

LIVIA XAVIER SOARES FARAH

**Adesão medicamentosa de pacientes com insuficiência cardíaca e
dispositivo cardíaco eletrônico implantável: perfil psicológico e fatores
de influência**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Programa de Cardiologia

Orientador: Prof. Dr. Martino Martinelli Filho

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Farah, Livia Xavier Soares
Adesão medicamentosa de pacientes com
insuficiência cardíaca e dispositivo cardíaco
eletrônico implantável : perfil psicológico e fatores
de influência / Livia Xavier Soares Farah. -- São
Paulo, 2020.
Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Cardiologia.
Orientador: Martino Martinelli Filho.

Descritores: 1.Perfil psicológico 2.Adesão
medicamentosa 3.Entrevista motivacional
4.Insuficiência cardíaca 5.Dispositivo cardíaco
eletrônico implantável

USP/FM/DBD-251/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

À minha Luna, pelo amor incondicional. Sempre será o meu amor e minha alegria.

Agradecimientos

Aos pacientes que gentilmente disponibilizaram o seu tempo para as avaliações e compartilharam pensamentos, reflexões e sentimentos. Obrigada pela confiança e por tanto ensinamento.

Ao Dr. Martino Martinelli Filho, meu orientador, por me conceder a oportunidade de executar este trabalho que muito contribuiu com meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço as orientações e críticas que foram de extrema importância para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada.

À minha mãe, por todo apoio durante minha trajetória acadêmica. Muito obrigada.

À psicóloga Dra. Tathiane Guimarães, por ter me incentivado a buscar por essa linha de pesquisa e pelo direcionamento nos primeiros momentos da confecção deste trabalho.

À Dra. Neliana Figlie, pelo treinamento da Entrevista Motivacional. Exemplo de ética, competência e dedicação. Muito obrigada pelo acolhimento e paciência.

À neuropsicóloga Renata Rocha, por compartilhar conhecimentos e experiências.

Ao Dr. Renério Fráguas Junior, Dr. Orestes Vicente Forlenza e Dr. Luiz Aparecido Bortolotto, por todas sugestões, críticas e elogios na banca de qualificação.

Ao Dr. Ricardo Alkmim Teixeira, pelo apoio, incentivo e por compartilhar seus conhecimentos.

À Dra. Luciene Mota, pelos ensinamentos sobre os dispositivos e cardiopatias. Profissional humana e de extrema competência.

À Dra. Andreia Pinheiro, por todo apoio ao longo deste percurso, discussões de caso e esclarecimentos de estatística.

Ao Sérgio Siqueira, pelas críticas e sugestões ao longo deste percurso.

À equipe de pesquisa, Aline Souza, Camila Parente, Camila Oliveira e Janete Silva. Muito obrigada pelo incentivo, colaboração e por tornarem os dias mais leves no ambulatório.

Aos médicos assistentes e às técnicas de enfermagem da Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial do InCor (UCECA) que me auxiliaram na logística com os pacientes.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos.

Normatização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento de sua publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L.Freddi, Maria F.Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos e periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

Lista de siglas e abreviaturas	
Lista de símbolos	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Resumo	
Abstract	
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Insuficiência cardíaca e fibrilação atrial.....	03
1.2 Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – DCEI	06
1.3 Adesão medicamentosa no tratamento da insuficiência cardíaca.....	08
1.4 Ansiedade e Depressão.....	09
1.5 Personalidade tipo D.....	10
1.6 Comprometimento cognitivo na insuficiência cardíaca.....	12
1.7 Entrevista Motivacional	14
1.7.1 Processos e Habilidades da Entrevista Motivacional	14
1.7.2 Entrevista Motivacional no tratamento de saúde	16
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivo Específicos	20
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 Pacientes	22
3.2 Fases do estudo	23
3.3 Instrumentos	25
3.4 Análises estatísticas	29
4. RESULTADOS.....	31
4.1 Fase I	32
4.1.1 Adesão medicamentosa	34

4.1.2	Perfil psicológico e comprometimento cognitivo leve	39
4.1.3	Domínios cognitivos	41
4.1.4	Análise multivariada para baixa adesão medicamentosa.....	42
4.2	Fase II	42
4.2.1	Entrevista Motivacional	42
4.2.2	Narrativas dos pacientes	43
4.3	Limitações da pesquisa.....	48
5.	DISCUSSÃO.....	50
6.	CONCLUSÕES.....	64
7.	ANEXOS.....	66
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

Listas

AAS	Ácido acetilsalicílico
AM	Adesão medicamentosa
AVC	Acidente vascular cerebral
AVE	Acidente vascular encefálico
BAVT	Bloqueio átrio ventricular total
B-IPQ	Questionário de Percepção de Doença Breve
CCL	Comprometimento cognitivo leve
CDI	Cardioversor desfibrilador implantável
CF	Classe Funcional
DAC	Doença arterial coronária
DCEI	Dispositivo cardíaco eletrônico implantável
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes melitus
DMP	Disease Management Program
DVC	Doença cardiovascular
DS-14	Escala de personalidade tipo D
EM	Entrevista Motivacional
FA	Fibrilação atrial
FC	Frequência cardíaca
FE	Função executiva
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IECA	Inibidor da enzima conversora de angiotensina
IRC	Insuficiência renal crônica

IMC	Índice de massa corporal
InCor	Instituto do Coração
MMAS-8	Escala de adesão à medicação de Morisky Adaptada
MoCa	Teste de Comprometimento Cognitivo Leve
MP	Marca passo cardíaco
MSC	Morte súbita cardíaca
NT-pro-BNP	N-terminal do peptídeo natriurético tipo B
NYHA	New York Heart Association
OR	Razão de Chance
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RC	Ressincronizador cardíaco
RNI	Índice normatizado de coagulação sanguínea
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UCECA	Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca

% por cento

± mais ou menos

≥ maior ou igual

≤ menor ou igual

< menor

> maior

= igual

Tabela 1	Etiologia da insuficiência cardíaca.....	4
Tabela 2	Classificação e descrição dos dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis - DCEI.....	7
Tabela 3	Característica da população do estudo segundo a escolaridade.....	32
Tabela 4	Características da população do estudo, segundo a condição sócio econômica e a renda.....	32
Tabela 5	Prevalências das cardiopatias de base da população do estudo.....	33
Tabela 6	Prevalências das morbidades da população do estudo.....	33
Tabela 7	Prevalências das medicações da população do estudo.....	34
Tabela 8	Taxa de adesão medicamentosa na população do estudo.....	34
Tabela 9	Relação entre escolaridade, renda, gênero e grau de adesão medicamentosa.....	35
Tabela 10	Relação entre FA, classe funcional e grau de adesão medicamentosa.....	36
Tabela 11	Relação entre as cardiopatias de base e o grau de adesão medicamentosa.....	36
Tabela 12	Relação entre o tipo de dispositivo cardíaco eletrônico implantável - DCEI e o grau de adesão medicamentosa.....	37
Tabela 13	Relação entre os medicamentos utilizados e o grau de adesão medicamentosa.....	38
Tabela 14	Relação entre idade, número de medicamentos e o grau de adesão medicamentosa.....	38
Tabela 15	Prevalência do perfil psicológico e CCL da população do estudo.....	39
Tabela 16	Relação entre perfil psicológico, CCL e o grau de adesão medicamentosa.....	40
Tabela 17	Relação dos domínios cognitivos e o grau de adesão medicamentosa.....	41

Tabela 18	Valores de “Odds Ratio” obtidos no modelo de regressão logístico multivariado.....	42
Tabela 19	Valores descritivos do escore da escala de Morisky segundo os momentos da entrevista motivacional.....	43
Tabela 20	Seis temas sobre a mudança durante a entrevista motivacional.....	47

Figura 1	Ilustração de um cardioversor desfibrilador implantável- CDI câmara-dupla. Gerador de pulsos em região infraclavicular esquerda e cabos-eletrodos implantados por via transvenosa.....	6
Figura 2	Fluxograma do estudo.....	24

Resumo

Farah, LXS. Adesão medicamentosa de pacientes com insuficiência cardíaca e dispositivo cardíaco eletrônico implantável: perfil psicológico e fatores de influência. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Introdução: A baixa adesão medicamentosa (AM) é um problema de saúde pública relevante e que pode estar relacionada ao perfil psicológico, comprometimento cognitivo e características sociodemográficas dos pacientes. Estima-se que o prognóstico de portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) com insuficiência cardíaca (IC) é pior quando há baixa AM e a melhora da adesão pode reduzir complicações clínicas e a mortalidade. Neste contexto, a entrevista motivacional (EM), intervenção para mudança comportamental dos pacientes no interesse da sua própria saúde, pode ser eficaz em pacientes com IC e DCEI. **Objetivos:** a) avaliar a taxa de AM em pacientes com IC e DCEI considerando perfil psicológico, características clínicas e sociodemográficas; b) avaliar o impacto da EM nos pacientes com baixa AM. **Método:** Estudo descritivo, intervencional e unicêntrico de pacientes consecutivos com IC e DCEI do InCor/HC-FMUSP. O estudo foi desenvolvido em duas fases distintas: Fase I – coleta de características clínicas e sociodemográficas, taxa de adesão medicamentosa, avaliação do perfil psicológico e comprometimento cognitivo leve (CCL) através dos seguintes instrumentos: Escala de Adesão à Medicação de Morisky adaptada (MMAS-8); DS-14- para diagnóstico de personalidade tipo D; Questionário de Percepção Breve de Doença (B-IPQ); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA). A taxa de AM foi classificada como satisfatória quando o score de Morisky foi ≥ 6 . Fase II- Realização da EM nos pacientes com baixa adesão a cada trinta dias no decorrer de três meses. Antes de iniciar a EM os pacientes foram submetidos novamente a MMAS-8. **Resultados:** Foram incluídos 400 pacientes com idade entre 31 e 92 anos (média $67,7 \pm 11,7$ anos) sendo 237 (59,3%) do gênero feminino. Cerca de 55,8% dos pacientes apresentaram ensino fundamental incompleto e 65,8% eram aposentados. 172 (43%) pacientes apresentaram ansiedade, 119 (29,7%) depressão, 140 (35%) *distress*, 94 (23,5%) personalidade tipo D, 325 (81,3%) perceberam a doença como ameaça e 384 (96%) CCL. Na análise da taxa de AM, 301 (75,3%) pacientes apresentaram adesão satisfatória e 99 (24,7%) apresentaram baixa adesão. No grupo de baixa adesão observamos maior porcentagem de casos em dependentes e desempregados ($p = 0,021$) e maior porcentagem do gênero feminino ($p = 0,049$) quando comparado ao grupo com AM satisfatória. Ansiedade, depressão, *distress* e personalidade D contribuíram para a baixa taxa de AM ($p < 0,001$). Em relação ao CCL, o grupo com baixa adesão apresentou resultados significativamente menores no domínio da atenção ($p = 0,018$) quando comparado ao grupo de AM satisfatória. Na avaliação da EM identificou-se aumento significativo do escore de Morisky ao longo das avaliações. Na EM presencial o score foi significativamente menor em relação aos demais momentos da EM (EM 1: $p < 0,001$; EM 2: $p < 0,001$; EM 3: $p < 0,001$). **Conclusão:** A maioria dos pacientes com IC e DCEI apresentaram adesão medicamentosa satisfatória. A baixa adesão esteve associada aos fatores clínicos, sociodemográficos e ao perfil psicológico. Ansiedade foi preditor independente da baixa adesão. A entrevista motivacional melhorou a adesão medicamentosa nesta população.

Descritores: perfil psicológico; adesão medicamentosa; entrevista motivacional; insuficiência cardíaca; dispositivo cardíaco eletrônico implantável.

Abstract

Farah, LXS. Medication adherence of patients with heart failure and cardiac implantable electronic devices: psychological profile and influencing factors. [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

Introduction: Low medication adherence (MA) is a relevant public health problem and may be related to psychological profile, cognitive impairment and sociodemographic characteristics of patients. The prognosis of patients with heart failure (HF) and cardiac implantable electronic devices (CIED) is worse with low adherence to medication treatment. Improving adherence can reduce unnecessary hospitalizations and mortality. In this context, motivational interviewing (MI) is a psychosocial intervention that seeks to evoke motivations for the patient to develop behavioral changes in favor of their health and can be effective in patients with HF and CIED. **Objectives:** a) to evaluate the rate of medication adherence in patients with HF and CIED considering psychological profile, clinical and sociodemographic characteristics; b) to assess the impact of motivational interviewing on patients with low medication adherence. **Method:** Descriptive, interventional and unicentric study of consecutive patients with HF and CIED from InCor / HC-FMUSP. The study was developed in two distinct phases: Phase I - collection of clinical and sociodemographic characteristics, medication adherence rate, psychological profile assessment and mild cognitive impairment (MCI) using the following instruments: Adapted Morisky Medication Adherence Scale (MMAS -8); DS-14- for diagnosis of type D personality; Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Montreal Cognitive Assessment (MoCA). The rate of MA was classified as satisfactory when the Morisky score was ≥ 6 . Phase II- Performing MI in patients with low adherence every 30 days over three months. These patients were again submitted to MMAS-8 at the beginning of each MI. **Results:** 400 patients aged between 31 and 92 years (mean 67.7 ± 11.7 years) were included, 237 (59.3%) being female. About 55.8% of patients with incomplete elementary education and 65.8% were retired. 172 (43%) clinical anxiety patients, 119 (29.7%) depression, 140 (35%) distress, 94 (23.5%) type D personality, 325 (81.3%) perceived the disease as a threat and 384 (96%) MCI. In the analysis of the MA rate, 301 (75.3%) patients had satisfactory initial adherence and 99 (24.7%) low adherence. In the low-adherence group, we observed a higher percentage of cases in dependents and unemployed ($p = 0.021$) and a higher percentage of females ($p = 0.049$) when compared to the group with satisfactory MA. Anxiety, depression, distress and personality D contributed to the low rate of MA ($p < 0.001$). Regarding MCI, the group with low adherence had lower results in the domain of attention ($p = 0.018$) when compared to the group of satisfactory MA. In the MI assessment, a significant increase in the Morisky score was identified throughout the assessments. In face-to-face MI, the score was available lower than the other moments in MI (MI 1: $p < 0.001$; MI 2: $p < 0.001$; MI 3: $p < 0.001$). **Conclusion:** Most patients with HF and CIED had satisfactory medication adherence. Low adherence was associated with clinical, sociodemographic factors and psychological profile. Anxiety was an independent predictor of low adherence. The motivational interviewing improved medication adherence in this population.

Descriptors: psychological profile; medication adherence; motivational interviewing; heart failure; cardiac implantable electronic device.

1.Introdução

A adesão é definida como a condição em que o comportamento do paciente corrobora a indicação do profissional de saúde¹. A adesão é um fenômeno multifatorial, e ao longo dos anos, tem sido foco de atenção e investigação. Este fenômeno é resultado da interação de múltiplos determinantes que estão relacionados a fatores sociodemográficos, características da doença e do tratamento, relacionamento do paciente com os profissionais da saúde e perfil comportamental do paciente¹.

A adesão medicamentosa é importante preditor de saúde em pacientes com doença crônica. Particularmente, pacientes com IC associam os sintomas ao regime medicamentoso e atribuem a eles o papel de preditores da QV². Dessa forma, se os pacientes melhoram o autocuidado por meio da adesão medicamentosa, conseqüentemente serão beneficiados pela redução dos sintomas e pela melhora da capacidade funcional³. Por outro lado, a complexidade do autocuidado, que envolve o seguimento do regime terapêutico, da dieta e da monitorização dos sintomas pode ser um elemento desencorajador para os pacientes cronicamente doentes⁴.

A melhora na adesão medicamentosa pode reduzir hospitalizações desnecessárias e a mortalidade de pacientes com IC, bem como melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)⁵. Nessa perspectiva, estudos têm sido conduzidos para facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento, por meio da implementação de estratégias para melhorar a adesão e o auto-gerenciamento da doença. Essas estratégias são relevantes para prevenir a descompensação da IC e reduzir a busca constante dos pacientes pela avaliação médica⁶.

1.1 Insuficiência cardíaca e fibrilação atrial

A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um dos maiores problemas de saúde pública, com prevalência entre 1,0% e 2,0% na população mundial. A American Heart Association (AHA) estima uma prevalência de 5,1 milhões de indivíduos com IC nos Estados Unidos, no período de 2007 a 2012, com 550 mil novos casos diagnosticados anualmente⁷. As projeções mostram que a prevalência de IC aumentará 46% de 2012 a 2030, resultando em mais de 8 milhões de pessoas acima de 18 anos de idade com IC. No Brasil, em 2012, foram registrados 26.694 óbitos por IC e, para o mesmo ano, 1.137.372 internações por doenças no aparelho circulatório, 21% delas devido à IC⁸. Segundo estimativas do DataSUS, atualmente 6,5 milhões de brasileiros sofrem de IC.

A IC é uma síndrome clínica complexa, definida como disfunção cardíaca que resulta em inadequado suprimento de sangue para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal ou com elevadas pressões de enchimento. Geralmente, a redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual. O mecanismo responsável pelos sintomas e sinais clínicos pode ser decorrente da disfunção sistólica, diastólica ou de ambas e acometer apenas um ventrículo ou ambos. Mesmo pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos, mas que apresentam disfunção ventricular esquerda reduzida, ao longo dos anos, devem evoluir com descompensação cardíaca em decorrência dos efeitos dos mecanismos compensatórios da IC que resultam em sobrecarga progressiva ao coração⁹.

A identificação da etiologia da IC (tabela 1) tem impacto fundamental na avaliação do prognóstico e escolha das opções de tratamento.

Tabela 1- Etiologia da insuficiência cardíaca

Etiologia	Situação Clínica
Doença Isquêmica	Especialmente na presença de fatores de risco, angina ou disfunção segmentar.
Hipertensão arterial	Frequentemente associada à hipertrofia ventricular e à fração de ejeção preservada
Doença de Chagas	Especialmente na presença de dados epidemiológicos sugestivos
Doenças Endócrinas	Diabetes, hipo/hipertireoidismo, Cushing, insuficiência adrenal, feocromocitoma, hipersecreção hormônio de crescimento.
Cardiomiopatia	Hipertrofia, dilatada, restritiva e displasia arritmogênica do ventrículo direito.
Drogas	Bloqueadores do canal de cálcio, agentes citotóxicos
Toxinas	Álcool, cocaína, microelementos (mercúrio, cobalto e arsênio)
Nutricional	Deficiência de selênio, tiamina, camitina, obesidade, caquexia
Infiltrativa	Sarcoidose, amiloidose, hemocromatose
Doença extra-cardíaca	Fístula arteriovenosa, doença de Paget, anemia
Outras	Periparto, miocardiopatia do HIV, doença renal crônica

Fonte: Bocchi et al., 2012¹⁰.

Dentre as inúmeras associações patológicas identificadas em pacientes com IC destaca-se a fibrilação atrial (FA), arritmia cardíaca sustentada mais comum entre esses pacientes. Essa arritmia consiste em uma completa desorganização da atividade elétrica atrial, fazendo com que os átrios percam sua capacidade de contração e aumentem as chances de formação de trombos intracavitários¹¹.

A FA e a IC têm grande propensão a coexistir, pois além de apresentarem fatores de risco em comum, têm características fisiopatológicas próprias que favorecem a ocorrência de ambas. No estudo de Framingham, observou-se que 41% dos pacientes com IC desenvolveram FA¹². No Brasil, outro estudo registrou prevalência de 20% de FA em pacientes com IC¹³. O EPIFA, estudo multicêntrico realizado na cidade de Niterói (RJ), demonstrou que, de 322 pacientes com internação hospitalar por FA, 20% apresentavam IC^{14, 15}. O tema FA-IC expressa sua importância em função da crescente prevalência, do impacto na morbimortalidade e das implicações econômicas geradas pelas hospitalizações.

A abordagem da IC é bastante complexa, envolve atenção multidisciplinar e pode variar de acordo com uma série de fatores envolvendo etiologia, classe funcional, - estágio de evolução da doença e presença de doenças associadas. Habitualmente o tratamento é realizado por meio de combinações farmacológicas, procedimentos cirúrgicos (que podem incluir implante de marcapassos ou desfibriladores implantáveis: dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis – DCEI) e transplante cardíaco. Cerca de 60% dos casos de IC necessitam de implante de DCEI¹⁶.

A adesão ideal aos medicamentos e, portanto, um melhor gerenciamento da IC, é especialmente importante para aqueles que também possuem DCEI, principalmente o CDI. A hospitalização de pacientes com CDI frequentemente é motivada por terapias de choque apropriadas¹⁷, às vezes no cenário de piora da IC. Reduzir a ocorrência de choques do CDI pode mitigar hospitalização e morte^{18, 19}. Para reduzir os choques do CDI, os antiarrítmicos e os betabloqueadores desempenham um papel central²⁰. No entanto, a adesão ideal aos betabloqueadores é observada apenas em 47% a 57% dos pacientes com IC²¹. Por outro lado, um estudo recente relatou que a adesão aos medicamentos para IC

melhorou significativamente após o implante de RC; mais pesquisas são necessárias para entender melhor os determinantes subjacentes desse efeito²².

1.2 Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis - DCEI

Os DCEI são próteses de estimulação cardíaca artificial implantadas cirurgicamente e que são compostas basicamente de 2 componentes: gerador de pulsos e cabos-eletrodos (figura 1). Estes sistemas são utilizados com o objetivo de tratar ou prevenir a ocorrência de alguns tipos de arritmias cardíacas que podem ocasionar sintomas e, às vezes, aumentar o risco de morte. Estes distúrbios elétricos do coração, não raramente, acometem pacientes com IC, resultando em diminuição acentuada da frequência cardíaca (bradiarritmias) ou aceleração desproporcional às demandas fisiológicas (taquiarritmias)²³.

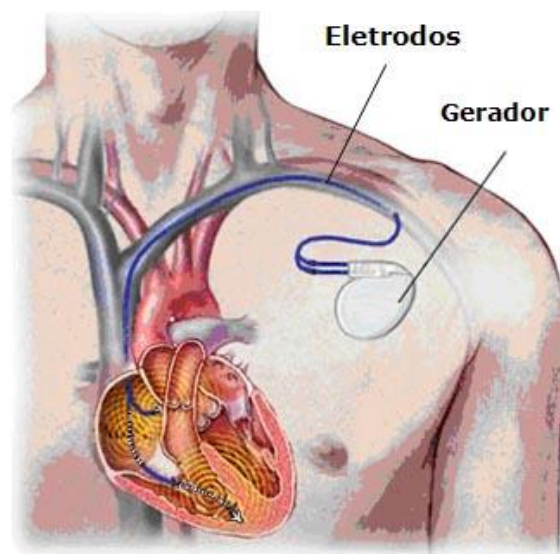


Figura 1- Ilustração de um cardioversor desfibrilador implantável- CDI câmara-dupla. Gerador de pulsos em região infraclavicular esquerda e cabos-eletrodos implantados por via transvenosa.

Existem diversos tipos de bradi e taquiarritmias e, quando indicados, os DCEI podem garantir melhor qualidade de vida e também maior sobrevida. Eventualmente, pacientes com IC também podem se beneficiar de um tipo específico DCEI mesmo na ausência de bradi ou taquiarritmias, naqueles casos em que o distúrbio elétrico resulta em deterioração da performance hemodinâmica, que também tem impacto no quadro clínico e nas taxas de sobrevida (dissincronia cardíaca)²³. Os tipos de DCEI e suas aplicações estão sumarizadas na tabela 2.

Tabela 2- Classificação e descrição dos dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis – DCEI

Classificação dos DCEI	Capacidade principal	Função principal
Marca-passo	Estimulação/Sensibilidade no átrio e/ou ventrículo	Terapêutica de bradiarritmia
Cardioversor-desfibrilador Implantável	Cardioversão/Desfibrilação por choque ou estimulação rápida	Terapêutica de TVS/FV
Ressincronizador Cardíaco	Estimulação multissítio (atriobiventricular)	Ressincronização cardíaca (terapêutica da IC)
CDI-R	Cardioversão/Desfibrilação por choque ou estimulação rápida + Estimulação multissítio (atriobiventricular)	Terapêutica de TVS/FV + Ressincronização cardíaca (terapêutica da IC)

Fonte: Martinelli et al, 2007²³.

1.3 Adesão medicamentosa no tratamento da insuficiência cardíaca

As taxas de não adesão medicamentosa em pacientes com IC variam de 30% a 60%, enquanto que a não adesão às mudanças no estilo de vida varia de 50% e 80%, com taxas maiores na população economicamente mais baixa²⁴. Segundo Evangelista et al. a melhora na adesão medicamentosa pode reduzir hospitalizações desnecessárias e a mortalidade de pacientes com IC, bem como melhorar a QV relacionada à saúde (QVRS)²⁵. Estima-se que entre metade a dois terços das internações por IC são evitáveis através de melhor adesão medicamentosa²⁶.

Os pacientes com IC apresentam limitações significativas em múltiplas áreas, incluindo prejuízos físicos, cognitivos, emocionais, de funcionamento social e qualidade de vida²⁷. Diante disso, já é reconhecida a importância da equipe multidisciplinar no tratamento da IC, com a finalidade de obter-se mais rapidez no diagnóstico, otimização da adesão ao tratamento, educação do paciente e da família, rigoroso acompanhamento médico, bem como melhora na qualidade de vida dos pacientes.

A abordagem multidisciplinar dos pacientes com IC surgiu inicialmente como um modelo para o manejo das alterações vivenciadas por pacientes encaminhados com indicação de transplante cardíaco³, e revelou-se um marco nos estudos dessa natureza. Desde então, as investigações subsequentes mostraram os benefícios da atuação de uma equipe multidisciplinar no gerenciamento da IC, especialmente na queda das taxas de hospitalização²⁸.

No *Disease Management Program* (DMP) utilizam-se recursos e instrumentos que têm a finalidade de reduzir os custos globais e melhorar os resultados, tendo como princípio a qualidade do cuidado²⁹. Nesses programas, a educação sistemática dos

pacientes mostra ser componente chave na busca da melhor adesão ao tratamento da IC³⁰,³¹. Se por um lado estudos revelam os efeitos positivos dos programas de gerenciamento para IC, por outro lado algumas pesquisas são inconclusivas e não permitem avaliar a efetividade desta intervenção^{6, 32}. Isto remete a debates na literatura e na prática clínica sobre a efetividade das intervenções e seus mecanismos de ação.

1.4 Ansiedade e Depressão

Ansiedade e depressão são transtornos psíquicos mais frequentemente associados às doenças físicas de forma geral³³. Tanto a ansiedade como a depressão apresentam sintomas somáticos e psíquicos; além disso, vários destes sintomas também estão presentes em doenças físicas. Entende-se por ansiedade aquela emoção em que o indivíduo fica em estado de “alarme”, antecipando uma ameaça futura. Fisiologicamente, a ansiedade é mediada pelo sistema nervoso simpático e parassimpático, que controlam os níveis de energia do corpo deixando-o preparado para uma situação de luta ou fuga³⁴. Na depressão observa-se um estado emocional de tristeza profunda, perda da autoestima, apatia, pensamentos mórbidos, fadiga, dentre outros aspectos³⁴.

Os quadros de ansiedade e depressão estão associados ao estresse psicológico que afetam a saúde do paciente com IC ou outra doença cardíaca de forma negativa³⁵. Mendes e Eufrásio³⁶ afirmam em seu estudo que a depressão tem um efeito cardiotóxico em pacientes com IC e, quando comparados aos pacientes não deprimidos, indivíduos com quadro de depressão apresentam risco aumentado de mortalidade e readmissões hospitalares. Segundo Perlman, depressão e ansiedade têm sido associados a pior

prognóstico na IC, ao aumento das readmissões hospitalares, à pior qualidade de vida e ao aumento da mortalidade^{37,38}.

Sugere-se, na literatura, que os fatores psicológicos, como estresse emocional e ambiental, podem influenciar o eixo hipotálamo - hipófise - adrenal, aumentando ainda mais a liberação de cortisol na corrente sanguínea³⁹. Este quadro de elevação dos níveis de cortisol, de forma prolongada, pode deprimir o sistema imunológico e até mesmo acarretar no desenvolvimento e/ou progressão de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)⁴⁰.

Pacientes com IC apresentam sintomas que geram uma diminuição progressiva das suas condições físicas. Este fato corrobora com o desenvolvimento de alterações no estado emocional, visto que os mesmos acabam por enxergar a vida de maneira limitada ou ameaçada³⁶. Dependendo da fase da vida em que este indivíduo se encontra e da proporção da alteração emocional, pode-se ter como consequência o mau prognóstico da doença. Dentro deste contexto, estudos apontam que na IC tem-se a ansiedade e a depressão como duas prevalentes manifestações³⁶.

1.5 Personalidade tipo D

A relação entre os fatores psicológicos, incidência e progressão de doença tem sido estudada por diferentes áreas da saúde⁴¹⁻⁴⁴. As teorias que relacionam traços de personalidade (padrões de comportamentos estáveis ao longo do tempo), que podem ser ligados a importantes acontecimentos da vida e sofrem influência genética e ambiental⁴⁵, às patologias, não têm por objetivo afirmar que os indivíduos tenham personalidades análogas ou similares. As relações entre variáveis psicológicas e surgimento de sintomas

e doenças partem do pressuposto que, em virtude de tipos específicos de personalidade, o indivíduo teria suscetibilidade para desenvolver uma dada enfermidade ⁴⁴.

A personalidade Tipo D é um traço de personalidade estável, sendo definido especificamente pela presença simultânea de afetividade negativa e inibição social ⁴⁶. Verificou-se que indivíduos com personalidade tipo D reprimiam a expressão emocional, apesar de um sentimento permanente de preocupação, persistentemente infelizes ou com baixo limiar de irritabilidade ⁴⁷. Segundo Dresh, o indivíduo Tipo D seria mais propenso a experimentar emoções negativas – introspecção, aborrecimento, ansiedade, raiva, culpa, desprezo, rejeição, *distress* e visão negativa de si e do mundo; além disso, conscientemente, não expressa seus sentimentos abertamente às outras pessoas, apresentando pouca assertividade⁴⁸. Este tipo de personalidade é mais prevalente em pacientes com DAC e HAS, em comparação com a população geral⁴⁹.

Muitos pesquisadores têm investigado a associação da personalidade tipo D com resultados clínicos. Algumas pesquisas sugerem que este tipo de personalidade pode estar associado a problemas de saúde, incluindo má qualidade de vida⁵⁰⁻⁵² mais sintomas cardíacos e sentimentos de incapacidade⁵³, maiores estressores psicossociais⁵⁴, saúde física e mental prejudicada⁵², morbidade^{54, 55} e até mesmo mortalidade^{50, 55, 56}, tanto na população geral⁵⁷ quanto entre pacientes com ou sem doenças cardiovasculares^{55, 58, 59}.

Em um estudo sobre implicações da personalidade tipo D em população de doentes não cardiovasculares, os investigadores descobriram que a personalidade tipo D foi associada a aumento na gravidade dos problemas de saúde relatados, percepção mais aguçada das emoções negativas (depressão e ansiedade), baixa adesão ao tratamento e efeito adverso sobre comportamentos relacionados à saúde⁵⁸.

Estudos que examinaram a relação entre a personalidade tipo D e adesão medicamentosa mostraram que este tipo de personalidade, como um construto dimensional, foi associada com a má adesão medicamentosa em pacientes com infarto do miocárdio⁶⁰. O outro estudo demonstrou os mesmos resultados em pacientes com síndrome coronariana aguda quando a personalidade tipo D foi medida como uma variável categórica⁶¹. Além disso, estes pacientes estariam quatro vezes mais propensos a desenvolver doença arterial coronária e evoluir negativamente, quando comparados a pacientes com personalidade não-D⁶².

A afetividade negativa, propensão do indivíduo de canalizar um volume grande de energia para emoções negativas (como ira, irritabilidade, ansiedade ou frustração), foi associada com a baixa adesão medicamentosa em pacientes com IC⁶³. O rastreio de personalidade tipo D, especialmente para o traço de personalidade em pacientes com IC pode ajudar a identificar aqueles que estão em maior risco de má adesão medicamentosa. Intervenções com o objetivo de melhorar a adesão precisam levar em conta os pacientes com personalidade tipo D que estão em maior risco de não adesão medicamentosa, o que pode levar a resultados adversos para a saúde.

1.6 Comprometimento cognitivo na insuficiência cardíaca

Estudos apontam o comprometimento cognitivo como consequência de morbidades cardiovasculares, sobretudo IC, FA e AVC⁶⁴. Os prejuízos cognitivos são encontrados em até 73% das pessoas com IC e estão associados ao aumento do número de hospitalizações e outros desfechos negativos⁶⁵. Quanto às funções executivas (FE), mesmo os prejuízos mais discretos podem atingir até 76% dos pacientes, o que afeta

diretamente a recuperação funcional desses indivíduos⁶⁶. Cerca de 50% dos pacientes com IC, que apresentam FA como complicação clínica, tem impacto negativo sobre o funcionamento da atenção e da velocidade de processamento⁶⁷.

A IC desencadeia impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, o que pode ser explicado pelas limitações decorrentes de sintomas físicos, psicológicos e limitações funcionais associados²⁷. De acordo com Abete et al., a IC afeta vários aspectos do funcionamento cognitivo, incluindo a atenção, a capacidade de aprendizagem, a memória (especificamente evocação), a função executiva e a velocidade psicomotora⁶⁸. O impacto da IC na linguagem e na capacidade visuoespacial foram menos investigadas⁶⁹.

A relação entre desempenho cognitivo e prognóstico após internação para compensação em pacientes com IC foi estudada por Ochiai et al. A pesquisa apontou que idosos com IC em grau avançado que não apresentaram melhora cognitiva (principalmente no desempenho atento) após alta hospitalar, tiveram pior evolução do quadro em curto prazo. O nível de comprometimento funcional também se relacionou com maior dependência, ou seja, com prejuízo funcional, observado através da medida de independência funcional – MIF (com baixo escore no que se refere à parte motora e cognitiva)⁷⁰.

As dificuldades estão relacionadas aos comportamentos de autocuidado, como identificação de sintomas, adesão medicamentosa, compreensão das orientações de tratamento, tomada de decisão e iniciativa de procura de atendimento⁷¹. Vogels et al. associou a IC aos prejuízos da memória e da atenção, com impacto direto nas práticas de autocuidado eficaz. Grande parte dos pacientes pode não reassumir suas atividades prévias, o que se traduz em uma das principais causas de perda funcional^{72, 73}. Estudos são necessários para identificar as melhores medidas a serem usadas para triagem e para

testar intervenções para melhorar a cognição, o autocuidado e os resultados de saúde entre esses pacientes.

1.7 Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional (EM), descrita inicialmente em 1983 por Miller⁷⁴, é um estilo de conversa colaborativa para evocar do paciente as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde⁷⁵. Por se tratar de uma abordagem que tem uma meta específica, que é resolver a ambivalência, é compreendida em caráter de intervenção breve, podendo assim ser utilizada por ampla gama de profissionais em diferentes serviços⁷⁵.

A principal característica da EM é ser centrada na pessoa, respeitando a autonomia, utilizando estratégias específicas e dirigidas a um objetivo particular de mudança que está em sintonia com paciente, guiada pela sua fala. O atendimento que utiliza os processos da EM tem sido bem sucedido na melhora de diversos comportamentos relacionados à saúde⁷⁶.

1.7.1 Processos e Habilidades da Entrevista Motivacional

A EM se caracteriza por quatro processos fundamentais:

1. Engajamento: consiste na construção de uma aliança terapêutica. Quando o profissional consegue estabelecer boa aliança terapêutica com o paciente, há

mais engajamento no tratamento, possibilitando que haja maior adesão ao mesmo;

2. Foco: é o desenvolvimento e manutenção da direção específica da conversa para a mudança;
3. Evocação: é a essência da EM, consiste no movimento do profissional de extrair da pessoa os próprios sentimentos concernentes ao propósito da mudança. As conclusões ou caminhos a serem percorridos, devem ser uma conclusão que o paciente alcança sozinho, com o auxílio do profissional e não com a sua indução;
4. Planejamento: é a construção do movimento de “quando” e “como” mudar. Desenvolve a formulação de plano de ação específico, podendo encorajar o paciente a aumentar seu compromisso com a mudança⁷⁷.

A EM é um estilo de aconselhamento, porém, não se limita em ser uma abordagem, é sobretudo um estilo que pauta a postura do profissional. Miller et al.⁷⁷ sugerem que, para aplicação da EM em práticas de saúde, são necessários três estilos de comunicação: direcionar, orientar e acompanhar; e três habilidades comunicativas básicas: perguntar, informar e escutar^{75, 77}.

É com essas habilidades da EM que se torna perceptível a diferença desta abordagem com a consulta prescritiva tradicional. Nesta metodologia o paciente argumenta, encontra seus motivadores e elabora a sua forma de mudar o comportamento, o profissional da saúde se torna coadjuvante nesse processo, mas não menos importante⁷⁵.

1.7.2 Entrevista Motivacional no tratamento de saúde

Inicialmente, esta abordagem foi utilizada no tratamento de doenças aditivas (álcool e drogas) e mais recentemente, seu uso foi extrapolado para as doenças crônicas, apresentando resultados satisfatórios em diferentes áreas da saúde, como por exemplo, diabetes, transtornos alimentares e doenças cardíacas⁷⁸.

Uma revisão sistemática e metanálise com 48 ensaios clínicos randomizados que incluiu um total de 9618 participantes avaliou a eficácia da EM em diferentes desfechos de interesse. Entre os desfechos avaliados, estava o nível de colesterol, as cáries dentárias, a pressão arterial, a carga viral de HIV, a perda de peso, o uso de tabaco, o uso de maconha e desordens alimentares. As intervenções ocorreram em diversos cenários, como por exemplo, hospitais, clínicas médicas, consultórios dentários, unidades de emergência, entre outros⁷⁹.

O tempo médio despendido para as intervenções com entrevista motivacional foi de 106 minutos, quando comparado a aproximadamente 30 minutos de atendimento do grupo de comparação; a média de atendimentos presenciais foi de 2,6 consultas e a média por telefone foi de três atendimentos. Os profissionais que aplicaram a metodologia foram predominantemente profissionais de saúde mental (13 estudos), enfermeiros (6 estudos), nutricionista (1 estudo) e médico (1 estudo), e estudos com aplicação da metodologia por profissionais de mais de uma área. O tempo médio de treinamento destes profissionais na metodologia da entrevista motivacional foi de 18 horas⁷⁹.

Os resultados dessa metanálise concluíram que a abordagem da EM apresenta maiores chances de produzir desfechos positivos quando comparado a outras intervenções como, por exemplo, cuidados usuais, intervenções em sala de espera ou intervenções educativas. Nesse sentido, fica evidente que a EM pode ser aplicada por diferentes

profissionais da área da saúde treinados para a metodologia, mesmo quando utilizada em poucas sessões (2-3 encontros)⁷⁹.

Um estudo procurou testar a hipótese de que ligações telefônicas realizadas por enfermeiras poderiam melhorar a adesão medicamentosa por meio de um programa de quatro ligações no intervalo de 7 dias e 1-6-9 meses após implante de stent coronariano. Nessas ligações a taxa de adesão era verificada, e a importância do cumprimento da posologia prescrita era reforçada; os pacientes eram educados sobre os riscos da interrupção da medicação (formação de coágulos que poderiam causar infarto e morte em potencial) e os fatores associados à interrupção prematura eram discutidos. Os resultados desse estudo apontaram que, com esta intervenção, a taxa de adesão alcançou níveis satisfatórios⁸⁰.

Outra pesquisa comparou o impacto de intervenção telefônica, realizada por enfermeiras treinadas, na redução de morbidade e mortalidade em IC crônica. A frequência das ligações, quinzenal ou mensal, foi determinada de acordo com critérios clínicos de gravidade pré-estabelecidos e avaliada a cada contato telefônico. Cada ligação tinha como objetivos: educação, aconselhamento, monitoramento para aprimorar mecanismos de autocontrole, dieta e adesão medicamentosa. Foi constatada redução significativa (19%) na admissão hospitalar como um todo e redução de 35% nas admissões por IC, não tendo efeito significativo na mortalidade⁸¹.

Em última instância, somente o próprio paciente pode mudar seu estilo de vida e seus comportamentos para melhorar sua saúde; no entanto, as habilidades básicas de comunicação da EM, “perguntar–informar–ouvir”, são extremamente adequadas para ajudar as pessoas a falarem sobre suas doenças e comprometerem-se a realizar mudanças de comportamento relacionados à saúde⁷⁵. Apesar da literatura apontar que a sinergia

propiciada pela associação de diferentes estratégias motivacionais produz melhor adesão do paciente ao tratamento medicamentoso⁸², não há consenso a este respeito, sobretudo envolvendo pacientes com doenças cardiovasculares.

Considerando o cenário acima descrito, baixa adesão medicamentosa é uma das principais causas de complicações clínicas e intervenções psicossociais constituem ferramenta essencial para o gerenciamento desta condição. Este estudo buscou avaliar a taxa de adesão medicamentosa e identificar o perfil psicológico de pacientes com IC portadores de DCEI. A aplicação da entrevista motivacional baseada nestes achados pode resultar em melhora da adesão medicamentosa.

2.Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a taxa de adesão medicamentosa de pacientes com IC e DCEI em hospital terciário considerando o perfil psicológico, características clínicas e sociodemográficas.

2.2 Objetivos específicos

Fase I

- Avaliar a associação entre adesão medicamentosa e perfil psicológico (depressão, ansiedade, *distress*, personalidade tipo D e percepção de doença); comprometimento cognitivo leve; características clínicas (tipo de DCEI, etiologia da cardiopatia de base, tipo e quantidade de medicamentos em uso) e sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade e classe social).

Fase II

- Avaliar o impacto da entrevista motivacional em pacientes com baixa adesão medicamentosa.

3. Metodologia

Estudo descritivo, intervencional e unicêntrico.

3.1 Pacientes

Foram selecionados pacientes consecutivos com diagnóstico de IC e portadores de DCEI, em seguimento ambulatorial regular na Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial do Instituto do Coração, HC-FMUSP (UCECA) de acordo com os seguintes critérios:

Critérios de inclusão

- Portadores de qualquer DCEI atrioventricular com idade \geq 18 anos;
- Em acompanhamento regular por mais de seis meses no ambulatório UCECA;
- Insuficiência cardíaca;
- Em uso de pelo menos dois medicamentos cardiológicos no momento do recrutamento.

Critérios de exclusão

- Pacientes com sobrevida estimada menor que 3 anos;
- Pacientes com cuidadores para administrar os medicamentos;
- Deficiência intelectual ou demência (Doença de Alzheimer; outras).

3.2 Fases do estudo

Fase I - Avaliação inicial

- Coleta de dados clínicos e sociodemográficos;
- Avaliação de comprometimento cognitivo leve;
- Perfil psicológico: personalidade tipo D, ansiedade, depressão, *distress* e percepção de doença;
- Avaliação da adesão medicamentosa.

Fase II – Entrevista Motivacional

- Intervenção presencial e por meio de ligações telefônicas com ênfase na abordagem da entrevista motivacional (EM);
- Avaliação da adesão medicamentosa.

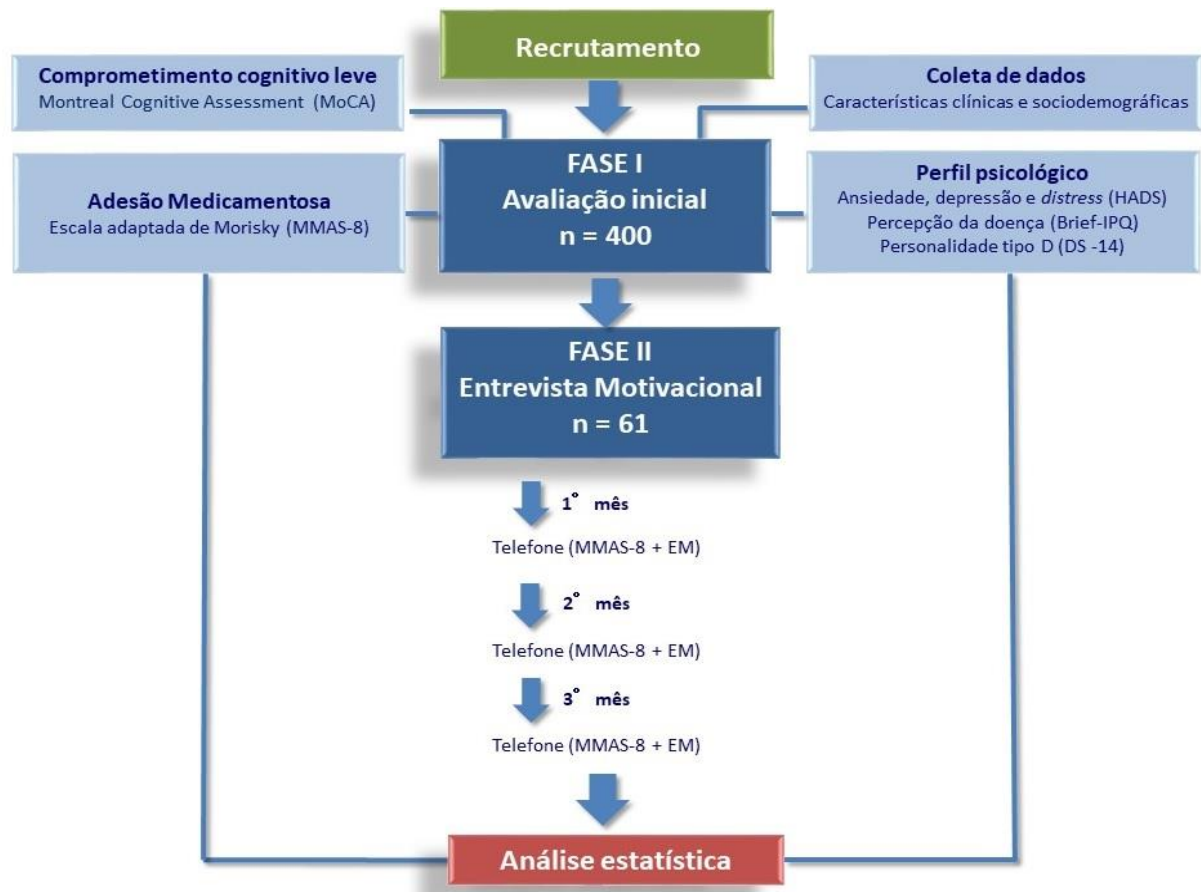


Figura 2- Fluxograma do estudo

3.3 Fase I - Avaliação inicial

Como procedimento padrão, os pacientes do InCor são orientados a chegar com vinte minutos de antecedência à consulta, dirigir-se à secretaria da UCECA e entregar seus documentos, pasta com exames e dados do dispositivo. Diariamente, a agenda de atendimento foi analisada quanto aos critérios de inclusão e exclusão do estudo e, então, uma lista de candidatos para entrevista foi estabelecida.

A partir daí a pesquisadora se dirigia à sala de espera e explicava brevemente a pesquisa ao paciente, convidando-o a participar do estudo. Com o aceite, o paciente era

informado que, ao final da consulta médica, a própria pesquisadora o levaria à sala de entrevista para dar seguimento aos procedimentos de coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F).

Os pacientes foram orientados sobre a não existência de respostas certas ou erradas, que deveriam ser os mais sinceros quanto possível e, se ocorresse alguma dificuldade em compreender as perguntas, deveriam solicitar esclarecimentos. Ressalta-se que os pacientes não haviam realizado acompanhamento psicológico ou psiquiátrico prévio à inclusão no estudo. A avaliação ocorreu na seguinte ordem:

- Coleta de dados clínicos e sociodemográficos;
- Comprometimento cognitivo leve;
- Ansiedade, depressão e *distress*;
- Personalidade tipo D;
- Percepção da doença;
- Adesão medicamentosa.

3.3.1 Instrumentos

Para avaliar o perfil psicológico dos pacientes, utilizou-se os seguintes instrumentos:

B-IPQ (Anexo A)

A percepção de doença foi acessada por meio do Questionário de Percepção de Doença Breve (B-IPQ). Este instrumento é capaz de verificar as representações cognitivas e emocionais relacionadas à doença, por meio de sete perguntas em escala Likert de 11 pontos (0-10) e duas abertas. Os sete primeiros itens avaliam: consequências (item 1),

controle individual (item 2), controle do tratamento (item 3), identidade (item 4), preocupação (item 5), compreensão (item 6) e emoções (item 7). As dimensões temporal e causal são acessadas pelos itens abertos 8 e 9. Escores elevados indicam maior percepção de ameaça da doença. No Brasil, o ponto de corte foi estipulado em >33 ⁸³.

HADS (Anexo B)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, composta por 14 itens, 7 referentes à escala de ansiedade e 7 de depressão na última semana, considerando exclusivamente o estado emocional, não recorrendo a sintomas somáticos ou vegetativos. Resultados são expressos por meio de escala Likert de quatro pontos (0-3) e escores entre 0-7 significam ausência de ansiedade/depressão, 8-10 ansiedade/depressão leve, 11-15 ansiedade/depressão moderada e 16-21 ansiedade/depressão severa ⁸⁴. A escala também pode ser utilizada para avaliar *distress*, quando os escores das subescalas, somados, são ≥ 15 ⁸⁵.

DS-14 (Anexo C)

A escala de personalidade tipo D (DS-14), composta por 14 itens, avalia afetividade negativa e inibição social, por meio de escala Likert de cinco pontos (0-4). Escores ≥ 10 em ambas subescalas indica personalidade Tipo D ⁴⁷.

Para avaliar comprometimento cognitivo leve e a taxa de adesão medicamentosa, os seguintes instrumentos foram utilizados:

MoCA (Anexo D)

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) é um instrumento breve, prático e eficaz, destinado a rastrear comprometimento cognitivo leve (CCL). É constituído por um protocolo de uma página, administrado em 10 minutos, com uma pontuação total máxima de 30 pontos. Neste estudo, se o paciente apresentou resultado total final de 26 ou acima foi considerado sem CCL. Este instrumento avalia seis domínios cognitivos através de quinze tarefas, que se encontram organizadas da seguinte maneira⁸⁶:

- ✓ Habilidades visuoespaciais: tarefa de desenho de relógio (3 pontos) e uma cópia de cubo tridimensional (1 ponto);
- ✓ Linguagem: tarefa de nomeação de confronto de três itens com animais de baixa familiaridade (leão, camelo, rinoceronte; 3 pontos), repetição de duas sentenças sintaticamente complexas (2 pontos) e a tarefa de fluência verbal;
- ✓ Atenção: tarefa de atenção sustentada (detecção de alvo usando batidas; 1 ponto), uma tarefa de subtração em série (3 pontos) e dígitos para frente e para trás (1 ponto cada);
- ✓ Abstração: uma tarefa de alternância adaptada da tarefa Trail Making B (1 ponto), uma tarefa de fluência fonêmica (1 ponto) e uma tarefa de abstração verbal de dois itens (2 pontos);
- ✓ Memória: envolve duas tentativas de aprendizagem de cinco substantivos e evocação tardia após aproximadamente 5 minutos (5 pontos);
- ✓ Orientação: temporal e espacial (6 pontos).

MMAS-8 (Anexo E)

Escala de Adesão à Medicação de Morisky Adaptada – MMAS-8, incluiu um questionário de autorrelato de oito itens referente a qualquer medicamento cardiológico prescrito no ambulatório da UCECA, não apenas para hipertensão, como a escala original.

O grau de adesão medicamentosa foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (8 pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (<6 pontos) ⁸⁷. No presente estudo, foi considerada adesão satisfatória se o paciente apresentou uma pontuação ≥ 6 , correspondendo a 75% de adesão ⁸⁸.

3.4 Fase II – Entrevista Motivacional

Os pacientes com baixa taxa de adesão medicamentosa receberam uma intervenção presencial no dia do recrutamento. Durante o atendimento foi trabalhado construção de aliança terapêutica, uso de perguntas abertas, evitou-se a argumentação, praticou-se empatia e escuta para encorajar o paciente a falar sobre a doença e refletir sobre o comportamento frente a administração dos remédios (Anexo G).

Seis meses após a intervenção presencial, os pacientes receberam uma ligação por mês durante três meses. A Escala de Adesão à Medicação de Morisky Adaptada (MMAS-8) foi administrada no início das três ligações telefônicas para avaliar a taxa de adesão em relação à intervenção anterior.

A primeira ligação foi estruturada para restabelecer relacionamento com os pacientes e comunicar a agenda das ligações e incluiu: revisão dos procedimentos do estudo, perguntas sobre o hábito diário de autocuidado, com foco em uma meta, abordando a ambivalência em relação a administração dos medicamentos. Foi sugerido ao paciente anotar em uma folha de papel os prós e contras sobre os medicamentos e classificar os itens escrito em uma escala de “pouco importante”, “moderadamente importante” ou “muito importante” (Anexo H). A pesquisadora colocou em evidência as

discrepâncias que surgiram quando o paciente percebeu as diferenças entre sua situação atual e suas expectativas para o futuro.

A segunda ligação teve como objetivo explorar o envolvimento do paciente, evocou-se dos pacientes os próprios sentimentos concernentes ao propósito da mudança e como e quando poderia mudar o comportamento-alvo. Trabalhou-se em um plano de mudança em relação a administração da medicação (Anexo I).

A terceira ligação teve a finalidade de verificar se o paciente estava executando o plano de mudanças conversado na segunda ligação e auxiliar o paciente a revisitar seus objetivos, reconhecer mudanças em relação à adesão medicamentosa e identificar eventuais barreiras, solucionando problemas (Anexo J).

Para realizar as intervenções, a pesquisadora foi treinada e supervisionada por uma psicóloga licenciada e membro da Rede de Instrutores de Entrevistas Motivacionais (MINT).

3.5 Análises estatísticas

Cálculo do tamanho da amostra

De acordo com dados da literatura, a taxa de baixa adesão medicamentosa de pacientes com IC é de aproximadamente 50%^{89 90}. Para obtermos estimativas de adesão com 99% de confiança e erro amostral de 5%, considerando a coorte constituída por 600 pacientes com IC e DCEI, do InCor, o tamanho amostral necessário para o desenvolvimento do estudo foi de 316 pacientes. Considerando uma perda de seguimento dos casos de 20%, seriam necessários 379 pacientes, estimativa ajustada para 400.

Fórmula:

$$n = \frac{N * [z(\alpha/2)]^2 * p' * q'}{[z(\alpha/2)]^2 * p' * q' + (N-1) * d^2}$$

Onde: n = tamanho amostral, N=tamanho da população = 600, z(alfa) = valor obtido através da distribuição Normal, se queremos um intervalo de confiança de 99% - z(alfa) = 2,58, p' = proporção esperada = 0,50, q' = (1-p') = 0,40, d = precisão da estimativa = (tamanho do intervalo)/2 = 0,05⁹¹.

Análise estatística

Na fase I, os dados foram expressos em média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartil ou como proporção. Para variáveis categóricas, foi utilizado o qui-quadrado, teste exato de Fisher ou teste de razão de verossimilhança. Para dados quantitativos: teste t (distribuição normal) ou teste não paramétrico de Mann-Whitney (distribuição não normal). Para a análise multivariada foram utilizadas as variáveis que apresentaram p<0,10 nas análises univariadas. Os fatores associados à baixa adesão (MMAS <8) na análise univariada foram incluídos na análise de regressão logística binária multivariada com um processo de seleção de variáveis “stepwise” para identificar fatores de risco que foram independentemente associados à baixa adesão. Testes estatísticos bicaudais com valor de P <0,05 foram considerados significativos. As análises estatísticas foram realizadas pelo SPSS versão 16.0 para Windows, IBM Software. Na fase II, para a comparação dos momentos de avaliação foi utilizado o teste não-paramétrico de Friedman. O software utilizado para os cálculos foi o SPSS 17.0 for Windows. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

4.Resultados

4.1 Fase I

Foram avaliados 400 pacientes com idade entre 31 e 92 anos (média $67,7 \pm 11,7$ anos) sendo 237 (59,3%) do sexo feminino. Cerca de 55,8% dos pacientes possuíam ensino fundamental incompleto e 65,8% relataram estar aposentados (tabela 3 e 4).

Tabela 3- Característica da população do estudo segundo a escolaridade

Escolaridade	n	%
Fundamental incompleto	223	55,8
Fundamental completo	66	16,5
Ensino médio incompleto	8	2,0
Ensino médio completo	53	13,2
Graduação incompleta	13	3,2
Graduação completa	30	7,5
Pós graduação completa	4	1,0
Pós graduação incompleta	3	0,8

Tabela 4- Características da população do estudo, segundo a condição sócio econômica e a renda

Variável	Classificação	n	%
Condição sócio-econômica	Ativo	55	13,8
	Inativo / afastado	37	9,2
	Aposentado	263	65,8
	Dependente	30	7,5
	Desempregado	15	3,7
Renda	Menos de 1 salário mínimo	23	5,8
	Entre 1 e 3 salários mínimos	299	74,7
	Entre 3 e 5 salários mínimos	59	14,8
	Mais de 5 salários mínimos	19	4,7

A população foi constituída por 312 (78%) portadores de MP, 73 (18,3%) portadores de CDI, 14 (3,5%) portadores de RC e 1 (0,25%) portador de CDI associado à RC. A principal etiologia da IC foi a chagásica, seguida da isquêmica (tabela 5).

Tabela 5- Prevalências das cardiopatias de base da população do estudo

Cardiomiopatia	n	%
Chagásica	131	32,7
Isquêmica	79	19,8
Hipertensiva	41	10,2
Dilatada	36	9,0
Idiopática	27	6,8
Valvar	27	6,8
Hipertrófica	25	6,2
Congênita	19	4,8
Alcoólica	15	3,7

Duzentos e dois pacientes (50,5%) apresentaram CF (NYHA) I, 170 (42,5%) CF II, 25 (6,3%) CF III e 3 (0,8%) CF IV. As morbidades mais frequentes foram a HAS (77,8%), DLP (40,5%) e DM (29,3%) (tabela 6).

Tabela 6- Prevalências das morbidades da população do estudo

Morbidades	n	%
HAS	311	77,8
DLP	162	40,5
DM	117	29,3
Histórico familiar de morte súbita	2	0,5
DAC	21	5,3
IRC	11	2,8
Asma	7	1,8
Insônia	15	3,8
Obesidade	7	1,8
Sem morbidade	51	12,8

Observamos a relação das medicações utilizadas pela população do estudo. O número de medicamentos utilizados pelos pacientes variou de 1 a 9 (média de $4,12 \pm 1,62$ medicamentos). Medicamentos para uso no tratamento de IC e hipertensão correspondem a 54,8% betabloqueadores, 52,3% estatina, 46,3% iECA e 40,3% BRA (tabela 7).

Tabela 7- Prevalência das medicações da população do estudo

Medicações	n	%
iECA	185	46,3
BRA	161	40,3
Furosemida	78	19,5
Betabloqueador	219	54,8
Bloqueador de canal de cálcio	80	20
Espiro lactona	88	22
Amiodarona	71	17,8
Propafenona	1	0,3
Sotalol	3	0,8
Hidralazina	7	1,8
Digoxina	3	0,8
AAS	123	30,8
Warfarina	84	21
Estatina	209	52,3
Hidroclorotiazida	101	25,3

4.1.1 Adesão medicamentosa

No presente estudo, foram considerados com adesão satisfatória aqueles pacientes com pontuação ≥ 6 na escala MMAS-8. Na população geral do estudo 75,3% dos pacientes apresentaram adesão satisfatória e 24,7% baixa adesão ao tratamento medicamentoso prescrito (tabela 8).

Tabela 8- Taxa de adesão medicamentosa na população do estudo

Adesão Medicamentosa		
Variável	n	%
Satisfatória	301	75,3
Baixa	99	24,7

Considerando o grau de adesão medicamentosa em relação aos dados sociodemográficos, observamos que há diferença significativa entre os grupos de adesão em relação à condição socioeconômica e ao gênero. No grupo de baixa adesão observamos maior porcentagem de casos em dependentes e desempregados quando comparado ao grupo com adesão satisfatória. No grupo de baixa adesão observamos também maior porcentagem do sexo feminino quando comparado ao grupo com adesão satisfatória (tabela 9).

Tabela 9- Relação entre escolaridade, renda, gênero e grau de adesão medicamentosa

Variável	Adesão Medicamentosa				p
	Satisfatória(n=301)		Baixa (n=99)		
	n	%	n	%	
Escolaridade					0,266 ⁽²⁾
Fundamental incompleto	158	52,5	65	65,7	
Fundamental completo	53	17,6	13	13,1	
Ensino médio incompleto	6,0	2,0	2,0	2,0	
Ensino médio completo	44	14,6	9,0	9,1	
Graduação incompleta	9,0	3,0	4,0	4,0	
Graduação completa	25	8,3	5,0	5,1	
Pós graduação completa	4,0	1,3	0,0	0,0	
Pós graduação incompleta	2,0	0,7	1,0	1,0	
Condição sócio- econômica					0,021 ⁽¹⁾
Ativo	41	13,6	12	12,1	
Inativo / afastado	29	9,6	8,0	8,1	
Aposentado	203	67,4	58	58,6	
Dependente	17	5,7	16	16,2	
Desempregado	11	3,7	5,0	5,0	
Renda					0,081 ⁽¹⁾
Menos de 1 salário mínimo	13	4,3	10	10,1	
Entre 1e 3 salários mínimos	228	75,7	71	71,7	
Entre 3 e 5 salários mínimos	43	14,3	16	16,2	
Mais de 5 salários mínimos	17	5,7	2,0	2,0	
Gênero					0,049 ⁽¹⁾
Feminino	170	56,5	67	67,7	
Masculino	131	43,5	32	32,3	

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado “likelihood ratio”

Não foram encontradas diferenças na adesão medicamentosa considerando as variáveis FA e CF (tabela 10).

Tabela 10- Relação entre fibrilação atrial, classe funcional e grau de adesão medicamentosa

Variável	Adesão Medicamentosa				p
	Satisfatória (n=301)		Baixa (n=99)		
	n	%	n	%	
Fibrilação atrial	24	8,0	7	7,1	0,771 ⁽¹⁾
Classe funcional					0,107 ⁽²⁾
I	159	52,8	43	43,5	
II	118	39,2	52	52,5	
III	21	7,0	4	4,0	
IV	3	1,0	0	0,0	

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

Na análise do grau de adesão medicamentosa em relação à cardiopatia de base observamos que os grupos apresentam diferença significativa em relação as cardiopatias chagásica, hipertrófica e congênita. O grupo com baixa adesão apresenta maior porcentagem de casos com estas cardiopatias quando comparado ao grupo com adesão satisfatória (tabela 11).

Tabela 11- Relação entre as cardiopatias de base e o grau de adesão medicamentosa

Cardiopatia	Adesão Medicamentosa				p
	Satisfatória(n=301)		Baixa (n=99)		
	n	%	n	%	
Chagásica	89	29,6	42	42,4	0,018 ⁽¹⁾
Isquêmica	54	17,9	25	25,3	0,113 ⁽¹⁾
Hipertensiva	26	8,6	15	15,2	0,064 ⁽¹⁾
Dilatada	23	7,6	13	13,1	0,098 ⁽¹⁾
Idiopática	17	5,6	10	10,1	0,126 ⁽¹⁾
Valvar	24	8,0	3	3,0	0,089 ⁽¹⁾
Hipertrófica	12	4,0	13	13,1	0,001 ⁽¹⁾
Congênita	10	3,3	9	9,1	0,028 ⁽²⁾
Alcoólica	10	3,3	5	5,1	0,541 ⁽²⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

Em relação ao tipo de DCEI não foi observado diferença significativa entre o grau de adesão medicamentosa (tabela 12).

Tabela 12- Relação entre o tipo de dispositivo cardíaco eletrônico implantável - DCEI e o grau de adesão medicamentosa

Tipo de DCEI	Adesão Medicamentosa				p
	Satisfatória (n=301)		Baixa (n=99)		
	n	%	n	%	
MP	231	76,7	81	81,8	0,437 ⁽¹⁾
CDI	58	19,3	15	15,2	0,358 ⁽¹⁾
RC	12	4,0	2	2,0	0,532 ⁽²⁾
CDI+RC	0	0	1	1,0	0,257 ⁽²⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

Observamos que houve diferença significativa entre os grupos de adesão medicamentosa e o medicamento AAS (tabela 13). O grupo com baixa adesão apresenta porcentagem significativamente maior de casos com uso desta medicação quando comparado ao grupo com adesão satisfatória. Não observamos diferença dos grupos de adesão nas demais medicações.

Tabela 13- Relação entre os medicamentos utilizados e o grau de adesão medicamentosa

Medicação	Adesão Medicamentosa				p
	Satisfatória(n=301)		Baixa (n=99)		
	n	%	n	%	
iECA	131	43,5	54	54,6	0,056 ⁽¹⁾
BRA	123	40,9	38	38,4	0,663 ⁽¹⁾
Furosemida	54	17,9	24	24,2	0,170 ⁽¹⁾
Betabloqueador	168	55,8	51	51,5	0,546 ⁽¹⁾
Bloqueador de canal de cálcio	57	18,9	23	23,2	0,354 ⁽¹⁾
Espiro lactona	62	20,6	26	26,3	0,238 ⁽¹⁾
Amiodarona	54	17,9	17	17,2	0,862 ⁽¹⁾
Propafenona	0	0,0	1	1,0	0,248 ⁽²⁾
Sotalol	2	0,7	1	1,0	0,575 ⁽²⁾
Hidralazina	5	1,7	2	2,0	0,685 ⁽²⁾
Digoxina	2	0,7	1	1,0	0,575 ⁽²⁾
AAS	84	27,9	39	39,4	0,032 ⁽¹⁾
Warfarina	66	21,9	18	18,2	0,427 ⁽¹⁾
Estatina	159	52,8	50	50,5	0,687 ⁽¹⁾
Hidroclorotiazida	77	25,6	24	24,2	0,790 ⁽¹⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

Não foi observada diferença significativa entre os grupos de adesão em relação a idade e número de medicamentos (tabela 14).

Tabela 14- Relação entre idade, número de medicamentos e o grau de adesão medicamentosa

Variável	Adesão Medicamentosa		p
	Satisfatória(n=301)	Baixa (n=99)	
Idade	66,73 ±11,14	66,39 ±11,52	0,884 ⁽¹⁾
Número de medicamentos	3,91 ±1,65 Med=4,00	4,33 ±1,71 Med=4,00	0,065 ⁽²⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste t de Student;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

4.1.2 Perfil psicológico e comprometimento cognitivo leve

Cento e setenta e dois pacientes (43%) apresentaram sintomas que satisfazem critérios clínicos de ansiedade, 119 (29,7%) depressão e 140 (35%) *distress*. A partir da análise do instrumento DS-14, 94 (23,5%) pacientes preencheram os critérios de classificação de personalidade tipo D, 325 pacientes apresentaram escore total do instrumento B-IPQ superior a 33, indicando que 81,3% apresentaram percepção da doença centrada na ameaça. Em relação ao comprometimento cognitivo leve (CCL), 384 (96%) apresentaram comprometimento cognitivo na avaliação global do instrumento MoCA (tabela 15).

Tabela 15- Prevalência do perfil psicológico e CCL na população do estudo

Variável	Classificação	n	%
Ansiedade	Sem	228	57,0
	Leve	80	20,0
	Moderada	68	17,0
	Severa	24	6,0
Depressão	Sem	281	70,3
	Leve	64	16,0
	Moderada	42	10,5
	Severa	13	3,2
<i>Distress</i>		140	35,0
Personalidade D		94	23,5
Percepção da doença		325	81,3
CCL		384	96,0

Com relação às análises do perfil psicológico relativos ao grau de adesão medicamentosa, observamos que há diferença significativa entre os grupos, considerando à ansiedade, depressão, *distress*, personalidade D e percepção da doença. O grupo de baixa adesão apresentou maior número de pacientes com essas variáveis quando comparado ao grupo com adesão satisfatória. Observamos também que não houve diferença significativa entre os grupos de adesão medicamentosa em relação ao CCL na avaliação global (tabela 16).

Tabela 16- Relação entre o perfil psicológico, CCL e o grau de adesão medicamentosa

Variável	Adesão Medicamentosa				p
	Satisfatória(n=301)		Baixa (n=99)		
	n	%	n	%	
Ansiedade					0,001 ⁽¹⁾
Sem	193	64,1	35	35,4	
Leve	57	18,9	23	23,2	
Moderada	39	13,0	29	29,3	
Severa	12	4,0	12	12,1	
Depressão					0,001 ⁽¹⁾
Sem	228	75,7	53	53,5	
Leve	41	13,6	23	23,2	
Moderada	24	8,0	18	18,2	
Severa	8	2,7	5	5,1	
Distress	83	27,6	57	57,6	0,001 ⁽¹⁾
Personalidade D	59	19,6	35	35,4	0,001 ⁽¹⁾
Percepção da doença	237	78,7	88	88,9	0,012 ⁽¹⁾
CCL	289	96,0	95	96,0	1,000 ⁽²⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado;

(2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

4.1.3 Domínios cognitivos

A Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) acessa diferentes domínios cognitivos: habilidades visuoespaciais, atenção, linguagem, abstração, memória e orientação. Observamos que os grupos de adesão apresentam diferença significativa em relação ao domínio Atenção. O grupo com baixa adesão apresenta valor significativo menor de atenção quando comparado ao grupo de adesão satisfatória. Não foi observada diferença significativa entre a adesão nos demais domínios (tabela 17).

Tabela 17 - Relação dos domínios cognitivos e o grau de adesão medicamentosa

Variável	Adesão	n	Média	dp	Mediana	p*
Habilidades visuoespaciais	Satisfatória	301	2,88	1,70	3,00	0,069
	Baixa	99	2,56	1,57	3,00	
Linguagem	Satisfatória	301	3,83	1,39	4,00	0,064
	Baixa	99	3,52	1,49	4,00	
Atenção	Satisfatória	301	3,78	1,62	4,00	0,018
	Baixa	99	3,33	1,65	3,00	
Abstração	Satisfatória	301	0,63	0,75	0,00	0,348
	Baixa	99	0,56	0,75	0,00	
Memória	Satisfatória	301	0,86	1,27	0,00	0,234
	Baixa	99	1,19	1,71	0,00	
Orientação	Satisfatória	301	5,82	0,55	6,00	0,360
	Baixa	99	5,70	0,80	6,00	

(*) Nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

4.1.4 Análise multivariada para a baixa adesão medicamentosa

Na análise de regressão logística multivariada, a ansiedade foi preditor da baixa adesão medicamentosa em relação as variáveis associadas a baixa adesão na análise univariada. Os pacientes com ansiedade leve apresentam chance de adesão baixa 2,30 vezes maior do que os pacientes sem ansiedade, os com ansiedade moderada apresentam chance 4,8 vezes maior e os com ansiedade severa 6,01 vezes maior que os sem ansiedade (tabela 18).

Tabela 18- Valores de “Odds Ratio” obtidos no modelo de regressão logístico multivariado

Variável		“Odds Ratio”	IC a 95%		P
			LI	LS	
Ansiedade	Não	1,00			-
	Leve	2,30	1,24	4,28	0,009
	Moderada	4,80	2,57	8,97	<0,001
	Severa	6,01	2,43	14,87	0,001

LI: limite inferior do intervalo de confiança; LS: limite superior do intervalo de confiança.

4.2 Fase II

4.2.1 Entrevista Motivacional

Dentre os 99 pacientes com baixa AM, 16 não aceitaram continuar no estudo, 6 evoluíram a óbito, 15 tornaram-se dependentes de terceiros para administração de medicamentos e 1 paciente foi diagnosticado com doença de Alzheimer. Assim, 61 pacientes participaram da fase II (entrevista motivacional).

Neste período o teste não-paramétrico de Friedman identificou aumento significativo do escore de Morisky ao longo das avaliações. Na EM presencial o score foi significativamente menor nos demais momentos (EM 1: $p < 0,001$; EM 2: $p < 0,001$; EM 3: $p < 0,001$). Da mesma forma, no seguimento observou-se que o valor de score da EM-1 foi menor que os da EM-2 ($p = 0,005$) e EM-3 ($p < 0,001$). Esses achados demonstram que todos os pacientes da fase II apresentaram melhora da AM após EM presencial e manutenção da taxa de adesão medicamentosa ao longo das intervenções (tabela 19).

Tabela 19- Valores descritivos do escore da escala de Morisky segundo os momentos da entrevista motivacional

Momento	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	P25	Mediana	P75	p*
EM - Presencial	61	3,69	1,43	0,00	5,00	3,00	4,00	5,00	
EM 1 ⁽¹⁾	61	6,49	1,42	3,00	8,00	6,00	7,00	8,00	<0,001
EM 2 ⁽¹⁾⁽²⁾	61	7,41	0,94	4,00	8,00	7,00	8,00	8,00	
EM 3 ⁽¹⁾⁽²⁾	61	7,67	0,65	5,00	8,00	7,50	8,00	8,00	

EM: entrevista motivacional; (*) nível descritivo do teste não-paramétrico de Friedman;

(1) diferença significativa da EM presencial ($p < 0,05$); (2) diferença significativa da EM 1 ($p < 0,05$).

4.2.2 Narrativas dos pacientes

Foram documentadas narrativas das experiências dos pacientes com os medicamentos, relatos da decisão de ajustar doses de medicamentos, pular doses ou interromper completamente um medicamento. Os pacientes relataram confiar no serviço de saúde, mas sentiram que conheciam melhor seu corpo e que decisões para não adesão medicamentosa eram necessárias para manter um padrão pessoal de bem-estar. Inicialmente os pacientes do estudo não descreveram o esquecimento como algo muito

importante ou o uso de todos os medicamentos de maneira diferente da prescrita.

Exemplos de declarações incluem:

“Esses são os dois únicos com os quais mais me afetam” e “eu tomo cerca de meia dúzia medicamentos e tomo-os conforme prescrito, exceto a furosemida, que reduzi para 1 todos os dias, em vez de 2 todos os dias e as vezes tomo em dias alternados”.

Os pacientes basearam suas decisões de tomar medicamentos em sintomas físicos (pressão arterial, diurese, hematomas, cansaço/desânimo) e valores pessoais (desfrutando de uma atividade). Alguns tomaram uma decisão única para interromper um medicamento, enquanto outros ajustaram continuamente a dose e o momento do (s) medicamento (s) selecionado (s).

Dois pacientes relataram estarem cansados de tomar muitos medicamentos diariamente e um deles relatou sentir que estava com depressão:

“Eu acho que estou com depressão pois tenho esquecido com frequência os horários dos remédios e me sinto desanimado para organizar uma rotina diferente. Eu tomo só quando lembro, mesmo que seja num horário diferente do prescrito”.

Ao recontar experiências de não adesão medicamentosa, os pacientes apresentaram e concluíram seus relatos compartilhando incertezas sobre a segurança, necessidade ou motivo de um medicamento. Os pacientes compartilharam:

“Eu não sei por que esse [diurético] foi prescrito no início”. “Estou com a boca seca... Por quê? Isso me incomoda”.

Outro paciente preocupado com os sangramentos do anticoagulante declarou:

"Estou pensando, há algum benefício em eu ainda estar com esta prescrição?".

A maioria dos pacientes relataram que o médico “*não era fácil de entrar em contato*” ou ficava muito ocupado na consulta para discutir preocupações com medicamentos. Os pacientes frequentemente terminavam os relatos expressando o desejo de obter informações sobre os medicamentos para apoiar suas decisões de tomá-los. Uma paciente relatou não tomar a medicação, pois acreditava que por ter MP, não precisava dos medicamentos:

“ Eu já tenho MP, porque devo tomar medicamentos? Nunca tomei remédio nenhum na vida e agora que implantei o MP, porque eu precisaria? ”.

Influenciados por experiências passadas, sintomas corporais e informações disponíveis no momento, os pacientes experimentaram ajustar ou interromper um medicamento e monitoraram a mudança. Por exemplo, um paciente experimentou uma medicação antianginoso antes de interromper completamente:

“Então, reduzi para 1 de manhã e 1 à noite.... Comecei a pensar que se não me sentisse muito bem naquele dia, talvez tomasse mais um. Vou tentar e ver o que acontece. Eu fiz isso 2 ou 3 vezes, mas acabei interrompendo. Como muitos outros casos, a decisão de interromper a medicação foi apoiada pela minha família”.

Os pacientes utilizaram-se de valores pessoais para orientar suas decisões de tomar medicamentos. O elemento do relato, conflito (o desafio que os pacientes encontram para alcançar seus objetivos), emergiu das narrativas como uma luta de poder entre valores pessoais e objetivos do tratamento prescrito. Influenciados pelo que foi percebido como importante para a época, os pacientes estabeleceram prioridades e valores pessoais na vida, como sentir-se bem, dormir ininterruptamente ou desfrutar de uma atividade.

Alguns pacientes compartilharam frustração sobre um efeito colateral da medicação ou efeito terapêutico, como a diurese, que os fez sentir-se pior em vez de

melhor. Alguns participantes compartilharam que os efeitos de um diurético os impediram de ir a lugares. Outros falaram em pular doses de diurético para longas viagens de carro, como consultas médicas ou nos dias em que o banheiro não era conveniente. Muitos descreveram problemas de mobilidade como justificativa para pular uma dose de diurético em dias fora de casa:

“Eu viajo toda semana para visitar a minha mãe em outra cidade e sou muito cuidadosa sobre onde vou ao banheiro quando saio, então, nesses dias que saio de casa eu não tomo esse medicamento”.

O fluxo da narrativa seguiu os processos de pensamento dos pacientes, à medida que tentavam sentir como se devessem tomar seus medicamentos conforme prescrito, mas lutando para justificar as consequências. Por exemplo, uma paciente relatou ter pressão baixa ao tomar losartana:

"É o controle da pressão arterial e eu sei que é importante, mas minha pressão cai muito quando eu tomo, por isso só tomo de vez em quando."

Em outros casos, os participantes experimentaram um efeito de medicação indesejada, como dor no estômago, que causou interrupções pessoais sem buscar orientação médica:

“ Esse remédio eu não tomo com frequência porque tenho dor de estômago quando tomo, os outros tomo diariamente”.

Os pacientes indicaram em suas narrativas que não viam suas decisões de ajustar uma dose de medicamento, ajustar seu regime de medicação ou deixar de tomar um único medicamento como não aderente, mas decisões lógicas para manter um nível de saúde pessoal. No entanto, se mostram interessados em participar das intervenções e apontaram pontos positivos na elaboração e aplicação dos planos de ação e de enfrentamento de barreiras.

Conforme a metodologia da EM, quando se fala com o paciente sobre mudar o comportamento, é possível ouvir na conversa seis temas diferentes sobre a mudança ⁹². Durante a EM, neste estudo, alguns relatos dos pacientes foram documentados e classificados de acordo com os seis temas (tabela 20).

Tabela 20- Seis temas sobre a mudança durante a entrevista motivacional

Desejo	Afirmações sobre preferência por mudança: “Eu quero ter uma vida mais saudável”; “Eu gostaria de fazer mudanças em relação aos medicamentos”; “Eu desejo ter uma vida mais saudável para ver meus netos crescerem”.
Capacidade	Afirmações sobre a capacidade: “Eu poderia melhorar a minha organização com os comprimidos”; “Eu consigo pensar em algumas possibilidades”; “Eu posso tentar melhorar”.
Razões	Argumentos específicos em favor da mudança: “Eu preciso ter mais disposição para fazer o trabalho doméstico”; “Eu acho que me sentiria melhor se conseguisse ter uma rotina saudável”. “Eu queria entender melhor sobre minha doença.”
Necessidade	Afirmações sobre se sentir obrigado a mudar: “Eu realmente deveria lembrar de tomar os medicamentos no horário certo”; “Eu tenho que fazer uma rotina diferente”.
Comprometimento	Afirmações sobre a probabilidade de mudar: “Eu vou colocar um despertador para me ajudar a lembrar dos horários”; “Eu pretendo mudar a forma como organizo os comprimidos”; “Eu vou agendar consulta para saber sobre a possibilidade de trocar o medicamento”.
Dando passos	Afirmações sobre atitudes: “Este mês eu consegui organizar melhor os medicamentos nas caixinhas demarcadas com os dias da semana”; “Eu coloquei um lembrete na geladeira”; “Coloquei um alarme no celular para me ajudar lembrar dos horários dos remédios”.

Fonte: Adaptado de Miller & Rollnick, 2009 ⁹².

Através da EM, foi possível esclarecer questões específicas, como a finalidade do medicamento e as mudanças necessárias em seu cotidiano para favorecer a tomada dos medicamentos. O processo das intervenções realizadas incluiu: a) cuidado individualizado,

atender às necessidades pessoais de cada um; b) sugestões de estratégias para memorizar as doses e horários dos medicamentos; c) possibilitou independência, tendo um plano de ação fácil de realizar sozinho; d) promoveu maior interesse pela doença e possibilitou a reflexão das dificuldades existentes na tomada dos medicamentos prescritos e a busca por soluções.

4.3 Limitações da pesquisa

A análise do autorrelato para medir a adesão medicamentosa é uma limitação importante. Não há consenso sobre um método de avaliação que possa ser considerado padrão-ouro;⁹³ ademais, os diversos determinantes da adesão dificultam a análise dos resultados. Métodos diretos (dosagem no sangue de múltiplos medicamentos ou traçadores) ou indiretos (medida da dispensação, contagem de medicamentos, questionários e resposta clínica aos fármacos) podem ser utilizados para análise da adesão medicamentosa. Os métodos diretos habitualmente são onerosos e de difícil execução e os indiretos são mais sujeitos a viés de aferição.

Alguns estudos demonstraram baixa a moderada correlação entre estes métodos, o que pode ser atribuído ao fato de medirem dimensões diferentes de um mesmo constructo. Além disso, estabelecem diferentes pontos de corte para a não adesão e não possibilitam o controle dos fatores subjetivos relacionados ao paciente⁹⁴. Assim, a forma de avaliar a adesão deve considerar os recursos disponíveis nos serviços de saúde e as estratégias empregadas devem obedecer às normas básicas psicométricas de confiabilidade e validade⁹⁵.

Apesar do presente estudo ter encontrado resultados importantes na melhora da adesão medicamentosa, não foram avaliados outros desfechos clínicos diretos como por exemplo, taxa de internação por IC e dosagens de NT-pro-BNP. Possivelmente, com uma amostra mais robusta de pacientes e calculada para a avaliação destes desfechos, poderíamos ter percebido reflexo positivo da abordagem de entrevista motivacional também nestas variáveis de interesse.

5.Discussão

Este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes com IC e DCEI apresentaram adesão medicamentosa satisfatória. A baixa adesão esteve associada a fatores socioeconômicos, clínicos e fortemente associada ao perfil psicológico. É importante destacar que, neste estudo, a adesão medicamentosa satisfatória baseia-se na consideração de que as classificações de média e alta adesão na escala de Morisky estão dentro da proposta terapêutica do serviço de saúde para obter resposta clínica dos pacientes.

Em pacientes com IC, dependendo dos instrumentos de medidas utilizados, a taxa de adesão medicamentosa varia de 40% a 60% e a partir de medidas de auto relato, a taxa de adesão varia de 78% a 100% ⁹⁶. Em pacientes com doenças crônicas, a taxa de não adesão é em média 24,8% ⁸⁹. No presente estudo, a avaliação da taxa de adesão foi por meio de auto relato e obteve-se taxa de 75,3% de adesão medicamentosa satisfatória e 24,7% de taxa de baixa adesão, valores correspondentes ao encontrado na literatura.

Apesar da adesão satisfatória, os pacientes apresentaram porcentagem considerável de ansiedade (35,9%), depressão (24,3%), *distress* (27,6%), comprometimento cognitivo leve (96%) e percepção da doença centrada na ameaça (79,3%). Esses fatores são indicativos de necessidade de rastreamento desses indivíduos com vistas à adequação do esquema medicamentoso e implementação de terapias psicossociais para promover manutenção do tratamento.

No grupo de pacientes com baixa adesão, as narrativas evidenciam que os pacientes deste estudo tomaram decisões no gerenciamento dos medicamentos justificando que tinham um motivo para a não adesão e que tinham o controle de suas decisões. Isso pode ajudar a explicar por que, neste e em outros estudos ⁹⁷, pacientes não divulgam totalmente a não adesão aos medicamentos pelos profissionais do serviço de

saúde. Um primeiro passo crítico para melhorar a adesão medicamentosa é identificar sua presença.

Na prática clínica, avaliar a adesão é tipicamente auto-relato. Estudo recente para avaliar a adesão medicamentosa em pacientes hipertensos mostrou consistentemente que os pacientes tendem a superestimar sua adesão aos medicamentos ⁹⁸. Ao perguntar aos pacientes se estão tomando seus medicamentos, uma representação verdadeira da adesão pode depender de como a pergunta é feita e de quem está fazendo. Os relatos dos pacientes revelam a necessidade de profissionais de saúde considerarem outras variáveis no atendimento a esta população, adotando uma conduta de avaliações psicossociais.

As análises do presente estudo apontam prevalência de variáveis psicológicas e cognitiva mais elevadas do que relatadas na literatura: ansiedade 43%, depressão 29,7%, *distress* 35% e CCL 96%. De fato, a taxa esperada de ocorrência de transtornos emocionais em pacientes com IC era 30% ansiedade, 21,5% depressão ⁹⁹ e 73% comprometimento cognitivo ⁶⁵. Essas taxas de prevalência são semelhantes em estudos com pacientes internados e ambulatoriais, e são aproximadamente duas a três vezes mais altas em comparação com a população em geral⁹⁹.

A depressão e ansiedade podem ser facilmente negligenciadas, porque sintomas como dificuldade de concentração, fadiga, letargia, perda de apetite e insônia também podem ser causados pela IC. Com o aumento da gravidade clínica da IC, a incidência de depressão aumenta e ocorre a redução da QV¹⁰⁰. No presente estudo, apesar de não avaliarmos a QV, os pacientes apresentaram mobilidade reduzida, relataram desânimo e dores no corpo. Além disso, os dados de baixa adesão foram claramente associados com o perfil psicológico, é possível que os pacientes do estudo apresentem prejuízo na QV.

Vongmany et al. evidenciam que apesar da ansiedade ocorrer frequentemente em pessoas com IC, não parecem ter relevância prognóstica clara¹⁰¹. No entanto, em nosso estudo, a prevalência de ansiedade no grupo de baixa adesão foi 64,6% e esta variável foi preditor independente de baixa adesão medicamentosa em relação as outras variáveis associadas a baixa adesão na análise univariada. Com efeito, pacientes ansiosos apresentaram seis vezes mais chances de não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, demonstrando fortemente que a ansiedade tem relevância no prognóstico.

Em nosso estudo, os pacientes afirmaram que a adesão medicamentosa é dificultada pelo conhecimento insuficiente sobre a doença e o tratamento medicamentoso. As dúvidas em relação a doença e ao medicamento, bem como sobre o impacto de ambos no futuro, podem ser particularmente difíceis entre pessoas com ansiedade, pois indivíduos ansiosos tendem a apresentar intolerância à incerteza, ou seja, sentem maior angústia e dificuldade para lidar com incertezas, imprevisibilidade e situações ambíguas¹⁰². Além disso, indivíduos ansiosos tendem a apresentar atenção prejudicada, bem como prejuízos no funcionamento executivo e memória episódica¹⁰³.

Indivíduos com personalidade tipo D são inclinados a experimentar ampla gama de emoções negativas e inibem a expressão dessas emoções negativas durante as interações sociais por causa do medo de serem rejeitados ou desaprovados por outros. Aproximadamente 13% a 30% dos pacientes com IC apresentam personalidade tipo D^{56, 104, 105}. Corroborando com a literatura, no presente estudo, a prevalência foi de 23,5% de pacientes com este tipo de personalidade e 35,4% no grupo de baixa adesão, obtendo impacto significativo na adesão medicamentosa.

O portador de DCEI deve se adaptar não só ao dispositivo, mas a doença cardíaca de base que necessitará de acompanhamento médico constante. A percepção que o

paciente tem da cardiopatia de base pode ser mais negativa do que a do dispositivo¹⁰⁶. Em nosso estudo, 81,3% dos pacientes demonstraram perceber a doença de base como ameaça na habilidade de realizar atividades de vida diária. A maneira como o paciente avalia uma ameaça à saúde pode influenciar não somente a avaliação dos sintomas e interpretação sobre causas e evolução da doença, mas o comportamento na adesão medicamentosa^{107, 108}.

De fato, em nossos resultados, o grupo de baixa adesão medicamentosa apresentou maior porcentagem de pacientes com percepção da doença centrada na ameaça (88,9%) em relação ao grupo de adesão satisfatória (78,7%). Esse dado é provavelmente devido à presença do dispositivo, muitas vezes os pacientes compreendem que não precisam usar os medicamentos após o implante de DCEI. Esse achado reitera a importância de se conhecer o perfil psicológico do paciente, visto que tal variável influenciou como o paciente percebeu o atual quadro clínico. Ponderar não só a influência do dispositivo, mas também da doença de base, pode auxiliar os profissionais de saúde a oferecerem o melhor cuidado ao paciente.

Fatores clínicos também têm influência na taxa de adesão medicamentosa, quanto maior o número e a frequência dos medicamentos prescritos, maior a probabilidade de que o uso deles seja percebido como uma barreira à adesão.¹⁰⁹ Grande número de medicamentos e regime terapêutico complexo estão associados à não adesão em pacientes com IC;^{110, 111} surpreendentemente, não observamos diferença considerando a quantidade de medicamentos e a adesão neste estudo. Esse achado sugere o efeito direto do perfil psicológico no comportamento de autocuidado como preditor de adesão, reforçando a importância de avaliação psicológica para melhor compreender o comportamento e a adequação do atendimento ambulatorial.

É importante destacar o impacto dos efeitos adversos na adesão medicamentosa. A gama de efeitos adversos provocada pelos medicamentos compromete a manutenção do tratamento¹¹². No presente estudo, os pacientes demonstraram insatisfação com o tratamento medicamentoso decorrente dos efeitos colaterais que foram salientados como motivo de diminuição da dose ou descontinuidade do tratamento:

"É o controle da pressão arterial e eu sei que é importante, mas minha pressão cai muito quando eu tomo, por isso só tomo de vez em quando." (p46)

"Esse remédio eu não tomo com frequência porque tenho dor de estômago quando tomo, os outros tomo diariamente". (p47)

Com relação à última narrativa, destaca-se o papel do AAS, muito utilizado na terapêutica da doença arterial coronariana, que frequentemente provoca amplo espectro de distúrbios do aparelho digestório responsáveis por descontinuação ou suspensão de seu uso. De fato, em nosso estudo o uso de AAS esteve associado a baixa adesão medicamentosa.

A identificação precoce, orientações e intervenções relacionadas aos efeitos colaterais podem contribuir para que o paciente tenha maior repertório de ações para manejo dos medicamentos. É recomendável o fornecimento de explicações claras sobre os efeitos esperados dos medicamentos e de como lidar com os problemas que surgem especialmente no início do tratamento medicamentoso, bem como após a adição de qualquer nova medicação.

Alguns estudos mostram que quanto mais idoso o paciente, maior a probabilidade de não adesão e maior a percepção do descuido ao usar a medicação. Atualmente, pacientes com IC sobrevivem mais devido à evolução da terapia¹¹³; no

entanto, a disfunção cognitiva tende a aumentar com a idade, o que pode interferir na capacidade de realizar comportamentos de autocuidado, tais como: controle de peso, adesão à dieta adequada e adesão medicamentosa¹¹⁴.

O esquecimento também tem sido relacionado à baixa adesão ao uso de diuréticos¹¹⁵, principalmente em relação à furosemida¹¹⁶ e outros medicamentos cardiovasculares^{117, 118}. No presente estudo, os pacientes relataram que não tomavam de forma contínua os diuréticos para evitar o efeito colateral e não devido ao esquecimento. Porém, é importante considerar que a disfunção cognitiva, prevalente em muitos idosos com IC, pode contribuir significativamente para baixas taxas de adesão, principalmente quando mudanças no tratamento são frequentes^{119, 120}.

A observação do esquecimento como fator relevante aponta para a importância do envolvimento da família, tanto no suporte emocional como na operacionalização do cuidado diário¹²¹. Organização cuidadosa, preparação dos medicamentos e facilidade de acesso são estratégias que podem minimizar o efeito desse comportamento¹¹¹. O uso correto da medicação é importante não apenas para o alívio dos sintomas, mas também para prevenir a descompensação cardíaca. Essas informações educacionais podem ser úteis para motivar os pacientes a tomar o medicamento corretamente.

Dados da literatura indicam que o uso de DCEI é positivo para a cognição, especialmente em relação à atenção e velocidade de processamento da informação¹²²⁻¹²⁶. No entanto, no presente estudo, a maioria dos pacientes apresentou CCL e observamos diferença significativa no domínio da atenção em relação à baixa adesão medicamentosa. Alguns dados relacionados à prestação de cuidados em indivíduos com IC foram encontrados por Almeida et al. (2012b) e Alosco et al. (2013a), que apontam

comprometimento nas habilidades de atenção de indivíduos com IC quando comparados ao grupo controle¹²⁷.

Nossos resultados são semelhantes aos descritos por Bressler et al, que concluíram que o desempenho relativamente baixo em testes que avaliam a velocidade do processamento de informações pode ser uma característica cognitiva de pacientes com IC acima de 60 anos¹²⁸. Kure et al investigaram os mecanismos que causam deficiências cognitivas na IC e identificaram que essas deficiências estão relacionadas a alterações na velocidade do fluxo sanguíneo no cérebro e as funções mais afetadas são as FE, especialmente a atenção¹²⁹.

Em relação as cardiopatias de base, em nosso estudo, pacientes com cardiopatia chagásica apresentaram diferença significativa na baixa adesão medicamentosa em relação ao grupo de adesão satisfatória, esse dado pode indicar o efeito do comprometimento cognitivo oriundo da própria doença de chagas^{130, 131} e que impactam no gerenciamento das medicações. Por outro lado, as cardiopatias de origem genética, hipertrófica e congênita, também apresentaram diferença significativa na baixa adesão medicamentosa, é possível que esses pacientes por já utilizarem a medicação por longo período, acabam por diminuir ou interromper o uso do medicamento por decisão própria.

Conforme dados da literatura, parece existir associação entre a gravidade da IC (avaliada pela NYHA) e as medidas de adesão à terapia^{111, 132}. O número de comorbidades é um importante preditor de hospitalização por IC²⁴: quanto mais comorbidades, e conseqüentemente maior o número de medicamentos em uso, maior a chance do paciente apresentar baixa adesão medicamentosa. No entanto, na análise deste estudo, o número de comorbidades não esteve associado à variabilidade da adesão. É possível que a complexidade do quadro clínico relacionado ao implante do DCEI leve o

paciente a reconhecer a necessidade de tratamento e, assim, ajude a não esquecer de tomar os medicamentos.

Características psicossociais, como depressão e apoio social, têm sido relatadas como importantes contribuintes para a baixa adesão medicamentosa em mulheres com IC^{111, 133}. De fato, em nosso estudo, as variáveis entre os gêneros foram exploradas e demonstrou-se que pacientes do sexo feminino apresentaram maior porcentagem de baixa adesão medicamentosa do que pacientes do sexo masculino.

Embora os dados na literatura não sejam definidos, mulheres portadores de CDI apresentariam maiores níveis de ansiedade e depressão, quando comparadas aos pacientes masculinos^{134, 135}. Vazquez et al. assinalam que esta tendência ao *distress*, pode ser atribuída à suscetibilidade que as mulheres têm em se preocupar com a imagem corporal –devido expectativa cultural direcionada ao sexo feminino sobre como a mulher deve ser fisicamente para ser considerada atraente, às mudanças dos papéis sociais e do funcionamento físico¹³⁵.

Em relação a condição sócio econômica, observou-se, neste estudo, que pacientes dependentes e desempregados apresentaram também baixa adesão medicamentosa; os pacientes têm acesso gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a um elenco de medicamentos essenciais, com ênfase para o tratamento das doenças mais prevalentes, como as doenças crônicas. No presente estudo, os pacientes relataram que não tomaram alguns medicamentos pois não haviam recebido do sistema de saúde e não tinham como comprar. Essa narrativa reforça que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de arcar com os custos de adquirir no setor privado¹³⁶.

Fica claro que algumas variáveis, como idade, renda mensal e escolaridade, devem ser consideradas pelo profissional de saúde no planejamento de suas intervenções. Considerando a população estudada- hospital terciário, em sua maioria aposentada, estes relatos reforçam a necessidade do encaminhamento precoce ao Serviço Social, para que os pacientes tenham esta demanda avaliada por um profissional especializado e que condutas apropriadas sejam colocadas em prática.

É importante considerar que a situação empregatícia pode desencadear problemas psicológicos, como ansiedade e/ou depressão, em pacientes com IC e DCEI aposentados. As equipes de saúde devem considerar a possibilidade de encorajar os pacientes a retomarem ao trabalho ou alguma atividade remunerada.

O período logo após o implante de DCEI é, emocionalmente, o mais aversivo e psicologicamente desafiador devido às diversas adaptações necessárias no estilo de vida. Essas adaptações, na grande maioria das vezes, leva tempo, já que exige do paciente esforço e motivação¹³⁷. O implante de DCEI concretiza a cronicidade da doença e muitos dos seus portadores desenvolvem forte dependência emocional do dispositivo¹³⁷. Em nosso estudo, o conhecimento sobre o dispositivo, cardiopatia e tratamento medicamentoso foi considerado necessário para justificar a necessidade do medicamento e, portanto, fundamentar motivações para a adesão, conforme evidenciam algumas narrativas:

“Eu já tenho MP, porque devo tomar medicamentos? Nunca tomei remédio nenhum na vida e agora que implantei o MP, porque eu precisaria? ”. (p.45)

“Eu não sei por que esse [diurético] foi prescrito no início...Estou com a boca seca... Por quê? Isso me incomoda”. (p.45)

Nesse contexto, a informação torna-se um elemento fundamental no cuidado em saúde, entretanto, não se trata de um processo unidirecional. O profissional de saúde deve identificar o conhecimento prévio do paciente, suas preocupações e temas de interesse de forma a ajudá-lo a atribuir um sentido às informações transmitidas, a tomar decisões adequadas, e aderir às orientações⁹².

A avaliação das necessidades de educação em saúde em pacientes e familiares é fundamental para que a equipe multiprofissional promova ações efetivas no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades. A importância de orientar também familiares pode ser evidenciando na narrativa de um de nossos pacientes:

“Então, reduzi para 1 de manhã e 1 à noite.... Comecei a pensar que se não me sentisse muito bem naquele dia, talvez tomasse mais um. Vou tentar e ver o que acontece. Eu fiz isso 2 ou 3 vezes, mas acabei interrompendo. Como muitos outros casos, a decisão de interromper a medicação foi apoiada pela minha família”.
(p.45)

Deste modo, a família deve ser incluída e orientada desde o início, de forma que sua participação no tratamento, no controle de recaídas e na melhora da comunicação possa favorecer a adesão medicamentosa.

Após a entrevista motivacional, intervenção para mudança comportamental dos pacientes no interesse da sua própria saúde, ocorreu melhora da taxa de adesão medicamentosa em 100% dos 61 pacientes avaliados. Desta forma, obtivemos aumento de 18% da adesão medicamentosa na população do estudo, variação de 75% para 93% de adesão.

Esses achados mostraram que a EM melhorou a taxa de adesão medicamentosa tanto em pacientes com baixos escores quanto naqueles com escores adequados ou

limítrofes. Isso demonstra que a EM pode melhorar os comportamentos de autocuidado e de promoção da saúde, mesmo em pacientes cujas atitudes em relação à doença já são apropriadas. Estes dados foram observados na análise intragrupo de nossos pacientes, que revelou melhora expressiva da adesão da primeira à última intervenção. Os achados do nosso estudo são semelhantes aos de Chunnua et al.¹³⁸, em que a abordagem de EM baseada na prática clínica levou à manutenção da adesão medicamentosa.

Lundahl et al. evidenciam que intervenções presenciais demonstram melhor relação provedor-paciente em comparação às intervenções por telefone, por criarem ambiente empático que facilita a obtenção de melhores resultados⁷⁹. Entretanto, no presente estudo, a intervenção por telefone mostrou resultados satisfatórios sobre a taxa de adesão medicamentosa. Tal efeito, muito provavelmente, ocorreu devido ao maior apoio ao paciente como resultado do contato mais frequente; o intervalo entre consultas no sistema de saúde público para este tipo de paciente varia de seis meses a um ano.

A respeito da abordagem de estratégia para seguimento da prescrição, destaca-se que alguns participantes do presente estudo mencionaram recorrer a estratégias, tais como orientações escritas, táticas e dispositivos para facilitar a organização e a memorização, bem como a adaptação ao horário do medicamento:

“Este mês eu consegui organizar melhor os medicamentos nas caixinhas demarcadas com os dias da semana”. (p.48)

“ Eu coloquei um lembrete na geladeira”. (p.48)

“Coloquei um alarme no celular para me ajudar lembrar dos horários dos remédios”. (p.48)

Essas narrativas permitem inferir que a intervenção breve foi útil em pacientes cardiopatas com baixa adesão medicamentosa, portanto, a EM pode ser fornecida em

breves sessões e cada tema de saúde pode ser discutido em uma ou mais sessões consecutivas. Durante as sessões, foram abordados comportamentos relacionados à saúde como uso regular de medicamentos, dieta saudável, controle do estresse, dúvidas sobre o dispositivo e outros fatores que têm papel importante no tratamento da IC e na adaptação ao DCEI, mas sempre de acordo com a vontade e ambivalência do paciente.

Os dados demonstrados por este estudo revelam a importância de proporcionar cuidado integral aos pacientes com IC e DCEI. Atenção especial deve ser dada aos grupos com maior chance de não adesão medicamentosa: pacientes com depressão, ansiedade, personalidade tipo D e comprometimento cognitivo. A compreensão desses fatores pode resultar em maior aceitação do tratamento e de intervenções apropriadas ao perfil do paciente.

Finalizando as considerações deste estudo, é essencial destacar que a vivência durante o período de execução, permite afirmar que a percepção da doença e transtornos de humor são variáveis modificáveis e intervenções que visem o melhor ajustamento psicológico devem ser consideradas para auxiliar o paciente a lidar melhor com a associação entre cardiopatia de base, dispositivo e tratamento medicamentoso. É fundamental focar o atendimento, escuta e intervenção, não só nas manifestações clínicas, mas também nas psicológicas. Por isso, a aliança com a equipe multiprofissional em saúde é essencial para o cuidado integral do paciente e o sucesso do tratamento médico.

6. Conclusões

Este estudo, realizado em pacientes com insuficiência cardíaca e dispositivo cardíaco eletrônico implantável assistidos em hospital terciário de atenção à Cardiologia, demonstrou que a maioria dos pacientes apresentaram adesão medicamentosa satisfatória.

A baixa adesão medicamentosa esteve associada a fatores clínicos (cardiopatia de base e tipo de medicamento), sociodemográficos (condição socioeconômica e gênero) e ao perfil psicológico (ansiedade, depressão, *distress* e personalidade tipo D). A ansiedade foi preditor independente de baixa adesão medicamentosa.

A entrevista motivacional melhorou a adesão medicamentosa nesta população.

Anexo A- Questionário de Percepção de Doenças Breve (B-IPQ)**Questionário de Percepção de Doenças Breve (B-IPQ)**

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou responsável pela minha saúde								Sou totalmente responsável pela minha saúde		

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

1. Quanto a doença afeta a sua vida?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta em nada a minha vida								afeta gravemente a minha vida		
2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nenhum controle						Tenho extremo controle				
3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não ajudará em nada								ajudará extremamente		
4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sinto nenhum sintoma						sinto muitos sintomas graves				

5. Quanto você está preocupado (a) com a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem um pouco preocupado(a)						extremamente preocupado				
6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não compreendo nada						compreendo muito claramente				
7. Quanto a sua doença o (a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afeta emocionalmente em nada						afeta-me muitíssimo emocionalmente				
8. Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar? Explique.										
9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:										

© All rights reserved. For permission to use the scale please contact: lizbroadbent@clear.net.nz
 Translation by Graziela Souza Nogueira, Universidade de Brasília.

Muito obrigada por sua colaboração!

Anexo B- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Iniciais:		Data:	
Este questionário ajudará seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.			
Marque apenas uma resposta para cada pergunta.			
A- Eu me sinto tenso ou contraído:			
<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [3]	<input type="checkbox"/> (...) Boa parte do tempo [2]	<input type="checkbox"/> De vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> (...) Nunca [0]
D- Eu sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes [3]	<input type="checkbox"/> (...) Não tanto quanto antes [2]	<input type="checkbox"/> Só um pouco [1]	<input type="checkbox"/> (...) Já não sinto prazer em nada [0]
A- Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
<input type="checkbox"/> Sim, e de um jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> (...) Sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> (...) Não sinto nada disso [0]
D- Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
<input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes [3]	<input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos [2]	<input type="checkbox"/> Atualmente bem menos [1]	<input type="checkbox"/> Não consigo mais [0]
A- Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [3]	<input type="checkbox"/> Boa parte do tempo [2]	<input type="checkbox"/> De vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> Raramente [0]
D- Eu me sinto alegre:			
<input type="checkbox"/> Nunca [3]	<input type="checkbox"/> Poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> Muitas vezes [1]	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo [0]
A- Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre [3]	<input type="checkbox"/> Muitas vezes [2]	<input type="checkbox"/> Poucas vezes [1]	<input type="checkbox"/> Nunca [0]
D- Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:			
<input type="checkbox"/> Quase sempre [3]	<input type="checkbox"/> Muitas vezes [2]	<input type="checkbox"/> De vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> Nunca [0]
A- Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga e um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> Nunca [3]	<input type="checkbox"/> De vez em quando [2]	<input type="checkbox"/> Muitas vezes [1]	<input type="checkbox"/> Quase sempre [0]

D-Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> Completamente [3]	<input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como eu deveria [2]	<input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes [0]
A-Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> Sim, demais [3]	<input type="checkbox"/> Bastante [2]	<input type="checkbox"/> Um pouco [1]	<input type="checkbox"/> Não me sinto assim [0]
D-Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:			
<input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes [3]	<input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes [2]	<input type="checkbox"/> Bem menos do que antes [1]	<input type="checkbox"/> Quase nunca [0]
A-De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> A quase todo momento [3]	<input type="checkbox"/> Várias vezes [2]	<input type="checkbox"/> De vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> Não sinto isso [0]
D-Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> Quase sempre [3]	<input type="checkbox"/> Várias vezes [2]	<input type="checkbox"/> Poucas vezes [1]	<input type="checkbox"/> Quase nunca [0]

Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, J. R. C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 355-63.

Anexo C- Escala de personalidade tipo D (DS-14)

Nome: _____ Idade: _____ Registro

Sexo: _____ Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Religião:

DS-14

Abaixo estão descritas algumas afirmações que as pessoas frequentemente usam podem usar para descrever a si próprias. Por favor, leia cada uma delas e faça um círculo no número que melhor indicar sua resposta em cada afirmação. Não existem respostas certas ou erradas. É importante que você seja o mais sincero possível das suas respostas.

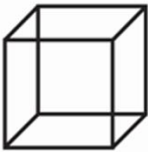
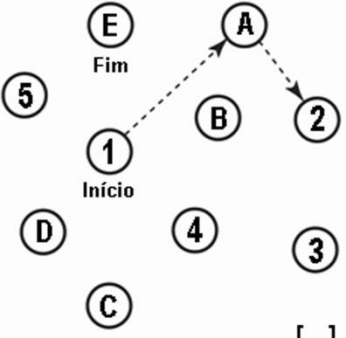
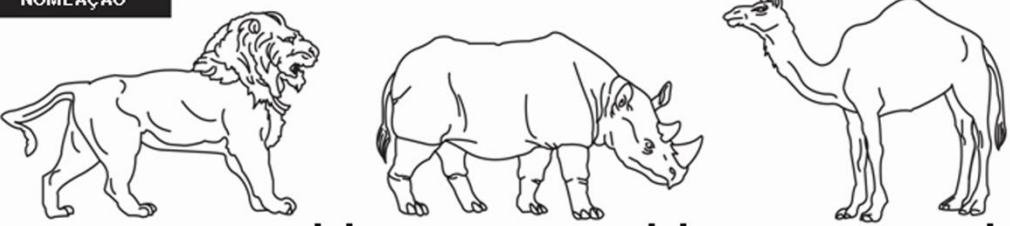
0 = NUNCA	1 = RARAMENTE	2 = NEUTRO	3 = MUITAS VEZES	4 = SEMPRE	
Relaciono-me facilmente com as pessoas	0	1	2	3	4
Frequentemente faço de pequenas coisas grandes problemas	0	1	2	3	4
Falo frequentemente com estranhos	0	1	2	3	4
Sinto-me frequentemente infeliz	0	1	2	3	4
Estou frequentemente irritado	0	1	2	3	4
Fico frequentemente inibido em relações sociais	0	1	2	3	4
Tenho uma visão negativa das coisas	0	1	2	3	4
Tenho dificuldade em iniciar uma conversa	0	1	2	3	4
Estou frequentemente de mau humor	0	1	2	3	4
Sou uma pessoa fechada	0	1	2	3	4
Prefiro manter as outras pessoas à distância	0	1	2	3	4
Preocupo-me facilmente com as coisas	0	1	2	3	4
Sinto-me frequentemente triste	0	1	2	3	4
Quando estou em situações sociais, não acho as palavras certas para falar	0	1	2	3	4

Copyright © 2005, J. Denollet, © 2005, American Psychosomatic Society, USA. Reproduction of this questionnaire or any portion thereof by any process without written permission is prohibited

Anexo D- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 Versão Experimental Brasileira

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
 Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		 Copiar o cubo [] [] []					Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)	Pontos
 [] [] []		[] [] [] [] [] Contorno Números Ponteiros					_/5	
NOMEAÇÃO		 [] [] []					_/3	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação	
		1ª tentativa						
		2ª tentativa						
ATENÇÃO	Leia a sequência de números (1 número por segundo)	O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [] 7 4 2					_/2	
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							_/1	
Subtração de 7 começando pelo 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto							_/3	
LINGUAGEM	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. []	O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. []					_/2	
Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)							_/1	
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [] trem - bicicleta [] relógio - régua						_/2	
EVOCAÇÃO TARDIA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
OPCIONAL	Pista de categoria Pista de múltipla escolha	[]	[]	[]	[]	[]		
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade						_/6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)						TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade _____/30		

Anexo E- Escala de adesão à medicação de Morisky Adaptada (MMAS-8)

Tabela 1: Escala de Adesão à Medicação de Morisky Adaptada.	
Item	
1.	Você às vezes se esquece de tomar os seus remédios?
2.	Nas últimas 2 semanas, você deixou de tomar os seus remédios algum dia?
3.	Alguma vez você parou de tomar os remédios sem falar com o médico por se sentir pior ao tomá-los?
4.	Quando você sai de casa ou viaja, você às vezes se esquece de levar os seus remédios?
5.	Você tomou os remédios ontem?
6.	Quando você sente a sua doença está controlada, você às vezes para de tomar os remédios?
7.	Em algum momento você se sente cansado por ser obrigado a tomar os remédios?
8.	É frequente você ter dificuldades para lembrar-se de tomar os remédios?

Morisky, D. E., Ang, A., & Krousel-Wood, M. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 10(5), 348–354.

Anexo F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:.....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº: APTO:
-
- BAIRRO:..... CIDADE:
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL:
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** “O impacto de intervenção psicossocial para melhorar a adesão medicamentosa nos pacientes com risco elevado para fibrilação atrial”
2. **PESQUISADOR PRINCIPAL: MARTINO MARTINELLI FILHO**
CARGO/FUNÇÃO: MÉDICO SUPERVISOR INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 27.133
UNIDADE DO HCFMUSP: UNIDADE CLÍNICA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL
PESQUISADORA EXECUTANTE: LÍVIA XAVIER SOARES FARAH
UNIDADE DO HCFMUSP: UNIDADE CLÍNICA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL
3. **AValiação DO RISCO DA PESQUISA:**
RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO (X) RISCO MAIOR
4. **DURAÇÃO DA PESQUISA:** 4 anos.

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desse estudo por ter um problema cardíaco e ser portador de um dispositivo cardíaco eletrônico implantável (DCEI) há mais de 6 meses. O estudo pretende obter informações sobre como o senhor (a) está tomando seus remédios e saber se uma orientação psicológica (entrevista motivacional) pode ajudar a melhorar a maneira de utilizá-los.

Se o senhor (a) concordar em participar do estudo é importante que o senhor (a) saiba que o senhor não terá que vir ao hospital mais vezes do que já faz na sua rotina de consultas. Apenas o senhor precisará ficar cerca de 30 minutos a mais conosco para ser entrevistado. Nesta entrevista queremos saber mais sobre uma série de situações do dia a dia que influem no seu modo de pensar, de fazer as coisas e de conviver com a família, com colegas de trabalho e com amigos (relações psicossociais). Na entrevista, também vamos perguntar sobre como o senhor (a) está tomando seus remédios.

Depois de conhecer essas suas características, vamos fazer um sorteio para escolher se o senhor (a) vai receber entrevista motivacional ou não.

Qualquer que seja o resultado desse sorteio, o senhor (a) não vai sofrer qualquer risco adicional para sua saúde. Por outro lado, tomando corretamente ou melhorando a maneira de tomar remédios, o senhor(a) poderá ter o benefício de melhorar de sintomas como cansaço, tonturas, desmaios, inchaço e diminuir ou eliminar a necessidade de internações no hospital.

Se o senhor(a) não quiser participar do estudo não tem problema, mas é importante que saiba que não há outras alternativas mais vantajosas.

Em qualquer etapa do estudo, senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. **Martino Martinelli Filho**, e a executante do projeto é a pesquisadora Lívia Xavier Soares Farah, e ambos podem ser encontrados no endereço Av. Dr. Enéas De Carvalho Aguiar, 44; telefone (11) 2661-5516. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa– Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Todos os pacientes incluídos têm o direito de serem atualizados sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados obtidos por esse estudo serão utilizadas apenas para esta pesquisa

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O impacto de intervenção psicossocial para melhorar a adesão medicamentosa nos pacientes com risco elevado para fibrilação atrial”. Eu discuti com o Prof. Dr. Martino Martinelli Filho e com a pesquisadora executante Livia Xavier Soares Farah sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos ou semianalfabetos.

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável

Data ____/____/____

Anexo G- Entrevista Motivacional – Presencial

Abordagem inicial:

- Como você se sente em relação à doença?
- Frequentemente as pessoas têm dificuldade em tomar suas medicações, por uma razão ou outra. Como tem sido para você?
- Você não tem vontade de tomar alguns dos remédios receitados? Quais? Por quê?
- O que o/a preocupa mais em relação aos remédios?
- Tem alguma coisa que você queira me perguntar?

Adaptado de Rollnick, S., Miller, W. R & Butler, C. C. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: The Guilford Press 2009.

Anexo H- Entrevista Motivacional – Primeira ligação

Abordagem inicial:

- Como você se sente no momento sobre seus cuidados diários?
- Qual mudança você gostaria de fazer?

Prós e contras:

- Pouco importante;
- Moderadamente importante;
- Muito importante.

Anexo I - Entrevista Motivacional – Segunda ligação

Plano de mudança:

- As mudanças que quero fazer são:
- As razões são:
- Os passos que planejo para realizar a mudança são:
- Outras pessoas que podem me ajudar:
- Algo que possa interferir em meus planos:
- Saberei que meu plano está funcionando se:

Anexo I - Entrevista Motivacional – Terceira ligação

Feedback:

- Explorar o positivo- O que deu certo?
- Áreas de melhoria: Como você pensa sobre como foi a sua rotina com a medicação? O que você acha que pode ser feito da próxima vez?
- Reflexões pessoais: Qual foi o seu principal aprendizado?

8. Referências Bibliográficas

1. Organization. WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action . . World Health Organization. 2003.
2. Bennett SJ, Hays LM, Embree JL, Arnould M. Heart Messages: a tailored message intervention for improving heart failure outcomes. *J Cardiovasc Nurs*. Jul 2000;14(4):94-105. doi:10.1097/00005082-200007000-00007
3. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. Nov 1995;333(18):1190-5. doi:10.1056/NEJM199511023331806
4. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001 Sep-Oct 2001;30(5):351-9. doi:10.1067/mhl.2001.118611
5. Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001 Jul-Aug 2001;30(4):294-301. doi:10.1067/mhl.2001.116011
6. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. Jun 2003;5(3):363-70. doi:10.1016/s1388-9842(02)00253-2
7. Association. AH. Heart disease and stroke statistics—2004 update. . Dallas, Texas: American Heart Association. Heart Disease and Stroke . 2005.
8. Albuquerque DC. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*2015. p. 433-442.
9. Khatib R. Diuretics in heart failure part 1: Pharmacology and mechanisms. . *British Journal of Cardiac Nursing*2008. p. 3 (7), 310-314. .
10. Bocchi EA, Marcondes-Braga, F. G., Bacal, F., Ferraz, A. S., Albuquerque, D., & Rodrigues, D. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. . *Arquivos brasileiros de Cardiologia*. 2012. p. 1-33. .
11. Anter E, Jessup M, Callans DJ. Atrial fibrillation and heart failure: treatment considerations for a dual epidemic. *Circulation*. May 2009;119(18):2516-25. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.821306
12. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA*. Mar 1994;271(11):840-4.
13. Rassi S, Barretto, A. C. P., Porto, C. C., Pereira, C. R., Calaça, B. W., & Rassi, D. C. Sobrevida e fatores prognósticos na insuficiência cardíaca sistólica com início recente dos sintomas. . *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*2005. p. 309-313
14. dos Santos EB, Salles, A. L. F., Tavares, L. R., Lima, M. V., dos Santos, W. B., da Silva, G. P., ... & Mesquita, E. T. Características clínicas e demográficas e perfil terapêutico de pacientes hospitalizados com fibrilação atrial: Estudo EPIFA. *Rev SOCERJ*2009. p. 9-14.
15. Santos EB SA, Tavares LR, Lima MV, Santos WB, Silva G, et al. Características clínicas e demográficas e perfil terapêutico de pacientes hospitalizados com fibrilação atrial: Estudo EPIFA. . *Rev SOCERJ*.
16. Kantor PF, Loughheed J, Dancea A, et al. Presentation, diagnosis, and medical management of heart failure in children: Canadian Cardiovascular Society guidelines. *Can J Cardiol*. Dec 2013;29(12):1535-52. doi:10.1016/j.cjca.2013.08.008
17. Korte T, Jung W, Ostermann G, et al. Hospital readmission after transvenous cardioverter/defibrillator implantation; a single centre study. *Eur Heart J*. Jul 2000;21(14):1186-91. doi:10.1053/euhj.1999.2044

18. Larsen GK, Evans J, Lambert WE, Chen Y, Raitt MH. Shocks burden and increased mortality in implantable cardioverter-defibrillator patients. *Heart Rhythm*. Dec 2011;8(12):1881-6. doi:10.1016/j.hrthm.2011.07.036
19. Pedersen SS, den Broek KC, Theuns DA, et al. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *Int J Cardiol*. Mar 2011;147(3):420-3. doi:10.1016/j.ijcard.2009.09.549
20. Gehi AK, Mehta D, Gomes JA. Evaluation and management of patients after implantable cardioverter-defibrillator shock. *JAMA*. Dec 2006;296(23):2839-47. doi:10.1001/jama.296.23.2839
21. Setoguchi S, Choudhry NK, Levin R, Shrank WH, Winkelmayr WC. Temporal trends in adherence to cardiovascular medications in elderly patients after hospitalization for heart failure. *Clin Pharmacol Ther*. Oct 2010;88(4):548-54. doi:10.1038/clpt.2010.139
22. Shah BR, DerSarkissian M, Tsintzos SI, et al. Adherence to heart failure management medications following cardiac resynchronization therapy. *Curr Med Res Opin*. Feb 2020;36(2):199-207. doi:10.1080/03007995.2019.1670474
23. Martinelli Filho M, & Zimmerman, L. I. Diretrizes brasileiras de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI). . Arquivos brasileiros de cardiologia. São Paulo. 2007. p. 210-237 . .
24. Powell LH, Calvin JE, Richardson D, et al. Self-management counseling in patients with heart failure: the heart failure adherence and retention randomized behavioral trial. *JAMA*. Sep 2010;304(12):1331-8. doi:10.1001/jama.2010.1362
25. Evangelista LS, Dracup K. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000;15(3):97-103. doi:10.1111/j.1751-7117.2000.tb00212.x
26. Farrell K, Shen BJ, Mallon S, Penedo FJ, Antoni MH. Utility of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic to predict medication adherence in patients diagnosed with heart failure. *J Clin Psychol Med Settings*. Mar 2011;18(1):1-12. doi:10.1007/s10880-010-9217-0
27. Olivella Fernández M, Patricia Bonilla, C., & Bastidas, C. V. Fomento del autocuidado en la insuficiencia cardíaca. . Enfermería Global2012.
28. Whellan DJ, Gaulten L, Gattis WA, et al. The benefit of implementing a heart failure disease management program. *Arch Intern Med*. Oct 2001;161(18):2223-8. doi:10.1001/archinte.161.18.2223
29. Riegel B, Carlson B, Glaser D, Hoagland P. Which patients with heart failure respond best to multidisciplinary disease management? *J Card Fail*. Dec 2000;6(4):290-9. doi:10.1054/jcaf.2000.19226
30. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. Jan 2002;39(1):83-9. doi:10.1016/s0735-1097(01)01699-0
31. van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Eur J Heart Fail*. Jan 2005;7(1):5-17. doi:10.1016/j.ejheart.2004.04.007
32. Granger BB, Ekman I, Hernandez AF, et al. Results of the Chronic Heart Failure Intervention to Improve MEdication Adherence study: A randomized intervention in high-risk patients. *Am Heart J*. Apr 2015;169(4):539-48. doi:10.1016/j.ahj.2015.01.006
33. Botega NJ, Pondé, M. P., Medeiros, P., Lima, M. G., & Guerreiro, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. . *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* . 1998.

34. Castillo ARG, Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. Transtornos de ansiedad. . *Brazilian Journal of Psychiatry* 2000. p. 22 , 20-23.
35. Alhurani AS, Dekker RL, Abed MA, et al. The association of co-morbid symptoms of depression and anxiety with all-cause mortality and cardiac rehospitalization in patients with heart failure. *Psychosomatics*. 2015 Jul-Aug 2015;56(4):371-80. doi:10.1016/j.psym.2014.05.022
36. Mendes AMDOC, & Eufrásio, M. D. L. P. Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência* 2013. p. 29-35.
37. Falk K, Patel H, Swedberg K, Ekman I. Fatigue in patients with chronic heart failure - a burden associated with emotional and symptom distress. *Eur J Cardiovasc Nurs*. Jun 2009;8(2):91-6. doi:10.1016/j.ejcnurse.2008.07.002
38. Perlman LV, Ferguson S, Bergum K, Isenberg EL, Hammarsten JF. Precipitation of congestive heart failure: social and emotional factors. *Ann Intern Med*. Jul 1971;75(1):1-7. doi:10.7326/0003-4819-75-1-1
39. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull*. May 2004;130(3):355-91. doi:10.1037/0033-2909.130.3.355
40. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. Jan 1998;338(3):171-9. doi:10.1056/NEJM199801153380307
41. Rose MI. Type A behaviour pattern: a concept revisited. *CMAJ*. Feb 1987;136(4):345-50.
42. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM*. May 2005;98(5):323-9. doi:10.1093/qjmed/hci064
43. Temoshok L, Heller BW, Sagebiel RW, et al. The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *J Psychosom Res*. 1985;29(2):139-53. doi:10.1016/0022-3999(85)90035-2
44. Torres Mariño ÁM. Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. . *Universitas psychologica*2006. p. 563-574. .
45. Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *J Abnorm Psychol*. Feb 1994;103(1):18-31.
46. Mommersteeg PM, Pot I, Aarnoudse W, Denollet J, Widdershoven JW. Type D personality and patient-perceived health in nonsignificant coronary artery disease: the TWestedden mild STenosis (TWIST) study. *Qual Life Res*. Oct 2013;22(8):2041-50. doi:10.1007/s11136-012-0340-2
47. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med*. 2005 Jan-Feb 2005;67(1):89-97. doi:10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
48. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull*. Nov 1984;96(3):465-90.
49. Dresch V. Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación . . Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. 2007.
50. Pedersen SS, van den Broek KC, Erdman RA, Jordaens L, Theuns DA. Pre-implantation implantable cardioverter defibrillator concerns and Type D personality increase the risk of mortality in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Europace*. Oct 2010;12(10):1446-52. doi:10.1093/europace/euq296
51. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Hendriks EH, Winter JB, Denollet J. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health

- status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* Aug 2005;12(4):341-6. doi:10.1097/01.hjr.0000173107.76109.6c
52. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* Sep 2008;10(9):922-30. doi:10.1016/j.ejheart.2008.07.010
53. Pelle AJ, Pedersen SS, Szabó BM, Denollet J. Beyond Type D personality: reduced positive affect (anhedonia) predicts impaired health status in chronic heart failure. *Qual Life Res.* Aug 2009;18(6):689-98. doi:10.1007/s11136-009-9485-z
54. Michal M, Wiltink J, Grande G, Beutel ME, Brähler E. Type D personality is independently associated with major psychosocial stressors and increased health care utilization in the general population. *J Affect Disord.* Nov 2011;134(1-3):396-403. doi:10.1016/j.jad.2011.05.033
55. Martens EJ, Mols F, Burg MM, Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J Clin Psychiatry.* Jun 2010;71(6):778-83. doi:10.4088/JCP.08m04765blu
56. Schiffer AA, Smith OR, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol.* Jul 2010;142(3):230-5. doi:10.1016/j.ijcard.2008.12.090
57. Mols F, Denollet J. Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 Jan-Feb 2010;32(1):66-72. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.09.010
58. Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes.* Jan 2010;8:9. doi:10.1186/1477-7525-8-9
59. Pedersen SS, Herrmann-Lingen C, de Jonge P, Scherer M. Type D personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York Heart Association functional class. *J Behav Med.* Feb 2010;33(1):72-80. doi:10.1007/s10865-009-9236-1
60. Williams L, O'Connor RC, Grubb N, O'Carroll R. Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychol Health.* Jun 2011;26(6):703-12. doi:10.1080/08870446.2010.488265
61. Molloy GJ, Randall G, Wikman A, Perkins-Porras L, Messerli-Bürge N, Steptoe A. Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. *Psychosom Med.* Jan 2012;74(1):100-6. doi:10.1097/PSY.0b013e31823a5b2f
62. Urso Junior J. Stress e personalidade: overview e avaliação crítica de revisões sistemáticas sobre padrão comportamental tipo a e personalidade tipo d com desfechos coronarianos (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 2011.
63. Wu JR, Moser DK. Type D personality predicts poor medication adherence in patients with heart failure in the USA. *Int J Behav Med.* 2014;21(5):833-42. doi:10.1007/s12529-013-9366-2
64. Cannon JA, Moffitt P, Perez-Moreno AC, et al. Cognitive Impairment and Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Card Fail.* Jun 2017;23(6):464-475. doi:10.1016/j.cardfail.2017.04.007
65. Rochette AD, Spitznagel MB, Sweet LH, et al. Gender Differences in Cognitive Test Performance in Adults With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2017 May/Jun 2017;32(3):212-217. doi:10.1097/JCN.0000000000000330

66. Barker-Collo S, Feigin VL, Parag V, Lawes CM, Senior H. Auckland Stroke Outcomes Study. Part 2: Cognition and functional outcomes 5 years poststroke. *Neurology*. Nov 2010;75(18):1608-16. doi:10.1212/WNL.0b013e3181fb44c8
67. Harrington F, Saxby BK, McKeith IG, Wesnes K, Ford GA. Cognitive performance in hypertensive and normotensive older subjects. *Hypertension*. Dec 2000;36(6):1079-82. doi:10.1161/01.hyp.36.6.1079
68. Bennett SJ, Sauvé MJ. Cognitive deficits in patients with heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2003 Jul-Aug 2003;18(3):219-42. doi:10.1097/00005082-200307000-00007
69. Bauer LC, Johnson JK, Pozehl BJ. Cognition in heart failure: an overview of the concepts and their measures. *J Am Acad Nurse Pract*. Nov 2011;23(11):577-85. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00668.x
70. Abete P, Della-Morte D, Gargiulo G, et al. Cognitive impairment and cardiovascular diseases in the elderly. A heart-brain continuum hypothesis. *Ageing Res Rev*. Nov 2014;18:41-52. doi:10.1016/j.arr.2014.07.003
71. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *Eur J Heart Fail*. May 2010;12(5):508-15. doi:10.1093/eurjhf/hfq042
72. Collins C. Pathophysiology and classification of stroke. *Nurs Stand*. 2007 Mar 21-27 2007;21(28):35-9. doi:10.7748/ns2007.03.21.28.35.c4533
73. Kasner SE. Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol*. Jul 2006;5(7):603-12. doi:10.1016/S1474-4422(06)70495-1
74. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. . Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1983. p. 147-172.
75. Rollnick S, & Miller, W. R. What is motivational interviewing? Behavioural and cognitive Psychotherapy 1995. p. 325-334
76. Miller WR. Rediscovering fire: small interventions, large effects. *Psychol Addict Behav*. Mar 2000;14(1):6-18.
77. W M. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 2012.
78. Andretta I ME, Kuhn RP, Rigon M. A Entrevista Motivacional no Brasil: Uma Revisão Sistemática. Mudanças - Psicol da Saúde 2014.
79. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. Nov 2013;93(2):157-68. doi:10.1016/j.pec.2013.07.012
80. Rinfret S, Rodés-Cabau J, Bagur R, et al. Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. *Heart*. Apr 2013;99(8):562-9. doi:10.1136/heartjnl-2012-303004
81. Grancelli H, Varini S, Ferrante D, et al. Randomized Trial of Telephone Intervention in Chronic Heart Failure (DIAL): study design and preliminary observations. *J Card Fail*. Jun 2003;9(3):172-9. doi:10.1054/jcaf.2003.33
82. van Dalem J, Krass I, Aslani P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. *Int J Clin Pharm*. Apr 2012;34(2):295-311. doi:10.1007/s11096-012-9607-5
83. Nogueira GS. Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira. . 2012.
84. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. Jun 1983;67(6):361-70. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
85. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. Apr 2005;103(7):1494-502. doi:10.1002/cncr.20940

86. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. Apr 2005;53(4):695-9. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
87. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. May 2008;10(5):348-54. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
88. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. *Circ Heart Fail*. Jul 2008;1(2):115-24. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870
89. Oosterom-Calo R, van Ballegooijen AJ, Terwee CB, et al. Determinants of adherence to heart failure medication: a systematic literature review. *Heart Fail Rev*. Jul 2013;18(4):409-27. doi:10.1007/s10741-012-9321-3
90. Andrews AM, Russell CL, Cheng AL. Medication Adherence Interventions for Older Adults With Heart Failure: A Systematic Review. *J Gerontol Nurs*. Oct 2017;43(10):37-45. doi:10.3928/00989134-20170523-01
91. Iwanga, S.K., Iemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. . 1991.
92. Rollnick S, Miller, W. R., & Butler, C. C. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Artmed Editora.; 2009.
93. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. Sep 2002;40(9):794-811. doi:10.1097/00005650-200209000-00009
94. Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care*. Jul 2004;42(7):649-52. doi:10.1097/01.mlr.0000129496.05898.02
95. Hawkshead J, & Krousel-Wood, M. A. Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings.: *Disease Management & Health Outcomes*; 2007.
96. Shah D SK, Barksdale D, Wu J. Improving medication adherence of patients with chronic heart failure: challenges and solutions. *Research Reports in Clinical Cardiology*2015.
97. Mickelson RS, Holden RJ. Medication management strategies used by older adults with heart failure: A systems-based analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 06 2018;17(5):418-428. doi:10.1177/1474515117730704
98. Tedla YG, Bautista LE. Factors associated with false-positive self-reported adherence to antihypertensive drugs. *J Hum Hypertens*. 05 2017;31(5):320-326. doi:10.1038/jhh.2016.80
99. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018 Jul/Aug 2018;26(4):175-184. doi:10.1097/HRP.000000000000162
100. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol*. Oct 2006;48(8):1527-37. doi:10.1016/j.jacc.2006.06.055
101. Vongmany J, Hickman LD, Lewis J, Newton PJ, Phillips JL. Anxiety in chronic heart failure and the risk of increased hospitalisations and mortality: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 12 2016;15(7):478-485. doi:10.1177/1474515116635923

102. Jacoby RJ, Abramowitz JS, Buck BE, Fabricant LE. How is the Beads Task related to intolerance of uncertainty in anxiety disorders? *J Anxiety Disord.* Aug 2014;28(6):495-503. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.005
103. Vytal K, Cornwell B, Arkin N, Grillon C. Describing the interplay between anxiety and cognition: from impaired performance under low cognitive load to reduced anxiety under high load. *Psychophysiology.* Jun 2012;49(6):842-52. doi:10.1111/j.1469-8986.2012.01358.x
104. Coyne JC, Jaarsma T, Luttik ML, van Sonderen E, van Veldhuisen DJ, Sanderman R. Lack of prognostic value of type D personality for mortality in a large sample of heart failure patients. *Psychosom Med.* Sep 2011;73(7):557-62. doi:10.1097/PSY.0b013e318227ac75
105. Kupper N, Pedersen SS, Höfer S, Saner H, Oldridge N, Denollet J. Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: a study from the International HeartQoL Project. *Int J Cardiol.* Jun 2013;166(2):327-33. doi:10.1016/j.ijcard.2011.10.084
106. Sears SF, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of icd patients. *Heart.* May 2002;87(5):488-93. doi:10.1136/heart.87.5.488
107. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens.* Sep 2004;18(9):607-13. doi:10.1038/sj.jhh.1001721
108. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs.* Aug 2009;18(15):2234-44. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x
109. Simpson RJ. Challenges for improving medication adherence. *JAMA.* Dec 2006;296(21):2614-6. doi:10.1001/jama.296.21.jed60074
110. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse.* Oct 2008;28(5):54-64; quiz 65.
111. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail.* Sep 2008;14(7):603-14. doi:10.1016/j.cardfail.2008.02.011
112. Davidson JR, Zhang W, Connor KM, et al. A psychopharmacological treatment algorithm for generalised anxiety disorder (GAD). *J Psychopharmacol.* Jan 2010;24(1):3-26. doi:10.1177/0269881108096505
113. Silva CP, Bacal, F., Pires, P. V., Mangini, S., Issa, V. S., Moreira, S. F. A., ... & Bocchi, E. A. Perfil do tratamento da insuficiência cardíaca na era dos betabloqueadores. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*2007. p. 475-479.
114. Rich MW. Heart failure in the oldest patients: the impact of comorbid conditions. *Am J Geriatr Cardiol.* 2005 May-Jun 2005;14(3):134-41. doi:10.1111/j.1076-7460.2005.03890.x
115. Granger BB, Ekman I, Granger CB, et al. Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *Eur J Heart Fail.* Nov 2009;11(11):1092-8. doi:10.1093/eurjhf/hfp142
116. Ruf V, Stewart S, Pretorius S, et al. Medication adherence, self-care behaviour and knowledge on heart failure in urban South Africa: the Heart of Soweto study. *Cardiovasc J Afr.* 2010 Mar-Apr 2010;21(2):86-92.
117. Rocha CH, Oliveira, A. P. S. D., Ferreira, C., Faggiani, F. T., Schroeter, G., Souza, A. C. A. D., ... & Werlang, M. C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*2008. p. 703-710

118. Shalansky SJ, Levy AR, Ignaszewski AP. Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother*. Sep 2004;38(9):1363-8. doi:10.1345/aph.1E071
119. Ekman I, Andersson G, Boman K, et al. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five-year randomised trial. *Patient Educ Couns*. Jun 2006;61(3):348-53. doi:10.1016/j.pec.2005.04.005
120. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. Feb 2006;27(4):434-40. doi:10.1093/eurheartj/ehi603
121. Simpson SH, Farris KB, Johnson JA, Tsuyuki RT. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy*. Jul 2000;20(7):823-9. doi:10.1592/phco.20.9.823.35205
122. Conti JB, Sears SF. Cardiac resynchronization therapy: can we make our heart failure patients smarter? *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2007;118:153-64.
123. da Silva MP, Rivetti LA, Mathias LA, Cagno G, Matsui C. Impact of induced cardiac arrest on cognitive function after implantation of a cardioverter-defibrillator. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009 Jan-Feb 2009;59(1):37-45. doi:10.1590/s0034-70942009000100006
124. Fowler NR, Johnson KG, Li J, et al. Use of cardiac implantable electronic devices in older adults with cognitive impairment. *JAMA Intern Med*. Sep 2014;174(9):1514-6. doi:10.1001/jamainternmed.2014.3450
125. Gribbin GM, Gallagher P, Young AH, et al. The effect of pacemaker mode on cognitive function. *Heart*. Sep 2005;91(9):1209-10. doi:10.1136/hrt.2003.030247
126. Koide H, Kobayashi S, Kitani M, Tsunematsu T, Nakazawa Y. Improvement of cerebral blood flow and cognitive function following pacemaker implantation in patients with bradycardia. *Gerontology*. 1994;40(5):279-85. doi:10.1159/000213597
127. Alosco ML, Spitznagel MB, Cohen R, et al. Reduced cerebral perfusion predicts greater depressive symptoms and cognitive dysfunction at a 1-year follow-up in patients with heart failure. *Int J Geriatr Psychiatry*. Apr 2014;29(4):428-36. doi:10.1002/gps.4023
128. Bressler J, Knopman DS, Sharrett AR, et al. Incident Heart Failure and Cognitive Decline: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *J Card Fail*. Jan 2017;23(1):47-55. doi:10.1016/j.cardfail.2016.11.002
129. Kure CE, Rosenfeldt FL, Scholey AB, et al. Relationships Among Cognitive Function and Cerebral Blood Flow, Oxidative Stress, and Inflammation in Older Heart Failure Patients. *J Card Fail*. Jul 2016;22(7):548-59. doi:10.1016/j.cardfail.2016.03.006
130. Lima-Costa MF, Castro-Costa E, Uchôa E, et al. A population-based study of the association between *Trypanosoma cruzi* infection and cognitive impairment in old age (the Bambuí Study). *Neuroepidemiology*. 2009;32(2):122-8. doi:10.1159/000182819
131. Mangone CA, Sica RE, Pereyra S, et al. Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. *Arq Neuropsiquiatr*. Jun 1994;52(2):200-3. doi:10.1590/s0004-282x1994000200008
132. Tsuyuki RT, McKelvie RS, Arnold JM, et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med*. Oct 2001;161(19):2337-42. doi:10.1001/archinte.161.19.2337
133. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Int J Nurs Stud*. Dec 2008;45(12):1807-15. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008

134. Whang W, Albert CM, Sears SF, et al. Depression as a predictor for appropriate shocks among patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the Triggers of Ventricular Arrhythmias (TOVA) study. *J Am Coll Cardiol*. Apr 2005;45(7):1090-5. doi:10.1016/j.jacc.2004.12.053
135. Vazquez LD, Conti JB, Sears SF. Female-specific education, management, and lifestyle enhancement for implantable cardioverter defibrillator patients: the FEMALE-ICD study. *Pacing Clin Electrophysiol*. Sep 2010;33(9):1131-40. doi:10.1111/j.1540-8159.2010.02787.x
136. Tavares NU, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GV, Mengue SS. [Factors associated with low adherence to medication in older adults]. *Rev Saude Publica*. Dec 2013;47(6):1092-101. doi:10.1590/s0034-8910.2013047004834
137. Ribeiro ALA, Gagliani ML. *Psicologia e Cardiologia: um desafio que deu certo*. Editora Atheneu; 2010.
138. Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Educ Couns*. May 2014;95(2):231-7. doi:10.1016/j.pec.2014.01.011