ao tratamento medicamentoso, como os efeitos indesejáveis das drogas e posologia complexa; aos aspectos institucionais; e aqueles relacionados à relação paciente-membros da equipe de saúde.⁽¹⁾

Nesse estudo, o perfil socioeconômico foi caracterizado por baixa renda e escolaridade, o que pode dificultar o entendimento das recomendações médicas, a aquisição e tomada dos medicamentos, assim como o entendimento da importância da adesão.

Este estudo está em consonância com a literatura,⁽⁹⁾ que encontrou taxa de 80% de pacientes que não sabiam identificar os medicamentos utilizados.

A alta taxa de não identificação das medicações de uso contínuo é um fator alarmante, pois pressupõe que o indivíduo não conhece o fármaco que utiliza, sua ação e seus efeitos adversos, sendo de consenso para a comunidade científica que o paciente que é conhecedor de sua doença tem maiores chances de aderir a terapêutica prescrita e ter uma melhor qualidade de vida.⁽⁹⁾

Em um estudo sobre a utilização de medicamentos de forma errônea em pacientes idosos,⁽¹⁰⁾ foram encontrados resultados semelhantes aos do nosso estudo. A maioria dos idosos relatou a dificuldade para ler e o esquecimento como os maiores entraves para a aderência medicamentosa. Isto pode refletir alterações como falta de memória e cognição deficiente, que podem ser dificuldades encontradas na população em questão. Estas alterações, muitas vezes, geram dependência do idoso, e isto justifica que 28% dos pacientes tinham o controle da medicação feita pelo familiar. A família, muitas vezes, assume o papel de cuidadora do paciente, devendo ser orientada a respeito da doença, da importância da adesão e do medicamento utilizado.

Na literatura, a baixa escolaridade foi associada à dificuldade em compreender as recomendações dos profissionais de saúde e à importância do uso contínuo dos medicamentos.⁽¹¹⁾

A principal causa relatada para a não adesão ao regime terapêutico em nosso estudo foi o esquecimento, o que é concordante com outros estudos.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Este fator contribui para o não cumprimento adequado do regime terapêutico preconizado e pode ser causado pelas alterações cognitivas esperadas pelo envelhecimento e/ou devido a fatores socioeconômicos. Trata-se de um desafio para a equipe de saúde lidar com este fato, tendo como alternativa a realização de atividades que visem auxiliar na adesão medicamentosa, como a utilização de fitas coloridas, depósitos para o armazenamento das doses diárias, alarmes e a disposição do medicamento em locais mais visíveis, para promover a adesão medicamentosa e minimizar os riscos de erro.

Apesar de nosso estudo ter encontrado uma taxa baixa de esquecimento do familiar, é importante enfatizarmos que este pode ser um elemento chave na assistência ao paciente coronariano, necessitando de apoio e orientação da equipe de saúde.

Outro aspecto interessante deste estudo é que a prevalência de falta de orientação do profissional de saúde foi muito baixa, o que foi diferente de uma pesquisa prévia, na qual esta taxa foi de 11,8%.⁽⁹⁾ A orientação do profissional de saúde é fundamental para o processo de adesão medicamentosa.⁽³⁾

No Brasil, apesar dos avanços com a política de dispensação gratuita dos medicamentos, infelizmente não há o atendimento às necessidades da população, e estima-se que 64,5 milhões de pessoas com doenças crônicas não possuem condições financeiras que favoreçam a compra de fármacos.⁽¹³⁾ De certa forma, as dificuldades de adquirir os fármacos encontradas neste estudo, refletem a realidade do Brasil e das condições socioeconômicas da população estudada.

A maioria dos pacientes deste estudo tinha idade acima dos 50 anos, por isto, de uma forma geral, seria de se esperar maior risco para aterosclerose e também para maior número de fatores de risco.⁽¹⁴⁾ A literatura revela que, em populações com idades avançadas que tenham aterosclerose, a prevalência de três ou mais fatores de risco é elevada.⁽¹⁵⁾ De fato, a prevalência de fatores de risco nos pacientes do estudo foi alta.

Os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência e maior número em populações com menor poder econômico e cultural.⁽¹⁶⁾ Mesmo em países desenvolvidos, estas associações são relatadas. Outros estudos também encontraram resultados semelhantes.⁽¹⁷⁾ Dados de estudo americano demonstraram que presença de dois ou mais fatores de risco é mais frequente entre aqueles com baixa escolaridade 53% em comparação àqueles com curso superior 26%.⁽¹⁸⁾

Quanto à predominância do sexo masculino, alguns autores^(19,20) encontraram resultados semelhantes aos nossos, analisando também o perfil de paciente coronarianos atendidos em um hospital geral no Paraná e no Rio Grande do Sul.

Os hormônios femininos naturais protegem as mulheres quanto ao desenvolvimento de DAC enquanto estão em idade fértil.⁽¹⁵⁻²¹⁾ Por este e outros motivos, ainda não esclarecidos, as mulheres desenvolvem menos DAC e, consequentemente, são menos encaminhadas para angiografia que os homens.⁽¹⁴⁾

Em relação aos antecedentes familiares, a hipertensão e o DM foram as morbidades com maior frequência. A história familiar, em especial em parentes de primeiro grau, de morte súbita e in-

farto prematuro, diabetes, HAS e dislipidemia indica um risco aumentado de doença coronariana, pois, além da predisposição genética, os antecedentes familiares estão relacionados a hábitos inadequados no estilo de vida familiar.⁽²²⁾ Assim, a equipe de saúde deve estar atenta para a presença destes fatores de risco, orientando o paciente coronariano em relação à importância da adesão medicamentosa e à adoção de medidas saudáveis no estilo de vida.

A análise do perfil clínico dos pacientes revelou que a população do estudo é de alto risco para eventos cardiovasculares e, neste tipo de população, a adesão ao tratamento tem importância enorme, pois reduz a chance de tais eventos.⁽²³⁾ Infelizmente, a prevalência de não adesão foi elevada e, associada às características clínicas dos pacientes, ela tem contribuído para o risco elevado de eventos cardiovasculares desta população.

Neste sentido, nosso estudo pode servir de alerta para a necessidade de desenvolvimento de estratégias para aumento da adesão aos fármacos em pacientes com DAC.

Nosso estudo tem algumas limitações, como número de pacientes recrutados, que permite apenas a geração de hipóteses; amostra de conveniência baseada em decisão dos investigadores de recrutar pacientes em tempo predeterminado e método utilizado para avaliação de adesão, pois existem críticas ao questionário de Morisky-Green. Entretanto nenhum dos métodos utilizados para avaliação de adesão medicamentosa é considerado perfeito, e o questionário usado neste estudo é consagrado na literatura, já tendo sido usado em vários outros estudos.

CONCLUSÃO

A prevalência de não adesão medicamentosa neste estudo foi elevada. As principais razões para não tomada adequada das medicações pelos pacientes foram identificadas, a saber: dificuldade na identificação dos medicamentos, esquecimento de tomar o remédio e dificuldade em aquisição das drogas.

Modificar esta realidade de elevadas taxas de não adesão a fármacos depende de um esforço conjunto da comunidade científica e das políticas de governo. É preciso que haja uma cada vez crescente integração entre as diversas categorias de profissionais de saúde e o governo, para que o cenário da adesão medicamentosa no Brasil seja modificado.

O enfermeiro é de elevado potencial de facilitador e promotor da adesão, por meio da possibilidade de educação sobre o assunto para o paciente e seus familiares, assim como identificar as principais dificuldades na adesão relatadas pelos pacientes e ensinar aos mesmos como vencê-las.

REFERÊNCIAS

1. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium J Educ Technol Health*. 2011;40(16):201-19.
2. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003. [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
3. Santos MV, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DA, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(1):55-61.

4. Raimundo AC, Pierin AM. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(5):811-9.
5. Andrade JP, Mattos LA, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GM. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral nas doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(3):203-11.
6. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med*. 2016;4(13):256.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
8. Ben A, Neumman CR. Teste de Morisky-Green e Brief medication questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):279-89.
9. Gama GG, Queiroz TL, Guimarães TC, Mussi FC. Dificuldades dos indivíduos com doença arterial coronariana para seguir o tratamento medicamentoso. *Acta Paul Enferm* 2010;23(4):533-9.
10. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados ao mal uso de medicamentos entre idosos. uma revisão. *Cad Saude Pública*. 2003; 19(3):717-24.
11. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência da não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):60-7.
12. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EM. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):367-73.
13. Leite SN, Vasconcelos MP. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saude Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
14. Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz da Doença Coronária estável. *Arq Bras Cardiol*. 2014;103(2 Supl.2):1-59.
15. Leão AM, Vilagra MM. Perfil dos pacientes submetidos à intervenção coronariana percutânea no serviço de Hemodinâmica do Hospital Universitário Sul Fluminense, Vassouras - RJ. *Rev Saúde (Vassouras)*. 2012;3(1):27-32.
16. Polasczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3):199-201.
17. Araujo DF, Araujo ER, Silva MR, Silva NC, Guimarães MS, Amorim Neta FL. Clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(2):78-84.
18. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular Disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med*. 2012;125(9):882-7.
19. Sousa SM, Bernardino E, Vicelli RM, Kalinowski CE. Perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco: subsídio para prevenção de fatores de risco cardiovascular. *Cogitare Enferm*. 2014;19(2):282-6.
20. Kuhn OT, Bueno JF, Loro MM, Kolankiewicz AB, Rosanelli CL, Winkelmann ER. Perfil de pacientes submetidos a um cateterismo cardíaco e angioplastia em um Hospital Geral. *Rev Contexto e Saúde [Internet]*. 2015 [citado 2016 Nov 21];15(29):4-14. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/4143/4736>
21. Lopes MA, Barros MA, Oliveira IR, Martins HC, Paiva MS, Lima JA, Maior GS, Paiva HD, Mattos LA, Marin-Neto JÁ, CENIC. Comparação do perfil epidemiológico, clínico e dos resultados das intervenções coronárias percutâneas entre os gêneros masculino e feminino, na população brasileira: dados do registro CENIC. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2008;16(4):463-73.
22. Gus I, Ribeiro RA, Kato S, Bastos J, Medina C, Zazlavsky C, et al. Variações na prevalência dos fatores de risco para doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul: uma análise comparativa entre 2002-2014. *Arq Bras Cardiol*. 2015;105(6):573-9.
23. Leite SN, Vasconcelos MP. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saude Coletiva*. 2003;8(3):775-82.