

Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada

Adhesion to the treatment in systolic hypertension

Josiane Lima de Gusmão¹, Giordano Floripe Ginani², Giovanio Vieira da Silva³, Katia Coelho Ortega⁴, Décio Mion Jr.⁵

RESUMO

O arsenal terapêutico para doenças crônicas, como hipertensão arterial, recebe frequentemente novos medicamentos. Entretanto, mesmo com todo esse investimento, quem trata de pacientes com essas condições continua esbarrando em um problema secular, a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. Em relação à hipertensão arterial sistólica isolada garantir a adesão é ainda mais difícil, porque é condição relacionada à faixa etária mais avançada. Neste grupo de pacientes, vários fatores agem para levar a pior adesão, desde limitações do paciente, necessidade de cuidadores e prescrições com muitos itens. Abordar o tema adesão em pacientes com essas peculiaridades requer visão individualizada, mas multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão sistólica, adesão, tratamento.

ABSTRACT

New drugs frequently enlarge therapeutic arsenal for chronic illnesses as hypertension. Despite all this investment, who deals with patients with these conditions, continues with a secular problem, the lack of adhesion to prescription. With regard to the systolic hypertension, to guarantee the adhesion is still more difficult because this condition is far more common in elderly. In this group of patients some factors act to take to worse adhesion, since patient's limitations, caregivers' need and a great number of medications. To approach the adhesion in patients with these peculiarities requires a differentiated view, but multiprofessional.

KEYWORDS

Systolic hypertension, adherence, treatment.

INTRODUÇÃO

O arsenal terapêutico para doenças crônicas, como hipertensão arterial, recebe frequentemente novos medicamentos. Atualmente, não faltam ensaios clínicos que apresentam novas drogas ou esquemas de associação de outras já conhecidas^{1,2}. Entretanto, mesmo com todo esse investimento, quem trata de pacientes com essas condições continua esbarrando em um problema secular, a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não.

A hipertensão arterial possui evolução silenciosa e lenta e seu tratamento requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa. E, ainda, os desfechos prevenidos por esses cuidados são de longo prazo: lesão de órgãos-alvo e mortalidade.

Em relação à hipertensão arterial sistólica isolada o seguimento é ainda mais difícil, porque é condição relacionada à faixa etária mais avançada. Barbosa *et al.*³ mostraram frequência 11,6 vezes mais comum de hipertensão arterial sistólica isolada em

Recebido: 18/2/2009 Aceito: 19/3/2009

1 Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), professora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade de Guarulhos (UnG).

2 Residente da disciplina de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

3 Doutor em Nefrologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

4 Doutora em Nefrologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

5 Professor livre-docente, chefe da Unidade de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Correspondência para: deciomion@uol.com.br

indivíduos com mais de 70 anos que entre aqueles com menos de 40 anos. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial⁴⁻⁶ e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo. Assim, em estudo⁷ que avaliou pacientes acima de 65 anos, aqueles que apresentavam boa adesão ao esquema terapêutico tiveram risco menor de pressão arterial sistólica elevada. Por outro lado, os pacientes com vários anti-hipertensivos, adesão parcial ou não adesão estavam associados ao risco maior de pressão arterial sistólica não controlada (Figura 1).

Recentemente, foi publicada diretriz sobre adesão que pode ser consultada em <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG76/Guidance/pdf/English>.

DEFINIÇÃO DE ADESÃO

A definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente⁸⁻¹⁰. O grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento.

AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Existem várias estratégias para avaliar a adesão de um paciente já em tratamento, mas nenhum consenso. Os métodos podem ser indiretos, como contagem de comprimidos e relato do paciente, ou diretos, dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito da droga.

O relato do paciente é um dos métodos mais utilizados para avaliação da adesão, em razão de sua simplicidade e baixo custo.

Morisky *et al.*¹¹ criaram uma escala de autorrelato composta por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos diante da tomada de remédios, que têm se mostrado úteis para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. Essa escala foi traduzida para o português e validada por Strelec *et al.*¹², e tem sido bastante utilizada.

Prado Jr. *et al.*¹³ avaliaram quatro métodos indiretos para avaliação da adesão ao esquema terapêutico prescrito: a) conhecimento sobre os medicamentos prescritos; b) controle da pressão arterial; c) atitude em relação à ingestão dos medicamentos (teste de Morisky e Green); e d) autorrelato de adesão. Os autores encontraram que os melhores valores preditivos de adesão foram o controle da pressão arterial e a idade do paciente, ou seja, os pacientes acima de 60 anos tiveram mais de cinco vezes chance maior de adesão quando comparados aos indivíduos de 35 a 60 anos. Neste estudo, a não adesão foi associada, principalmente, aos efeitos colaterais dos medicamentos.

Em estudos clínicos, em que existem verbas destinadas exclusivamente para a avaliação da adesão, são utilizados recursos mais dispendiosos, como ofertar ao paciente, na consulta, os medicamentos previamente contados e acondicionados em caixa por farmacêutico, para posterior verificação do número usado ou a dosagem em sangue ou urina do medicamento.

Na prática clínica, deve-se utilizar estratégia mais simples. Reconhecer os efeitos fisiológicos, como bradicardia com beta-bloqueadores, ou efeitos colaterais, como edema de membros inferiores com anlodipino, ou aceitar o relato do paciente.

Nenhum desses métodos é 100% confiável, pois o paciente pode manipular o número de comprimidos, tomá-los apenas na época dos exames, relatar efeitos colaterais não atuais ou, deliberadamente, omitir eventuais "esquecimentos"¹⁴.

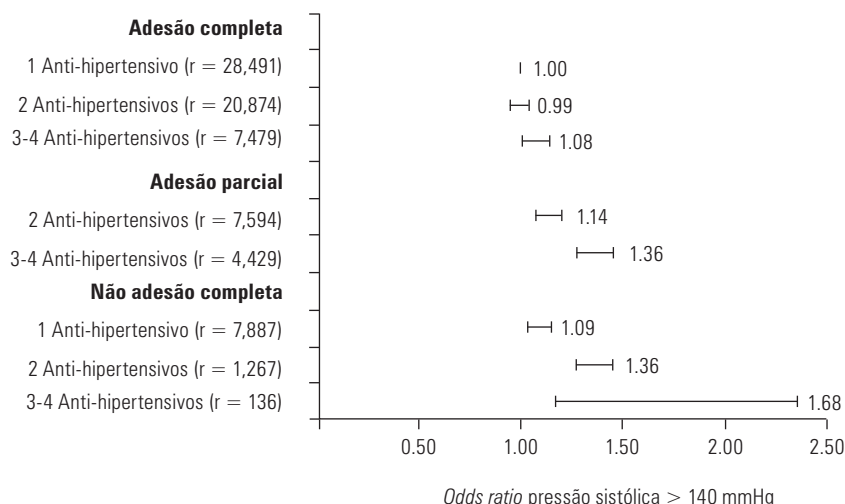


Figura 1. Associação entre adesão ao esquema terapêutico e controle da pressão arterial sistólica em pacientes acima de 65 anos⁵.

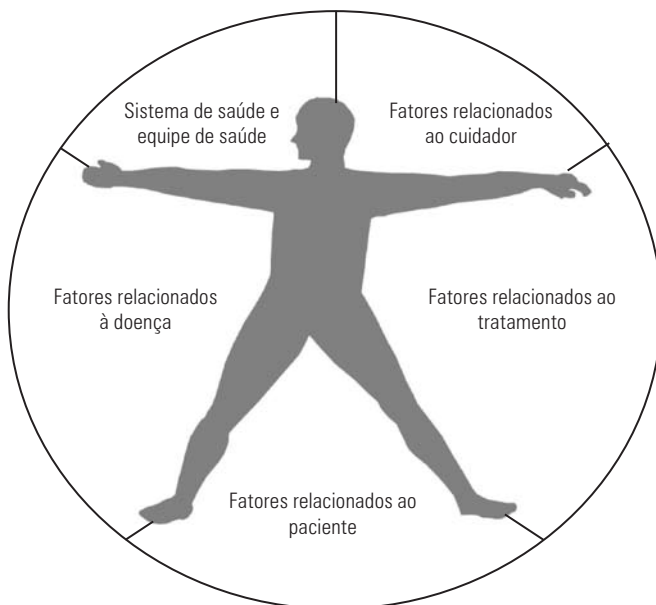
EVIDÊNCIAS

Existem várias estratégias de tratamento atuais para a hipertensão arterial e os mais variados consensos de especialidades sobre o tratamento dessa condição, mas em relação à adesão ainda existe campo aberto. Entretanto, o número de publicações é muito grande nessa área. Pesquisa realizada no PubMed em 10 de fevereiro de 2009 com os Mesh Terms, Patient Compliance e Hypertension/Therapy, em referência ao período de 2000 a 2009, encontrou cerca de 760 artigos tendo adesão como tema.

FATORES DE RISCO PARA A NÃO ADESÃO

De modo geral, com base em observação de grupos de pacientes com doenças crônicas, consegue-se identificar alguns fatores de risco que influenciam negativamente a adesão. Perceber isso dá ao médico e demais membros da equipe de saúde a oportunidade de intervir precocemente e criar estratégias alternativas mais cedo.

Os principais fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão relacionados a seguir e esquematizados na figura 2⁸:



Adherence to Long – Term Therapies: Evidence for Action.
Geneva: World Health Organization, 2003.

Figura 2. Fatores que interferem na adesão na hipertensão sistólica isolada (modificado da Organização Mundial da Saúde)¹³.

PACIENTE

Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais¹⁰.

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativamente na adesão.

Em relação às características biossociais, Pierin *et al.*⁴, em estudo para avaliar o perfil e o conhecimento de hipertensos sobre a doença, mostraram que homens jovens e não brancos foram associados com desconhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto maiores níveis de pressão arterial se associaram com pacientes acima de 60 anos, não casados, obesos, de baixa escolaridade e baixa renda. Entretanto, estudo de coorte realizado em Porto Alegre mostrou associação entre aumento da idade e maior probabilidade de seguimento¹⁵.

Yiannakopoulou *et al.*⁵ também verificaram que pessoas com menos de 60 anos, que moram em zona urbana e com melhor nível de escolaridade aderem melhor ao tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados por Ho *et al.*⁶ no que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso pós-infarto do miocárdio. Esses autores verificaram que os pacientes que menos aderiam ao tratamento tinham mais de 60 anos, não eram casados e tinham menor nível de escolaridade. Por outro lado, esses mesmos autores verificaram em estudo realizado com diabéticos que os pacientes que menos aderiram ao tratamento eram mais jovens e tinham menos comorbidades associadas quando comparados aos pacientes aderentes¹⁶.

Em relação à raça, Lessa e Fonseca¹⁷ detectaram adesão ao tratamento diferente entre negros (19,7%), pardos (33%) e brancos (53,6%).

Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar.

TRATAMENTO

Os principais fatores que afetam a adesão estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida⁸.

A adesão ao tratamento é melhor em indivíduos que nunca mudaram de esquema terapêutico e que tomam apenas um comprimido por dia⁵. Mion *et al.*¹⁸ verificaram em estudo realizado com 353 hipertensos que 56% tinham preferência por tratamento farmacológico, por via oral (84%), em comprimidos (60%),

uma vez ao dia (81%) e pela manhã (65%), aspectos esses que devem ser considerados na prescrição do tratamento.

Sabe-se que um dos maiores problemas no tratamento da hipertensão arterial é a falta do alívio de sintomas relacionados ao tratamento medicamentoso, uma vez que o objetivo principal é, geralmente, a mudança na história natural da doença. Dessa maneira, a melhora na qualidade de vida seria o motivo principal na demanda da atenção médica no cumprimento do tratamento e no grau de satisfação obtido.

A escolha do primeiro esquema anti-hipertensivo influencia a adesão, como foi demonstrado por Monane *et al.*¹⁹, com melhor adesão para aqueles medicamentos com melhor perfil de efeitos colaterais.

DOENÇA

A falta de sintomas na hipertensão arterial dificulta a sua valorização. Sua cronicidade, ausência de sintomas, bem como as complicações tardias, pioram a adesão.

Além disso, as comorbidades presentes e mais frequentes nessa população mais idosa acabam por dificultar algumas estratégias de tratamento (atividades aeróbicas com restrição de movimentos por osteoartrite, uso regular dos medicamentos com síndrome demencial – Alzheimer, vascular).

CUIDADOR

O comprometimento do cuidador, principalmente em pacientes idosos com várias comorbidades, pode influenciar a adesão ao tratamento: quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento. Além disso, o cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento e, assim, se sentir elemento ativo neste processo.

SISTEMA E EQUIPE DE SAÚDE

A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas. É na relação médico-paciente que se inicia a conquista da adesão. Boa medicina e boa relação médico-paciente não são intercambiáveis, mas precisam coexistir. Um bom relacionamento médico-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento²⁰.

O enfoque diferenciado da enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica. Os grandes sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentam-se em equipes multiprofissionais.

Aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição também podem prejudicar a adesão ao tratamento. Serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço

e distância, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento são os principais fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento⁹.

ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO

A boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial sistólica isolada (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar.

Instituir essa visão completa do tratamento na relação médico-paciente cabe a esse profissional, mas os melhores resultados em termos de adesão são conseguidos com equipes multiprofissionais. Isso ocorre, provavelmente, pela complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui doença crônica.

As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos) e, eventualmente, iniciá-la. Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes.

Para evidenciar esse aspecto, Gusmão²¹ avaliou o controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada, personalizada, acesso facilitado ao tratamento medicamentoso e reuniões periódicas. Após três anos do término do programa, observou-se que o controle da pressão arterial caiu significativamente nos pacientes complicados de 70% para 49% e nos não complicados de 78% para 50%. Os dados evidenciam a importância da equipe multidisciplinar em uma atuação individualizada, abrangente e contínua no tratamento de pacientes com hipertensão.

Existem várias estratégias para conseguir aumentar a adesão, mas todas partem da boa relação médico-paciente. Para conseguir isso, é necessário:

- convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial sistólica isolada;
- esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios;
- detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa);

- d) escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso;
- e) explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão;
- f) estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento;
- g) planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros);
- h) não esquecer que apesar de o tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão;
- i) a monitoração do tratamento, quer seja com consultas mais frequentes no início do tratamento quer seja com contato telefônico, também é boa estratégia.

É fato que contatos telefônicos ativos com pacientes melhora a adesão ao tratamento, uma vez que se torna possível fazer orientação e esclarecimento de dúvidas²². Usando essa estratégia, vários estudos têm indicado aumento da adesão ao tratamento, maior porcentagem de controle da pressão arterial²²⁻²⁴ e redução da mortalidade^{6,16,25}.

Outra estratégia que parece melhorar a adesão ao tratamento é o uso da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Em metanálise realizada por Cappuccio *et al.*²⁶, verificou-se que indivíduos submetidos a essa intervenção apresentaram aumento significativo no controle da hipertensão, com redução média de 4,2 mmHg e 2,4 mmHg nas pressões sistólica e diastólica, respectivamente. Motivos para explicar essa observação não faltam: o efeito do tratamento de doenças crônicas, como a hipertensão, a obesidade e o diabetes, pode ser grandemente amplificado com a automonitorização dos alvos terapêuticos pelo próprio paciente. O fato de envolver o paciente no seu próprio cuidado, como medir a pressão arterial em casa, aumenta consideravelmente as oportunidades de adesão à terapia.

CONCLUSÃO

A adesão é um problema sério em doenças crônicas. E ainda há espaço para mais estudos nesta área. Em relação à hipertensão arterial sistólica isolada, isso é amplificado pela faixa etária habitual dos pacientes, em que há necessidade da intervenção, frequente, de um cuidador.

A atuação em equipe e que acolha esse eventual cuidador é a melhor estratégia para aumentar a adesão e tentar atingir as metas de tratamento, com vistas na redução da morbimortalidade dessa condição.

REFERÊNCIAS

1. Strasser RH, Puig JG, Farsang C, Croket M, Li J, van Ingen H. A comparison of the tolerability of the direct renin inhibitor aliskiren and lisinopril in patients with severe hypertension. *J Hum Hypertens*. 2007;21:780-7.
2. Ramos Villamil A, Chrysant SG, Calhoun D, Schoeber B, Hsu H, Matrisciano-Dimichino L, Zhang J. Renin inhibition with aliskiren provides additive antihypertensive efficacy when used in combination with hydrochlorothiazide. *J Hypertens*. 2007;25:217-26.
3. Barbosa PJ, Lessa I, Almeida Filho N, Magalhães L, Araújo MJ. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13:111-6.
4. Pierin AMG, Mion D Jr, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35:11-8.
5. Yiannakopoulou ECh, Papadopoulos JS, Cokkinos DV, Mountokalakis TD. Adherence to treatment antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005;12:243-9.
6. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, *et al.* Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2006;166:1842-7.
7. Fung V, Huang J, Brand R, Newhouse JP, Hsu J. Hypertension treatment in a medicare population: adherence and systolic blood pressure control. *Clin Ther*. 2007;29:972-84.
8. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.
9. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97.
10. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion D Jr. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73.
12. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion D Jr. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81:343-8.
13. Prado JC Jr, Kupek E, Mion D Jr. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Human Hypertens*. 2007;21:579-84.
14. Balkrishnan R. The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care*. 2005;43:517-20.
15. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2001;76:349-56.
16. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, *et al.* Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with Diabetes Mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166:1836-41.
17. Lessa I, Fonseca J. Raça e aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 1997;68:443-9.
18. Mion D Jr, Pierin AMG, Ignez E, Ballas D, Marcondes M. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *J Bras Nefrol*. 1995;17:229-36.
19. Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance results from a population-based study in the elderly. *Am J Hypertens*. 1997;10(7 Pt 1):697-704.
20. Rose LE. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *J Advan Nurs*. 2000;32:587-94.
21. Gusmão JL. Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
22. Márquez CE, Vegazo GO, Claros NM, *et al.* Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. *Blood Press*. 2005;14:151-8.

23. Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, *et al.* Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Educ Couns.* 2008;70:338-47.
24. Rudd P, Miller NH, Kaufman J, *et al.* Nurse management for hypertension. *Am J Hypertens.* 2004;17:921-7.
25. Wu JYF, Leung WYS, Chang S, *et al.* Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ.* 2006;333:522.
26. Cappuccio FP, Derry SM, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2004;329:145.