

Adesão ao tratamento de pacientes com fatores de risco cardiovascular em ambulatório da Zona Sul de São Paulo

Adherence to the treatment of patients with cardiovascular risk factors at the ambulatory of South Zone of São Paulo

Raphael Marion Pesinato¹, Gabriella Lucas Richards², Flavia Fernandes Cintra³, Adriana Fernanda Tamassia Roncoletta⁴

Recebido de Centro Universitário São Camilo.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: As doenças cardiovasculares são a causa isolada de morte mais comum no mundo desenvolvido e no Brasil. Desta forma, é necessário intervir em seus fatores de risco com uma modificação do estilo de vida e adesão ao tratamento. No entanto, estima-se que aproximadamente 85% dos pacientes não são aderentes em algum momento de sua doença. A proposta deste estudo consiste em identificar os principais motivos para essa não adesão nos pacientes do Ambulatório de Reabilitação do Centro Universitário São Camilo.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo observacional através de um questionário que aborda a presença de fatores de risco cardiovascular e motivos desencadeantes para uma dificuldade na adesão ao tratamento. Participaram 100 indivíduos, sendo que 44 homens e 56 mulheres, com idade média de 55,48 anos. Foi notada uma taxa de 82% de sedentarismo, 50% de hipertensos, 22% de diabéticos, 31% de dislipidêmicos, 9% de fumantes, 42% de obesos, 6% sem fator de risco e 12% com histórico de doença cardiovascular. **RESULTADOS:** No final, 15% dos pacientes eram aderentes ao tratamento proposto, com uma maior aderência ao tratamento da hipertensão arterial e uma menor a prática de exercícios físicos, sendo a mudança de estilo de vida, a dificuldade mais citada. **CONCLUSÕES:** Este estudo reafirma a baixa aderência dos pacientes ao tratamento das doenças cardiovasculares, especialmente na mudança da rotina, de modo

que o profissional da área da saúde tem papel fundamental no incremento da adesão, ao orientar corretamente o doente, tirando suas dúvidas e estreitando a relação médico-paciente.

Descritores: Doenças cardiovasculares; Cooperação do paciente; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; Relações médico-paciente

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Cardiovascular diseases are the most common single cause of death in the developed world and in Brazil. In this way, it's necessary a intervention on their risk factors with changes in life style and adherence to treatment. However it's estimated that around 85% of patients may not adhere to it at some point in their disease. The purpose of this study is to identify the main reasons for this non-adherence in patients attending the Rehabilitation Ambulatory of Centro Universitário São Camilo. **METHODS:** An observational study was carried out through a questionnaire that addresses the presence of cardiovascular risk factors and reasons for triggering a difficulty in adherence to the treatment. 100 people attended, of which 44 males and 56 females with age of 55,48 years. A rate of 82% of sedentary was noted, 50% hypertensive, 22% diabetic, 31% dyslipidemic, 9% smokers, 42% obese, 6% without risk factor and 12% with cardiovascular disease. **RESULTS:** Overall, 15% of the patients were adhering to the proposed treatment, with a greater adherence to the treatment of hypertension and a lower to the practice of physical exercises, and that the difficult to adhere to the treatment, the most cited were the ones. **CONCLUSIONS:** This study reaffirms the low adherence of patients to the cardiovascular diseases treatment, mainly on regarding life style changes, thus the health care professional has a fundamental role in the increase of adherence in order to correctly guide the ill patient, clarifying their doubts and building a doctor-patient relationship.

Keywords: Cardiovascular diseases; Patient compliance; Patient acceptance of health care; Physician-patient relations

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) acometem o coração e os vasos sanguíneos, segundo a Organização Mundial da Saúde

1. Hospital Municipal do Campo Limpo "Fernando Mauro Pires da Rocha". Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

3. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

4. Universidade de Santo Amaro. São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 31/03/2015 – Data de aceite: 06/04/2015

Conflito de interesse: nenhum.

Endereço para correspondência:

Raphael Marion Pesinato

Av. Nazaré, 1501 – Ipiranga

CEP 04620-012 – São Paulo, SP, Brasil

Cel.: (11) 98927-9511 – E-mail: marionpesinato@uol.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

(OMS). São elas: hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença aterosclerótica, insuficiência cardíaca, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congênita e cardiomiopatias⁽¹⁾.

As DCV são a causa isolada de morte mais comum no mundo desenvolvido; destes óbitos quase metade resulta diretamente de coronariopatia e mais de 20% de acidentes vasculares cerebrais⁽²⁾. Segundo a OMS, é estimado que 17,1 milhões de pessoas morrem por ano devido a essas moléstias⁽³⁾. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte não violentas, responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e a primeira causa de hospitalização no setor público⁽⁴⁾. Os fatores de risco para DCV envolvem: tabagismo, pressão arterial sistólica elevadas, níveis elevados de colesterol LDL, colesterol total elevado, diabetes, obesidade e sedentarismo⁽⁵⁾.

A adesão é um importante desafio para o sucesso do tratamento, porém estima-se que cerca de 85% dos pacientes podem ser não aderentes em algum momento, especialmente em doenças crônicas, acarretando graves consequências à eficácia terapêutica^(6,7). O conceito de adesão é muito variável, mas podemos defini-lo como a utilização de pelo menos 80% de medicamentos prescritos e outros procedimentos. Portanto, considera-se aderência quando a conduta do paciente em termos de tomar medicamentos, seguir dietas e executar mudanças de estilo de vida coincide com a prescrição clínica⁽⁶⁾.

A falta na adesão é considerada uma epidemia de graves consequências para os pacientes e cofres públicos; nos EUA estima-se que a não adesão gere um custo de 100 bilhões de dólares por ano⁽⁶⁾. Para os pacientes pós-infartados que não aderem ao seu tratamento adequadamente, por exemplo, a taxa de mortalidade é triplicada no primeiro ano após alta hospitalar⁽⁶⁾.

É importante salientar que em pacientes muito novos ou idosos a adesão está mais relacionada com o cuidador. Além disso, os pacientes geralmente não sabem o suficiente sobre a sua doença ou tratamento, e isso leva a uma baixa aderência. De todos estes fatores, o mais significativo é o baixo nível de conhecimento sobre a importância ao tratamento^(4,8). Quanto aos fatores relacionados à doença, em geral, eles não são tão determinantes na aderência ao tratamento. Observou-se que pacientes pouco sintomáticos e/ou portadores de doenças crônicas que necessitam de longo acompanhamento aderem menos ao tratamento. É o caso da hipertensão arterial, que, além de crônica, é uma doença essencialmente assintomática^(4,8).

O papel do médico é muito importante, pois é ele que estabelece o esquema terapêutico e o ajusta buscando a melhor aderência possível, sendo que quanto melhor a relação médico – paciente maior a aderência. A formação de uma equipe de saúde multiprofissional aumenta a adesão, pois o paciente recebe as mesmas informações de maneiras diferentes^(4,8). Também é importante abordar o paciente acerca de sua expectativa com o tratamento, efeitos benéficos e colaterais da terapêutica. Não deve-se esquecer de tentar entender como é a vida do paciente, esclarecer os benefícios do tratamento bem como a corresponsabilidade do paciente sobre os resultados⁽⁶⁾.

Apesar de bem estudada, não há recomendações com forte nível de evidência para se aumentar a adesão. Sabe-se que ações incrementares à adesão aumentam 4 a 11% da mesma, porém

não se sabe qual intervenção é melhor⁽⁷⁾. Além disso, ainda não existe um procedimento claro de medida para a avaliação da aderência na maioria das doenças⁽⁶⁾.

Na literatura, grande parte dos artigos são relatos de casos, gerando baixo grau de recomendação, provavelmente pela dificuldade de análise dos múltiplos fatores envolvidos e de identificação dos indivíduos não aderentes⁽⁶⁾.

O objetivo deste estudo consistiu em identificar os principais motivos para a não adesão ao tratamento nos pacientes frequentadores do Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Integração Social (Promove São Camilo), identificando também nesses pacientes quais os fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares.

MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, com parecer número 116/011, foi realizado um estudo observacional, com aplicação de um questionário nos pacientes frequentadores do Promove São Camilo.

Os pacientes foram questionados acerca da presença dos fatores de risco cardiovascular e motivos desencadeantes para uma dificuldade na adesão ao tratamento.

- População estudada: Os critérios de inclusão foram pacientes maiores de 18 anos frequentadores do Promove. Os critérios de exclusão foram indivíduos menores de 18 anos ou que não estivessem em seu perfeito estado mental que não poderiam responder por si de maneira fidedigna.
- Coleta de dados: Os pacientes foram orientados em relação ao objetivo do estudo e que sua identidade seria preservada. Juntamente com o questionário foi entregue para assinatura do paciente o termo de consentimento livre e esclarecido.

As medidas de pressão arterial realizadas conforme preconizado na VI Diretrizes de hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. A primeira medida foi descartada e a média das duas últimas será a Pressão Arterial (PA) real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentassem diferença maior que 4 mmHg, foram realizadas novas medidas até que se obtivessem medidas com diferença menor.

Após a coleta, todos os dados foram passados para uma tabela do software Excel para aplicação da análise estatística.

RESULTADOS

Ao todo foram aplicados 100 questionários nos frequentadores do Promove. Destes indivíduos, 44% eram do sexo masculino, 56% do sexo feminino e a idade variou de 18 a 85 anos, com média de 55,48 anos. Conforme a etnia, 76% eram brancos, 12% negros, 10% pardos e 2% amarelos.

Em relação aos hábitos que podem interferir nas doenças cardiovasculares (acompanhamento médico, acompanhamento nutricional, realização de atividade física e tabagismo), tivemos como resultado que 73% fazem acompanhamento médico com 4,04 consultas/ano em média, e 24% fazem acompanhamento nutricional com 4,08 consultas/ano em média. Quanto ao tabagismo, 62% não eram tabagistas, 9% eram fumantes e 29% afirmaram ter largado este hábito. A carga tabágica média dos

tabagistas e dos ex-tabagistas foi, respectivamente, de 41,4 e 33,3 anos/maço, sendo que os ex-tabagistas haviam parado de fumar há 197 meses em média.

Consideramos como não sedentários aqueles indivíduos que praticavam exercícios físicos pelo menos três vezes na semana. Desta forma, observou-se uma taxa de 82% de sedentarismo, sendo que 72% negaram qualquer prática de exercícios físicos e 10% afirmaram praticar apenas 1 a 2 vezes na semana. Na parcela que referiu ter este hábito, a média da periodicidade foi de 3,94 vezes por semana.

Metade dos pacientes referiu ser portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com o diagnóstico realizado há 178,18 meses em média. Destes, 96% faziam tratamento medicamentoso e 88% relataram estar com a pressão arterial (PA) controlada; porém ao aferirmos a PA, 58% dos hipertensos mostraram valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg. Dos pacientes que negaram este diagnóstico, 48% estavam com medidas de PA classificadas em algum grau de hipertensão no momento do exame. Os níveis tensionais dos participantes são demonstrados no quadro 1.

Dos entrevistados, 22% afirmaram possuir *diabetes melitus* e todos referiram fazer o tratamento medicamentoso, sendo que 82% faziam o uso somente de hipoglicemiantes orais, 14% faziam o uso isolado de insulina e 5% faziam o uso combinado. Nesta população, 41% monitorizavam sua glicemia capilar diariamente e 64% referiam estar com sua glicemia controlada de acordo com o dextro.

A incidência de dislipidemia na população estudada foi de 31%; destes, 45% faziam o tratamento medicamentoso.

Ao medirmos a circunferência abdominal dos examinados, observamos que 92,86% das mulheres apresentavam valores acima do recomendado, enquanto para os homens este risco foi encontrado em 68,18%

Quanto ao índice de massa corpórea (IMC), 1% dos pacientes encontrava-se com baixo peso, 17% com valores considerados normais, 40% estavam em sobrepeso, 26% foram classificadas como obesidade grau I, 9% em obesidade grau II e 7% com obesidade grau III.

Desta forma, considerando os fatores clássicos de risco cardiovascular, apenas 6% dos entrevistados não possuíam nenhum fator de risco. Nenhum destes indivíduos já havia apresentado algum evento cardiovascular como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE). A frequência dos fatores de risco cardiovascular encontrada na população estudada é demonstrada no gráfico 1.

Dos participantes 76% acreditavam que as DCV são doenças graves. Ao todo, 62% dos indivíduos relataram que já haviam

sido orientados sobre as doenças cardiovasculares por algum profissional da saúde, sendo que 19% dos pacientes tomavam os medicamentos apenas quando consideravam necessário.

Observou-se que 12% dos pacientes entrevistados já manifestaram alguma doença cardiovascular como IAM ou AVE; destes, 92% realizavam acompanhamento médico e 58% acompanhamento nutricional. A incidência dos fatores de risco cardiovascular nesta população específica foi de 75% de sedentarismo, 8% de tabagistas (sendo que 50% afirmaram serem ex-tabagistas), todos eram hipertensos e 100% realizava tratamento medicamentoso, mostrando PA de ótima a limítrofe ao exame físico em 42% dos casos; 67% eram diabéticos, sendo que 75% afirmavam glicemia controlada, 75% eram dislipidêmicos, realizando tratamento medicamentoso em 67% dos casos, e todos eram pacientes com IMC de sobrepeso a obesidade grau III ao exame físico. Destes indivíduos, 83% relataram já ter recebido informações sobre as doenças cardiovasculares e apenas 8% tomam medicamento somente quando julgam necessário.

Dentre os pacientes que já receberam explicações sobre as doenças cardiovasculares, tirando suas dúvidas e recebendo informações sobre seu tratamento e complicações, 76% realizavam acompanhamento médico. Em relação aos fatores de risco inerentes a estas doenças, foi encontrada uma taxa de 77,42% de sedentarismo, 23% de diabéticos, 58% de hipertensos com tratamento em 94% dos casos, sendo que 94% referiram estar com a PA controlada, porém ao exame físico 38,89% estavam com a PA mostrando valores de ótimo a limítrofe, e 53,8% dos que negaram HAS apresentaram PA >140/90mmHg. Foram encontrados 32% de dislipidêmicos com 50% fazendo uso de medicamentos, IMC de baixo peso ou normal em 22,58% dos entrevistados. Em relação ao tabagismo, 63% eram não tabagistas, 11% tabagistas e 26% já haviam largado este vício.

Observando apenas os pacientes que realizam acompanhamento médico, 59% eram mulheres e 32% procuram também acompanhamento nutricional. Foi relatado sedentarismo em 76,71% dos casos, tabagismo em 8% com incidência de ex-tabagistas de 33%, 63% de hipertensos com tratamento medicamentoso em 96% destes, e PA controlada referida em 89% dos casos, ao exame físico 45,65% estavam com PA variando de ótima a limítrofe, e dos não hipertensos 29,63% mostraram PA \geq 140/90mmHg. Além disso, 26% eram diabéticos, 38% possuíam dislipidemia, sendo que 43% estavam realizando tratamento medicamentoso, e 16% apresentavam IMC definido como baixo peso a normal.

Considerou-se aderência ao tratamento pacientes hipertensos que afirmaram realizar tratamento medicamentoso, portadores de Diabetes Mellitus (DM) que referiam estar com glicemia

Quadro 1. Pressão arterial (PA) aferida na população geral, nos hipertensos e nos que negavam apresentar hipertensão arterial sistêmica (HAS)

	PA ótima	PA normal	PA limítrofe	HAS estágio 1	HAS estágio 2	HAS estágio 3	HAS sistólica isolada
Geral	13%	26%	13%	15%	12%	7%	14%
Hipertensos	6%	10%	26%	12%	14%	10%	22%
Negavam hipertensão	20%	42%	0%	18%	10%	4%	6%

controlada, indivíduos que eram tabagistas e largaram o vício, não sedentários e entrevistados que realizavam tratamento medicamentoso para dislipidemia, caso a possuísem. Observou-se que apenas 15% aderiram ao tratamento, e a aderência ao tratamento de cada fator de risco foi em ordem crescente: 18% ao sedentarismo, 29% ao tabagismo, 45% a dislipidemia, 64% a DM e 96% a HAS (porém apenas 39,58% estavam com PA de ótima a limítrofe ao exame físico).

Observamos diferenças quanto ao perfil de pacientes dentro os aderentes e os não aderentes, demonstradas no gráfico 2.

Dos pontos que mais dificultavam a adesão, dieta, peso e atividade física foram os mais citados, conforme gráfico 3.

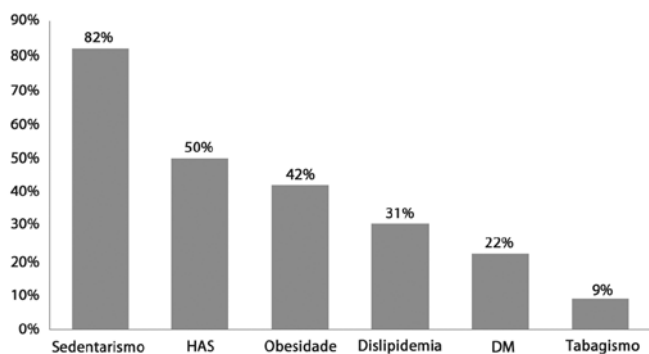


Gráfico 1. Incidência dos principais fatores de risco de DCV na população estudada.

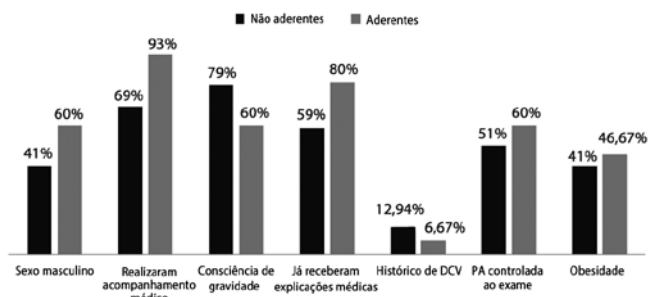


Gráfico 2. Perfil dos pacientes que aderem e dos que não aderem ao tratamento.

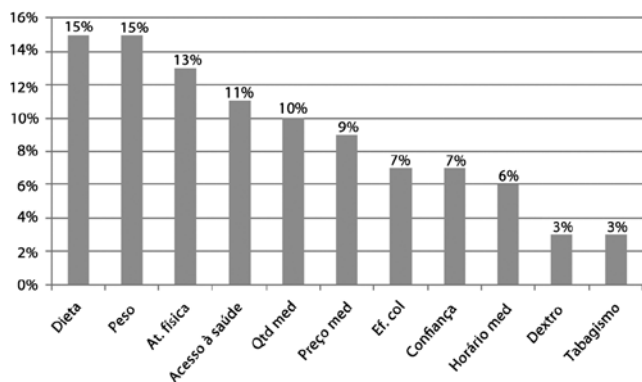


Gráfico 3. Pontos citados pelos pacientes como dificultosos para o tratamento.

DISCUSSÃO

Considerando os principais fatores de risco para as DCV, observamos que apenas uma minoria dos pacientes não possuía nenhum fator de risco, e destes, nenhum possuía histórico de doença cardiovascular maior (IAM ou AVE). Estes dados corroboram com os achados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, sobre a importância dos fatores de risco e sua enorme relação com a ocorrência das DCV na população em geral.

Analisando os pacientes que já sofreram algum evento cardiovascular, pudemos notar que a aderência ao tratamento nestes pacientes foi maior do que a encontrada em pacientes que negaram histórico para estas doenças. Além disso, a afirmação de acompanhamento médico e nutricional nestes pacientes foi superior e o relato de tomar medicamentos apenas quando julga necessário foi reduzido. A taxa de fatores de risco cardiovascular nesta população foi mais elevada, confirmando novamente a sua relação com as doenças cardiovasculares.

Entre os pacientes que já receberam explicações sobre as doenças cardiovasculares, notou-se um aumento na procura por acompanhamento médico, e nestes, percebemos uma elevação na busca por assistência nutricional e uma melhor aderência à terapêutica, sendo que ao exame físico uma maior parcela destes estava com a PA controlada. Também foi encontrado nesses pacientes um maior número de hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos, demonstrando que a presença destas doenças leva os indivíduos a procurar mais por auxílio médico.

Por outro lado, a taxa de indivíduos com IMC classificado de baixo peso a normal entre os pacientes que realizam acompanhamento médico foi inferior a dos pacientes que não o fazem, apontando que o acompanhamento médico não interferiu muito neste item. Podemos relacionar este dado com os pontos citados como de maior dificuldade de aderência que foram dieta, perda de peso e realização de atividade física.

De todas as dificuldades pontuadas na adesão ao tratamento, podemos dividi-las em dois grupos: os que englobam mudanças no estilo de vida e os que não estão relacionados com estes hábitos. Percebemos que os pontos mais citados foram justamente os que pedem modificações dos hábitos: dieta, perda de peso e atividade física. Muitos pacientes afirmaram sentir dores ao realizar atividade física, não possuir tempo, já se sentir saudáveis, dificuldades para largar o vício dentre outras. Desta forma, há a relação também com o fator de risco mais prevalente, que foi o sedentarismo aparecendo em 82% dos casos; e a obesidade, que foi prevalente em 42% dos pacientes, sendo que se levarmos em conta também pacientes em sobrepeso este valor sobe para 82%.

Outro item que envolve mudança de hábito é a cessação do tabagismo, porém nesta população em estudo foi o ponto menos citado, o que pode ser explicada pela baixa prevalência de fumantes. Além deste, também foram pouco citados a existência de efeitos colaterais, horário dos medicamentos e confiança nos profissionais de saúde. A Diretriz Brasileira de Adesão ao Tratamento Medicamentoso já havia publicado que embora importantes, a falta de confiança nos profissionais de saúde e presença de efeitos colaterais interferiam menos do que a dificuldade de mudança de hábitos.

Nosso estudo coincide com as principais publicações sobre adesão ao tratamento, que relatam que cerca de 85% dos pa-

cientes podem ser não aderentes em algum momento de sua doença. Encontramos uma taxa de aderência de apenas 15%, com uma menor aderência a prática de exercícios físicos e uma maior aderência ao tratamento da HAS.

Porém, apesar desta maior aderência à HAS referida pelos pacientes, pudemos observar que 38% dos entrevistados que negaram HAS estavam com PA $\geq 140/90$ mmHg no momento do exame, o que reforça a importância de um acompanhamento médico regular e diagnóstico precoce. Já nos pacientes portadores de HAS, 58% estavam com seus níveis pressóricos elevados, o que nos leva a pensar em HAS não controlada.

Quando separamos a população estudada em aderentes ou não, podemos notar que não basta apenas o paciente saber que as doenças cardiovasculares são graves, já que os que não aderiam ao tratamento tinham esta consciência em 79% dos casos (versus 60% nos aderentes); mas se faz necessário também um acompanhamento médico periódico (este ocorria em 93% nos que aderiam versus 69% nos não aderentes), e a explicação pelo médico sobre as DCV (80% já haviam recebido esta informação no grupo de aderentes versus 59% nos não aderentes), para desta forma elevar a taxa de aderência ao tratamento.

Observamos que os níveis pressóricos dentro dos limites de normalidade foram mais frequentemente encontrados nos aderentes ao tratamento, assim como nestes foi apontada uma frequência menor de doenças cardiovasculares (AVE e/ou IAM), demonstrando a importância da adesão ao tratamento. Em contrapartida houve uma maior incidência de indivíduos obesos no grupo de pacientes que aderem ao tratamento, o que pode ser explicado pela dificuldade explicitada pelos pacientes de se fazer dieta e realizar atividade física.

A Medicina encontrou saídas concretas para o diagnóstico das doenças crônicas, porém ainda não encontrou respostas objetivas para o manejo ideal destes pacientes: Como eu faço que o meu paciente modifique seu estilo de vida, aderir ao tratamento?

Diante destas dificuldades, um médico bem preparado nestes aspectos poderá fazer a diferença no controle das doenças crônicas, impactando na diminuição da mortalidade.

Convencer o paciente da importância da tomada de seus medicamentos é uma arte médica que não pode ser esquecida. Devemos conhecer o doente, sua história e seu contexto, para assim fazer uma prescrição individualizada baseada nas evidências e necessidades de cada indivíduo.

CONCLUSÃO

Com o nosso estudo, concluímos que apesar da grande incidência das doenças cardiovasculares na população, a adesão ao

tratamento dessas moléstias ainda é muito baixa. A correta aderência se faz necessária por acarretar menor incidência de DCV e maior domínio sobre os fatores de risco.

O profissional de saúde tem um papel importante neste evento, podendo aumentar a adesão através de uma melhor relação médico – paciente, explicando para o paciente sobre as DCV, tirando dúvidas, orientando sobre o esquema terapêutico, as consequências dessas doenças e a importância do correto tratamento, que deve ser inevitavelmente associado a mudanças no estilo de vida. É fundamental esta abordagem sobre os hábitos do paciente, já que estes fazem parte da terapêutica e persistem como os fatores mais dificultosos citados pelos pacientes para uma boa adesão. Pacientes que já tiveram DCV parecem se mostrar mais aderentes ao tratamento, porém a tentativa de chegar na melhor aderência possível deve acontecer principalmente antes da ocorrência destes eventos, a fim justamente de evitá-los.

Analisar as dificuldades em aderir ao tratamento é entrar no “mundo do paciente”, buscar entender suas dificuldades e soluções concretas para o melhor manejo de doenças crônicas, tendo em mente a sua importância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Strategic priorities of the WHO Cardiovascular Disease programme. Geneva: WHO; 2010.
2. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL. Tratado de doenças cardiovasculares. 8ª ed. São Paulo: Elsevier Brasil; 2006.
3. World Health Organization. CVD prevention and control: missed opportunities. Geneva: WHO; 2010.
4. Barreto SM, Passos VM, Cardoso AR, Costa MF. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade. Projeto Bambuí. Arq Bras Cardiol. 2003;81(6):549-55.
5. Machado RC, de Paula RB, Ezequiel DG, Chaoubach A, Costa MB. Risco cardiovascular na síndrome metabólica: estimativa por diferentes escores. Rev Bras Clin Med. 2010;8(3):198-204.
6. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Hansenologia. In: Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Aderência a Tratamento Medicamentoso. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2009. [citado 2011 Jul 21]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf
7. Lopes N, Zanini AC, Casella-Filho AC, Chagas AC. Metabolic syndrome patient compliance with drugs treatment. Clinics. 2008; 63(5):573-80.
8. Machado CA. Adesão ao tratamento - Tema cada vez mais atual. Rev Bras Hipertens. 2008;15(4):220-2-1.