

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do suporte social e da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana

Evaluation of social support and medication adherence in patients with coronary artery disease

Bruno Rodrigues Hermano¹ , Alba Lúcia Bottura Leite de Barros¹ , Juliana de Lima Lopes¹ , Mariana Alvina dos Santos² , Camila Takao Lopes¹ , Vinicius Batista Santos¹ 

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão medicamentosa e o suporte social percebido e sua associação em pacientes hospitalizados por Doença Arterial Coronária. **Método:** Estudo transversal envolvendo pacientes hospitalizados por Síndrome Coronariana Aguda ou Crônica. A adesão medicamentosa foi avaliada pelo *Brief Medication Questionnaire* e o suporte social pela Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study*. Valor $p < 0,05$ foi considerado como significativo. **Resultados:** Incluídos 59 pacientes, sendo que 50,8% foram classificados como potencial para não adesão e 37,3% como não aderentes. O suporte social percebido identificado foi considerado como quase sempre a sempre. Os pacientes aderentes e aqueles classificados como potencial para não adesão apresentaram maior escore no domínio emocional/informacional quando comparados com aqueles classificados como potencial para adesão ($p=0,01$). **Conclusão:** Houve alta prevalência de baixa adesão medicamentosa e altos escores de suporte social percebido. O suporte emocional e de informação apresentou associação com os níveis de adesão medicamentosa.

Descritores: Apoio Social; Adesão à Medicação; Doença da Artéria Coronariana; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Was to evaluate medication adherence and perceived social support and their association in patients hospitalized for Coronary Artery Disease. **Methods:** Cross-sectional study involving patients hospitalized for Acute or Chronic Coronary Syndrome. Medication adherence was assessed by the Brief Medication Questionnaire and social support by the Medical Outcomes Study Social Support Scale. P-value < 0.05 was considered significant. **Results:** Fifty-nine patients were included, of which 50.8% were classified as potential for non-adherence and 37.3% as non-adherent. The perceived social support identified was considered as almost always. Adherent patients and those classified as potential for non-adherence had a higher score in the emotional/informational domain compared to those classified as potential for adherence ($p=0.01$). **Conclusion:** There was a high prevalence of low medication adherence and high perceived social support scores. Emotional and informational support was associated with the levels of medication adherence.

Descriptors: Social Support; Medication Adherence; Coronary Artery Disease; Nursing.

¹Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. E-mails: brunorhermano@gmail.com, barros.alba@unifesp.br, juliana.lima@unifesp.br, ctlopes@unifesp.br, vsantos@unifesp.br

²Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Três Lagoas (MS), Brasil. E-mail: marifamema@yahoo.com.br

Como citar este artigo: Hermano BR, Barros ALBL, Lopes JL, Santos MA, Lopes CT, Santos VB. Avaliação do suporte social e da adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronariana. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em: _____];23:66979. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.66979>.

Agradecimento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo com bolsa de Iniciação Científica sob o número 2019/03706-8.

Recebido em: 09/12/2020. Aceito em: 13/04/2021. Publicado em: 13/07/2021.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. As manifestações da Doença Arterial Coronariana (DAC) incluem a Síndrome Coronariana Crônica (SCC) e a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), responsáveis pela maioria dos atendimentos e admissões nos serviços de Emergência⁽¹⁻³⁾.

No Brasil, em 2019, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 1.119.006 internações, com uma taxa de mortalidade de 8,34, sendo a SCA responsável por 20% de todas as mortes em indivíduos acima dos 30 anos. Apesar do declínio dessa taxa nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta uma das maiores mortalidades por esta causa quando comparado a outros países do mundo⁽⁴⁾.

Para a prevenção de novos eventos agudos coronarianos e consequentemente, para redução da mortalidade por DCV, a adesão medicamentosa e não medicamentosa, constituindo a automanutenção de saúde, configuram-se como a principal medida para evitar a recorrência de quadros isquêmicos miocárdicos instáveis, como trombose ou estenose de stent ou de enxertos⁽⁵⁾.

Diversos fatores podem interferir na adesão medicamentosa e não medicamentosa. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), esses fatores compõem cinco dimensões: relacionadas ao paciente, aos fatores socioeconômicos, à doença, ao tratamento e ao sistema e equipe de saúde⁽⁶⁾. Até 70,7% dos pacientes hospitalizados por SCA apresentam pelo menos algum grau de falha de adesão medicamentosa prévia⁽⁷⁾.

Uma das variáveis que podem interferir na adesão medicamentosa é o suporte social, definido como “o auxílio e experiência dos familiares e amigos”. O suporte social incorpora cinco dimensões: material, relacionada à provisão de recursos; afetiva, relacionada às demonstrações de amor e afeto; interação social positiva, relacionada à possibilidade de contar com pessoas com quem pode relaxar e se divertir; emocional, a respeito da habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais; informacional, relacionada à possibilidade de contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem⁽⁸⁾.

Os resultados de uma metanálise sobre suporte social e adesão medicamentosa em pacientes com Hipertensão Arterial, incluindo dados de mais de 18.000 pacientes, mostrou que o suporte social funcional foi significativamente associado ao nível de adesão medicamentosa geral, demonstrando que as interações sociais interferem na adesão medicamentosa⁽⁹⁾. Estudos posteriores realizados nos Estados Unidos da América⁽¹⁰⁾ e no Marrocos⁽¹¹⁾ acrescentaram evidências de que o suporte social é um preditor independente para a adesão medicamentosa de pacientes com DAC.

Na literatura nacional, entretanto, não foram identificados estudos que tenham investigado a relação entre a adesão

medicamentosa e o suporte social em pacientes com DAC. Uma vez que o suporte social pode se dar em diferentes dimensões e diferentes níveis, a relação entre esta variável e a adesão medicamentosa deve ser conhecida no país, de forma a fornecer um alicerce aos enfermeiros na escolha da melhor intervenção para a promoção da adesão medicamentosa durante a hospitalização.

Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a adesão medicamentosa e o suporte social percebido e sua associação em pacientes hospitalizados por DAC.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e analítico e transversal. Este estudo foi realizado no período de sete meses, Setembro de 2019 a Março de 2020, nas unidades de Cardiologia de um hospital público, universitário, de grande porte na cidade de São Paulo.

A amostra de conveniência foi composta por indivíduos acima de 18 anos hospitalizados por qualquer manifestação da doença arterial coronariana (SCA ou SCC), de ambos os sexos e em uso de medicações contínuas por via oral, sublingual e/ou subcutânea, conforme prescrição médica há pelo menos um mês, uma vez que o instrumento utilizado para avaliação da adesão medicamentosa tem como referência perguntas relacionadas ao último mês^(12,13).

Não foram incluídos nesta pesquisa os pacientes que, no momento da coleta de dados, apresentavam sinais clínicos de disfunção ventricular aguda grave (edema agudo de pulmão ou choque cardiogênico) e aqueles com diagnóstico prévio de demências e doenças neuropsiquiátricas identificadas no prontuário do paciente, uma vez que estas variáveis dificultariam ou impossibilitariam as respostas nos instrumentos utilizados.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, aplicada por um dos pesquisadores e pela consulta aos prontuários. As variáveis sociodemográficas e clínicas de interesse foram idade, sexo, religião, escolaridade, comorbidades, diagnóstico médico admissional e medicamentos de uso contínuo antes da internação hospitalar de acordo com os registros no prontuário clínico.

Para avaliação da adesão medicamentosa, foi utilizado o instrumento *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), originalmente construído na língua inglesa⁽¹²⁾ e validado para língua portuguesa em 2012⁽¹³⁾. Esse questionário avalia a adesão medicamentosa em três domínios: regime, crenças e recordação. O domínio “regime” é composto por cinco questões, que avaliam como o paciente fez uso de cada medicação na última semana; o domínio “crenças” é composto por duas perguntas relacionados à eficácia e ao incômodo causado pelas medicações utilizadas, o domínio “recordação” é composto por duas perguntas relacionadas

à quantidade de doses e medicamentos e dificuldade em lembrar de tomá-los.

Em relação à versão brasileira, na análise da consistência interna global, obteve-se um valor de alfa de Cronbach de 0,67 e na análise de cada domínio, obtiveram-se consistências internas de 0,67, 0,84 e 0,76, respectivamente⁽¹³⁾.

As respostas às questões do BMQ são classificadas da seguinte maneira: “adesão”, quando nenhuma resposta for positiva em nenhum domínio; “provável adesão”, quando houver uma resposta positiva em pelo menos um domínio; “provável baixa adesão”, quando houver uma resposta positiva em pelo menos dois domínios; e “baixa adesão”, quando houver resposta positiva nos três domínios^(12,13).

Para avaliação do suporte social, foi utilizada a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS), desenvolvida em um estudo que incluiu 2.987 adultos que apresentavam uma ou mais doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença coronariana ou depressão). Esta escala foi desenvolvida inicialmente com cinco dimensões relacionado ao apoio social, tendo obtido melhores ajustes com quatro dimensões: material, afetivo, emocional/informacional e interação. A MOS-SSS é composta por três partes: a primeira e a segunda partes consistem em duas perguntas sobre a quantidade de amigos e de parentes com os quais o paciente se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo; a terceira parte contém 19 questões, sobre a frequência com que o paciente pode contar com alguém para diferentes atividades e aspectos. As questões da Parte três têm cinco opções de resposta: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”), utilizadas para determinar o escore de suporte social. Quanto maior o escore obtido, maior a percepção do apoio social^(7,14).

Os dados foram inseridos no software SPSS versão 22.0. As medidas qualitativas foram sumarizadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). A normalidade da distribuição das medidas quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Variáveis com distribuição normal foram sumarizadas por meio de médias \pm desvios padrões (DP) e variáveis com distribuição não paramétrica foram sumarizadas por meio de medianas e intervalos interquartílicos. A associação entre o nível de adesão medicamentosa com o escore total e com os escores de cada dimensão do MOS-SSS foi avaliada pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas, uma vez que os escores do instrumento apresentaram distribuição não paramétrica. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade, sob parecer nº 3.462.131. Todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram abordados 59 pacientes e todos aceitaram participar; 57,60% eram do sexo masculino, com idade média de $61 \pm 11,50$ anos, mínima de 35 anos e máxima de 83 anos, 44,10% da raça parda, 61% católicos, 39% com ensino fundamental incompleto e 47,40% com renda familiar de até três salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com doença arterial coronariana, n=59.

Variável	Total
Sexo n (%)	
Masculino	34 (57,6)
Feminino	25 (42,4)
Cor n (%)	
Parda	26 (44,1)
Branca	25 (42,4)
Negra	8 (13,5)
Religião n (%)	
Católica	36 (61,0)
Evangélica	13 (22,0)
Outros	10 (19,0)
Escolaridade n (%)	
Analfabeto	1 (1,70)
Fundamental incompleto	23 (39,0)
Fundamental completo	10 (16,9)
Médio incompleto	1 (1,7)
Médio completo	16 (27,1)
Superior completo	7 (11,9)
Pós-Graduação	1 (1,7)
Renda familiar (salário mínimo) n (%)	
Menos de 1	8 (13,6)
1 até 3	28 (47,4)
3 até 5	13 (22,0)
5 até 7	7 (11,9)
7 até 9	1 (1,7)
Mais que 9	2 (3,4)
Situação Conjugal n (%)	
Casado	33 (55,9)
Solteiro	11 (18,9)
Viúvo	8 (13,6)
Divorciado	6 (10,2)
Mora com alguma pessoa	1 (1,7)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	Total
Diagnóstico Médico n (%)	
IAM com supradesnível do segmento ST	25 (42,4)
Angina instável	13 (22,)
IAM sem supradesnível do segmento ST	12 (20,3)
Síndrome coronária crônica	9 (15,3)
Comorbidades n (%)	
Hipertensão arterial	50 (89,3)
Dislipidemia	40 (67,8)
Diabetes mellitus	32 (54,2)
Infarto agudo do miocárdio prévio	14 (23,7)
Acidente vascular encefálico	6 (10,2)
Fatores de risco	
Sedentarismo n (%)	48 (81,4)
Tabagismo n (%)	34 (57,6)
Número de cigarros/dia, média±desvio padrão	19,6±15,9
Uso de álcool n (%)	20 (33,9)
Índice de Massa Corpórea, média±desvio padrão	28,2±5,0

Em relação aos dados clínicos, as comorbidades clínicas mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes mellitus. Em relação aos hábitos de vida, destacaram-se o sedentarismo e o tabagismo. Quanto ao diagnóstico médico admissional, houve maior frequência de IAM com supradesnível do segmento ST.

Acerca do tratamento medicamentoso, os pacientes tinham em média $4,8 \pm 2,6$ medicamentos prescritos, sendo que o número médio de comprimidos por dia era de $6,90 \pm 4,30$. Dez pacientes (16,9%) faziam uso de insulina subcutânea e medicamentos enterais e 49 (83,1%) faziam uso apenas de medicamentos enterais. No que diz respeito as responsabilidades das medicações no que diz respeito ao recebimento e aquisição das mesmas, 18 pacientes (30%) referiram ser os responsáveis pela medicação e 41 (70%) pacientes referiram que os familiares eram os responsáveis pelas medicações no que diz respeito ao recebimento e aquisição das mesmas.

No domínio “Regime” do BMQ, verificou-se que 81,3% dos pacientes reduziram ou omitiram doses de algum medicamento; no domínio “Crença”, observou-se que 32% nomearam medicações que os incomodavam e, no domínio “Recordação”, 91,5% recebiam esquema de múltiplas doses (Tabela 2).

No que diz respeito à adesão medicamentosa, foi identificado que o domínio “Regime” apresentava mais

Tabela 2. Frequências de respostas positivas às questões do *Brief Medication Questionnaire* (n=59).

Questões	n (%)
REGIME (potencial para não adesão)	55 (93,2)
O respondente falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	42 (71,2)
O respondente interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	14 (23,7)
O respondente relatou alguma falha de dias ou de doses?	34 (57,6)
O respondente reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	48 (81,3)
O respondente tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	11 (18,6)
O respondente respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	21 (35,6)
O respondente se recusou a responder a alguma das questões?	0
CRENÇAS (barreiras para crenças)	24 (40,7)
O respondente relatou “não funciona bem” ou “não sei” quando questionado sobre o funcionamento de alguma medicação	13 (22,0)
O respondente nomeou as medicações que o incomodam?	19 (32,2)
RECORDAÇÃO (barreiras para recordação)	52 (88,1)
O respondente recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	55 (91,5)
O respondente relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em lembrar de tomar os medicamentos	20 (33,9)

barreiras para adesão, seguido do domínio “Recordação”. Com base na análise dos domínios, dois pacientes (3,4%) foram classificados como aderentes, cinco (8,5%) como potencial para adesão, 30 (50,8%) como potencial para não adesão e 22 (37,3%) como não aderentes.

Dos pacientes classificados como potencial para adesão 100% apresentavam barreira no domínio regime principalmente em relação a falha ou omissão de algumas doses, aqueles classificados como potencial para não adesão 93% apresentavam barreiras nos domínios de regime e recordação e 7% nos domínios crença e recordação e aqueles classificados como não aderentes apresentavam barreira nos três domínios.

No cruzamento entre os níveis de adesão medicamentosa com a responsabilidade em relação as medicações, foi

identificado que nenhum paciente era o responsável pela medicação naqueles classificados como aderentes, 80% dos pacientes com potencial para adesão eram os responsáveis pela medicação, 26,6% dos pacientes com potencial para não adesão eram os responsáveis pela medicação e 37,5% daqueles não aderentes eram os responsáveis pela medicação, porém essa diferença descrita não apresentou significância estatística ($p=0,07$).

Quanto ao suporte social percebido (Tabela 3), os pacientes tinham uma mediana de três parentes, com mínimo de 0 e máximo de 10, e mediana de dois amigos, com mínimo de 0 e máximo de 15. O escore mediano do suporte social foi de 4,47 (IIQ 1,10), ou seja, o suporte social foi percebido como “quase sempre” a “sempre”. Os domínios com maiores medianas foram o afetivo e o de interação. As questões com menores escores foram “Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal”, “Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos”.

Verificou-se associação significativa entre o domínio emocional/informacional do suporte social percebido e o nível de adesão medicamentosa (Tabela 4).

Nas comparações múltiplas em pares pelo teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que os pacientes classificados com provável adesão tinham menores escores no Domínio Emocional/Informação quando comparados aos pacientes classificados como aderentes ($p=0,01$) e àqueles classificados com provável baixa adesão ($p=0,01$).

DISCUSSÃO

A avaliação da adesão medicamentosa e não medicamentosa em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis tem ocupado um importante papel nas políticas de saúde pública, uma vez que apresentam estreita relação com descompensações clínicas, readmissões hospitalares, aumento dos custos hospitalares e mortalidade^(6,15). A adesão medicamentosa, em especial nos pacientes com DCV, tem impacto no controle pressórico, na incidência de novos eventos isquêmicos miocárdicos, na redução do risco cardiovascular, no número de mortes por DCV e em readmissões hospitalares^(16,17).

No melhor do conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo brasileiro que avaliou diferentes dimensões do suporte social de pacientes com DAC, por meio de instrumento validado, e verificou sua relação com a adesão medicamentosa. O perfil dos pacientes deste estudo está condizente com o perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos por DAC^(1,2,4) em estudos anteriores — predominância do sexo masculino, com faixa etária acima dos 55 anos, com múltiplas comorbidades, consideradas como fatores de risco cardiovascular.

Verificou-se baixo nível de adesão medicamentosa caracterizada por barreiras de regime e de recordação, principalmente em relação à omissão de doses, falha em listar

Tabela 3. Escore do suporte social percebido avaliado pelo *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS) ($n=59$).

Questões	Mediana (IIQ)
Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	3,0 (4,0)
Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	2,0 (4,0)
SE você precisar com que frequência conta com alguém...	
Material	4,8 (1,0)
a) Que o ajude se você ficar de cama?	5,0 (0)
d) Para levá-lo ao médico?	5,0 (1,0)
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	5,0 (1,0)
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	5,0 (1,0)
Afetivo	5,0 (0)
e) Que demonstre amor e afeto por você?	5,0 (0)
i) Que lhe dê um abraço?	5,0 (0)
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	5,0 (0)
Emocional/Informacional	4,3 (2,0)
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	5,0 (1,0)
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	5,0 (2,0)
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	5,0 (2,0)
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	5,0 (2,0)
m) De quem realmente quer conselhos?	5,0 (2,0)
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	5,0 (3,0)
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	5,0 (3,0)
s) Que compreenda seus problemas?	5,0 (1,0)
Interação	4,3 (2,0)
f) Para divertirem-se juntos?	5,0 (0)
j) Com quem relaxar?	5,0 (2,0)
n) Com quem distrair a cabeça?	5,0 (2,0)
r) Para fazer coisas agradáveis?	5,0 (2,0)

IIQ: intervalo interquartil.

os medicamentos e esquema de múltiplas doses prescrito. Semelhanças nesses dados podem ser identificados em estudos prévios que utilizaram o BMQ para avaliação da adesão medicamentosa de pacientes com Insuficiência Cardíaca⁽¹⁸⁾ ou com HAS⁽¹⁹⁾, com alta prevalência de não adesão e potencial

Tabela 4. Associação entre os níveis de adesão medicamentosa do BMQ com o escore total e dos domínios de apoio social da escala MOS-SSS (n=59).

	Adesão (n=2)	Provável adesão (n=5)	Provável baixa adesão (n=30)	Baixa adesão (n=22)	Valor p*
Número de parentes Mediana (IIQ)	2,5 (7,5)	2,0 (7,5)	4,0 (3,0)	2,0 (2,5)	0,10
Número de amigos Mediana (IIQ)	1,5 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (4,0)	0,5 (3,2)	0,70
Escore total MOSS, Mediana (IIQ)	4,3 (0)	4,4 (1,9)	4,3 (1,1)	4,8 (1,3)	0,66
Domínio Material	4,7 (0)	4,0 (2,0)	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	0,06
Domínio Afetivo	5,0 (2,0)	4,0 (2,0)	5,0 (0)	5,0 (1,0)	0,17
Domínio Emocional/ Informação	5,0 (0)	2,5 (2,0)	4,5 (1,0)	4,2 (2,0)	0,03
Domínio Interação	4,5 (1,0)	3,5 (3,0)	4,3 (2,0)	4,5 (1,0)	0,62

IIQ: intervalo interquartil; *teste de Kruskal-Wallis.

para não adesão. De maneira similar ao nosso estudo, estes pesquisadores investigaram a adesão medicamentosa na semana que antecedeu a hospitalização.

Diferentemente dos achados do presente estudo, Leslie et al.⁽¹⁶⁾, utilizando o BMQ, verificaram que mais da metade dos pacientes tinham boa adesão medicamentosa (adesão 0,7% e potencial para adesão 50%) após 30 dias da alta hospitalar por SCA⁽¹⁶⁾. Essa divergência de dados provavelmente se deu pela avaliação realizada após a necessidade de hospitalização, quando a motivação para adesão medicamentosa é maior⁽²⁰⁾. Ademais, grande parte dos pacientes no presente estudo falhou em listar os medicamentos prescritos no relato inicial, reduziu ou omitiu algum medicamento, diferentemente do estudo de Leslie et al.⁽¹⁶⁾, em que a maior barreira para adesão era o esquema de múltiplas doses e o relato de não funcionalidade de alguma medicação⁽¹⁶⁾.

Esses dados reforçam a necessidade de implementação de intervenções multiprofissionais para promover adesão medicamentosa ao longo do *continuum* do tratamento dos pacientes com DAC. Tais intervenções devem ser personalizadas para as principais barreiras individuais^(20,21) e devem considerar demais fatores que podem contribuir ou prejudicar a adesão, como o nível de suporte social.

Em pacientes com DAC, a relevância de avaliação do nível de suporte social é evidenciada pelo fato de que aqueles com baixo nível de suporte apresentam maior risco de morte após intervenção coronária percutânea⁽²²⁾. No presente estudo, o suporte social foi identificado como elevado, principalmente nos domínios Afetivo e Material, dados também identificados em outros estudos que avaliaram o suporte social em pacientes com doença crônica que requerem o uso de medicações contínuas⁽²³⁾.

Observou-se, adicionalmente, uma associação significativa entre adesão medicamentosa e o domínio emocional/informacional do suporte social. Pacientes com provável adesão tinham menores escores em relação aos aderentes, porém surpreendentemente tinham também menores escores

do que aqueles classificados com provável baixa adesão. Esses dados corroboram em parte com os achados de outros estudos^(9,10), onde em um estudo que avaliou 115 pacientes com DAC demonstrou que os pacientes que recebiam apoio social de familiares ou amigos, ou seja, apoio emocional apresentavam melhor adesão medicamentosa ($p=0,01$)⁽¹⁰⁾ e o mesmo também foi identificado em outro estudo que avaliou pacientes com insuficiência cardíaca, em que a falta de apoio social, ou seja, de suporte emocional e informacional foi considerada um preditor para falha na adesão ($p=0,03$)⁽⁹⁾.

Os escores mais elevados no domínio emocional/informacional nos pacientes classificados como potencial não aderentes quando comparados com aqueles classificados como potencial para adesão pode ser explicado pela frequência identificada de responsabilidades quanto a medicação, onde na maior parte dos pacientes com potencial para não adesão eram os familiares o responsável pela medicação e quando questionados sobre as medicações não sabiam responder o que levou esses pacientes a serem classificados com pior nível de adesão, porém acreditamos na necessidade de outros estudos para avaliar esta relação.

Analisando as variáveis que levaram a classificação dos pacientes quanto à adesão medicamentosa, observamos que muitos pacientes classificados como potencial para não adesão tinham problemas nos domínios de regime e recordação e tinham maiores no suporte social do que aqueles classificados como potencial para adesão que tinham menores escores na escala de suporte social e 100% de barreiras na recordação e essa diferença pode estar relacionado com o responsável pela medicações onde nos níveis menores de adesão o houve maior prevalência de familiares ou cuidados responsáveis pela medicação o que nos faz inferir que os pacientes com menor adesão medicamentosa tinham os familiares como responsáveis em fornecer as medicações sociais quando comparados com aqueles classificados com maior adesão.

No presente estudo, não foi identificada associação significativa entre o nível de adesão medicamentosa com o nível de apoio social afetivo, material e de interação, resultados que contradizem aos encontrados em outros estudos, onde^(24,25) em uma amostra de 150 pacientes foi observado que aqueles que moravam sozinhos tinham menor adesão às medidas para controle da pressão arterial⁽²⁴⁾ e em estudo que avaliou pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus evidenciou que a falha não intencional na adesão medicamentosa estava associada a recursos financeiros insuficientes⁽²⁵⁾.

Conhecer o nível de adesão medicamentosa e o suporte social anterior à internação por algum evento agudo coronariano pode ser um indicador importante para a equipe multiprofissional selecionar o melhor tipo de intervenção para promoção da adesão medicamentosa⁽²⁶⁾. Nosso estudo demonstrou que os pacientes aderentes tinham maior suporte emocional e de informações do que aqueles classificados como potencial para adesão, o que nos faz refletir a importância do contato frequente dos pacientes em uso de medicações contínuas com a equipe de saúde principalmente para aqueles pacientes em que o enfermeiro identifica a ausência ou redução de um suporte social, onde a periodicidade nas consultas médicas e de enfermagem e no tempo de orientações para adesão medicamentosa apresentou associação significativa com melhores níveis de adesão conforme descrito em um estudo com pacientes hipertensos⁽²⁷⁾.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações: o número de pacientes incluídos pode não permitir generalizações. A amostra foi composta principalmente por pessoas de baixa renda e baixa escolaridade, o que pode limitar o entendimento do impacto dessas variáveis sociodemográficas na adesão medicamentosa e no suporte social e não foi avaliado o tempo de tratamento das comorbidades o que poderia influenciar no nível de adesão medicamentosa. Uma vez que a coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista, as respostas podem ter sido influenciadas pela deselegibilidade social, ou seja, alguns pacientes podem ter respondido aos questionários conforme acreditam que o pesquisador gostaria que fosse respondido.

CONCLUSÃO

Os pacientes com evento cardíaco agudo possuíam alta prevalência de não adesão e potencial para não adesão medicamentosa, principalmente em relação aos domínios de regime e recordação e altos escores de suporte social percebido. Os pacientes com melhor nível de adesão medicamentosa apresentaram maior escore social percebido no domínio emocional/informacional.

Os resultados identificados reforçam a relevância da avaliação da adesão medicamentosa acompanhada por avaliação de todas as dimensões do suporte social durante a internação destes pacientes, para que intervenções

educacionais possam ser direcionadas às barreiras à adesão e às dimensões específicas do suporte social.

REFERÊNCIAS

1. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2021;42(14):1289-1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>.
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2018;39(2):119-77. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>.
3. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2020;41(3):407-77. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. Brasília, DF; 2019 [acesso em: 05 jun. 2021]. Disponível em: <http://rdbnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
5. Piepoli MF, Corrà U, Dendale P, Frederix I, Prescott E, Schmid JP, et al. Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(18):1994-2006. <https://doi.org/10.1177/2047487316663873>.
6. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(4):323. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4).
7. Kipralani S, Goggins K, Nwosu S, Schildcrout J, Mixon AS, McNaughton C, et al. Medication Nonadherence Before Hospitalization for Acute Cardiac Events. *J Heal Commun*. 2016;20(2):34-42. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1080331>.
8. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.

9. Magrin ME, Addario MD, Greco A, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, et al. Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med.* 2015; 49(3):07–18 <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9663-2>.
10. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM, Levitan EB. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PLoS ONE.* 2018;13(6): e0198578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198578>.
11. Nouamou I, El Mourid M, Ragbaoui Y, Habbal R. Medication adherence among elderly patients with coronary artery disease: our experience in Morocco. *Pan Afr Med J.* 2019; 32(8):1–8. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.8.12415>.
12. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns.* 1999;37(2):113–24. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(98\)00107-4](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(98)00107-4).
13. Bem AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):279–89. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.
14. Zanini DS, Peixoto EM. Social support scale (MOS-SSS): Analysis of the psychometric properties via item response theory. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2016;26(65):359–68. <https://doi.org/10.1590/1982-43272665201612>.
15. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open.* 2018;21(8):e016982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>.
16. Leslie KH, McCowan C, Pell JP. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *J Public Health.* 2019;41(1):e84–e94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>.
17. Santos VB, Silva LL, Guizilini S, Valente IB, Barbosa CB, Carneiro TAB, et al. Adherence to antiplatelet and statin therapy by patients with Acute Coronary Syndrome following discharge. *Enferm Clin.* 2020;S1130-8621(20)30237-0. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.02.020>.
18. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X201703980344>.
19. Mantovani MF, Mattei ÂT, Arthur JP, Ulbrich EM, Moreira RM. The use of the *Brief Medication Questionnaire* in medication accession of Hypertensives. *J Nurs UFPE On Line.* 2015;9(1):84–90. <https://doi.org/10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201512>.
20. Bernal DDL, Bereznicki LRE, Chalmers L, Castelin RL, Thompson A, Davidson PM, Peterson GM. Medication Adherence Following Acute Coronary Syndrome: Does One Size Fit All? *American Journal of Cardiovascular Drugs.* 2015;16(1):9–17. <https://doi.org/10.1007/s40256-015-0149-9>.
21. Conn VS, Ruppert TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2017;99:269–76. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.008>.
22. Pushkarev G, Kuznetsov V, Yaroslavskaya E, Bessonov I. Social support for patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Psychosomatic Research.* 2019;119:74–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.02.011>.
23. Enriquez M, Mercier DA, Cheng AL, Banderas JW. Perceived Social Support Among Adults Struggling With Adherence to HIV Care and Treatment. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* 2019;30(3):362–71. <https://doi.org/10.1097/jnc.000000000000059>.
24. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging.* 2018;13:2425–41. <https://doi.org/10.2147/CIA.S182881>.
25. Adisa R, Olajide OO, Fakeye TO. Social Support, Treatment Adherence and Outcome among Hypertensive and Type 2 Diabetes Patients in Ambulatory Care Settings in Southwestern Nigeria. *Ghana Med J.* 2017;51(2):64–77. <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v51i2.4>.
26. Palacio AM, Vidot DC, Tamariz LJ, Uribe C, Hazel-Fernandez L, Li H, et al. Can We Identify Minority Patients at Risk of Nonadherence to Antiplatelet Medication at the Time of Coronary Stent Placement? *J Cardiovasc Nurs.* 2017;32(6):522–29. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000387>.
27. Albuquerque NLS, Oliveira ASS, Silva JM, Araújo TL. Association between follow-up in health services and antihypertensive medication adherence. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):3006–12. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0087>.

