

Adesão ao tratamento: o papel do médico

Augusto Rocha

Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp

Quando falamos de adesão ao tratamento da hipertensão arterial, a primeira idéia que vem à nossa mente é a de que o paciente tome o medicamento prescrito conforme a orientação do médico. Esperamos que, com essa atitude, o paciente obtenha o controle dos níveis pressóricos de maneira satisfatória.

A prática clínica tem mostrado que nós, médicos, temos sido bastante ineficazes em conseguir tal intuito. Os dados dos Estados Unidos publicados pelo *NHANES* são presença obrigatória quando se aborda o tema “adesão ao tratamento” e revela exatamente o tamanho do nosso desafio. Sua mais recente atualização, publicada no *JOINT VII*, demonstrou que apenas 34% dos pacientes hipertensos tinham sua pressão arterial controlada. Vale lembrar que se utilizou um nível de corte para pressão arterial normal de 140/90 mmHg para considerar o paciente controlado e não foram avaliadas situações especiais, em que os níveis pressóricos devem ser inferiores a 140/90 mmHg, como, por exemplo, nos diabéticos e nos pacientes com déficit da função renal. Também devemos considerar que, com a nova classificação do *JOINT VII*, o nível de normotensão é de 120/80 mmHg, o que tornaria o percentual de controle pior ainda do que o verificado.

Quando falamos da realidade brasileira, não existem estatísticas em

âmbito nacional, mas, se compararmos as condições socioeconômicas e o grau de organização dos serviços de saúde dos Estados Unidos com o Brasil, podemos presumir que seguramente o percentual de controle da pressão arterial em nosso país é inferior aos dados citados anteriormente.

Outro aspecto muito importante que quase sempre é esquecido quando se fala em adesão ao tratamento são as medidas não-farmacológicas que, no meu entender, apresentam estatísticas ainda piores, haja vista o alto índice de sedentarismo, de consumo de tabaco, o aumento da obesidade na população geral e conseqüente elevação do número de pessoas diabéticas do tipo 2.

Se nós como médicos falharmos quanto à adesão do paciente ao tratamento farmacológico, falar sobre adesão ao tratamento não-farmacológico torna-se tarefa no mínimo embaraçosa tal é o grau de insucesso experimentado na prática.

Os argumentos para que o paciente não siga corretamente o tratamento da hipertensão arterial são inúmeros e geralmente de conhecimento por parte dos médicos. Podemos citar, entre eles, o fato de a hipertensão arterial ser uma doença, na grande maioria dos casos, assintomática, o que diminui a percepção do paciente da necessidade de se tratar. Os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos anti-

hipertensivos, tais como edema de membros inferiores, tosse e disfunção erétil entre outros, também contribuem para diminuir a adesão.

Contudo a cada nova geração de medicamentos no mercado há uma preocupação enorme com uma baixa incidência desses efeitos colaterais a ponto de alguns medicamentos terem índice de efeito colateral igual ao placebo e com uma grande eficácia no controle dos níveis pressóricos. A indústria farmacêutica sabe que hoje um medicamento anti-hipertensivo não pode apenas abaixar a pressão, ele tem que abaixar a pressão e não provocar reações adversas no paciente. E mais, ainda deve ser de fácil posologia, de preferência de tomada única diária, de preço acessível, não provocar interações medicamentosas e não aumentar a incidência de comorbidades como o diabetes e a dislipidemia. Drogas com essas características já estão disponíveis e, não obstante, a realidade é aquela que já mencionamos.

Mas se até o placebo causa reações adversas e se nós admitimos que estas reações não podem ser creditadas a um processo químico, é preciso considerar a presença de outros fatores, que comumente não são abordados, como os responsáveis pelos efeitos adversos. Se esses fatores são os responsáveis no caso do placebo, por que não também serem os res-

ponsáveis por alguns dos efeitos colaterais dos fármacos anti-hipertensivos? Como consequência temos muitos pacientes que deixam de tomar um medicamento por supostos efeitos adversos que absolutamente não estão relacionados ao princípio ativo da droga.

Por fim, para agravar ainda mais a situação, estamos começando a entrar em uma nova fase pautada pela medicina baseada em evidência, em que tratar pessoas que possuam determinadas características, com intuito preventivo, trouxe benefícios inequívocos. Os estudos *HOPE*, *PROGRESS* e *HPS* mostram isso em relação à pressão arterial e ao nível de colesterol. Pois bem, se fazer com que um indivíduo sabidamente hipertenso tome adequadamente seu medicamento já é difícil, imaginem fazer um indivíduo não-hipertenso tomar um medicamento a fim de preveni-lo de uma possível doença. Os estudos estão aí para mostrar essa nova tendência, que na atual conjuntura é como dar o segundo passo sem antes dar o primeiro.

O que fazer?

Diante desse cenário, o que poderia ser feito para uma melhora na adesão ao tratamento? A resposta não é simples e mais difícil ainda é a realização das soluções encontradas. No meu entender é necessário desenvolver ações de caráter geral visando fortalecer uma política de educação à classe médica, por meio das sociedades relacionadas ao tema, criando um programa específico de conscientização da importância da adesão ao tratamento.

Alguns tópicos que devem ser abordados por esse programa:

a) Divulgação mais ampla de métodos que sabidamente aumentem a adesão por parte do paciente e consequentemente o controle da pressão

arterial; por exemplo, um estudo revela que o fator preditor mais importante para a adesão de longo prazo é conseguir a adesão do paciente no primeiro mês de tratamento; medicamentos de tomada única diária têm maior adesão do que aqueles de várias tomadas ao dia.

b) Tentar ampliar experiências de sucesso como as ligas de hipertensão que mostram um resultado melhor na adesão e no controle do paciente hipertenso, mas são quase que restritas a ambientes universitários e não há uma política clara para que essa experiência seja ampliada aos diversos níveis de atendimento.

c) Campanhas educativas levando até o médico conhecimento científico e informações para que ele possa aprimorar sua prática, tratando melhor seus pacientes, quer com o uso mais adequado dos medicamentos ou controlando a pressão em níveis realmente satisfatórios no caso de o indivíduo pertencer a grupos especiais como os diabéticos ou idosos.

d) Enfatizar a importância do apoio da família no tratamento ao hipertenso, criando maneiras de integrar a família com o paciente e o médico.

As colaborações para o programa podem ser inúmeras, mas é imprescindível, para a viabilização do programa, um profundo apoio das sociedades e das pessoas formadoras de opinião.

Agora especificamente em relação ao papel individual do médico, deixando de lado a parte meramente científica e passando para uma análise mais integral, creio que o paciente só vai aumentar a adesão ao tratamento quando o médico mudar a sua postura de médico.

Tudo o que foi mencionado até então fica pequeno se não houver por parte dos profissionais de saúde uma mudança na sua filosofia de tratamento. Está claro que não basta o ato de prescrever um medicamento para

que o paciente o use. Há que haver um convencimento da necessidade do uso do remédio e é exatamente aí que o médico erra.

A formação do profissional de saúde faz com que ele naturalmente tente por meio de argumentos científicos convencer o paciente. Porém, frases como “se você não tomar este remédio, você pode ter um derrame”, quando embasadas cientificamente, não produzem o efeito necessário.

As decisões na vida de um ser humano, na maioria das vezes, não usam o lado científico como balizador e sim o lado emocional que nos remete às experiências práticas da vida. Então, a figura de uma doença extremamente incapacitante e potencialmente letal como o AVC, tal como nós médicos a conhecemos, não tem a devida dimensão na mente do paciente, pois muitas vezes o AVC não remete o paciente a nenhuma experiência prática de vida. A falta de um argumento emocional prepondera sobre as razões e impede que as informações médicas sobre o AVC sejam motivo suficiente para tomar corretamente as medicações. Mas, indagado a respeito, este paciente seguramente responderá que ele tomaria um remédio que prevenisse essa doença, mesmo não o fazendo. É preciso que de alguma forma a situação do paciente adquira para si um “sentido emocional” e modifique a sua percepção sobre a necessidade do tratamento de modo que ele siga as recomendações médicas adequadamente.

Há quem afirme que a única coisa que realmente motiva o ser humano é o medo. Também há quem diga que dentro de nós existe um certo sentido de onipotência de que as coisas ruins não acontecem conosco e sempre com os outros. Em nosso caso, se o sentido de onipotência sobrepujar o medo, nós novamente não alcançaríamos nosso objetivo. Não se trata de provocar medo indevido, mas de auxiliar o

paciente a enfrentar os riscos da doença, pois sabemos que a atitude deste negando os riscos impede o devido cuidado com sua saúde.

Mas o medo de que algo ruim possa acontecer com as pessoas queridas pode ser muito maior do que o próprio medo de que algo aconteça com você mesmo. Na tentativa de diminuir o consumo de tabaco, uma propaganda que mostre um túmulo com uma criança sozinha a seu lado falando que seu pai morreu porque fumava teria muito mais impacto do que outra propaganda que mostre uma pessoa em estágio terminal alertando que o fumo causa câncer de pulmão.

Em absoluto estou insinuando ou aconselhando para que os médicos fiquem espalhando o terror entre seus pacientes, falando que seus filhos e suas esposas e maridos ficarão órfãos, viúvas e viúvos. Mas acredito que simplesmente adverti-lo de que a doença não controlada pode incapacitá-lo ou mesmo levar à morte não vai aumentar a adesão ao tratamento. Tampouco estou sugerindo que não se explique detalhadamente aos pacientes as possíveis conseqüências da patologia, mas muitas vezes não basta a informação para que o paciente se comporte coerentemente e as advertências

nas propagandas de cigarro estão aí para mostrar isso. Não conheço ninguém que tenha deixado de fumar porque viu na embalagem do cigarro que o mesmo faz mal a saúde.

Talvez a melhor forma de abordar o paciente hipertenso para que ele siga corretamente o tratamento seja por meio de uma relação médico-paciente na qual se estabeleça um vínculo consistente entre as partes. É obrigação do médico que cuida do hipertenso fazer com que a experiência do paciente de ir ao consultório seja satisfatória e de alguma forma agradável.

Se um paciente hipertenso vai ao consultório médico em média quatro vezes ao ano e estas idas ao consultório não lhe causam um mínimo de conforto e bem-estar, dificilmente um bom vínculo entre as partes se formará e a adesão ao tratamento estará condenada. Quando eu falo em conforto e bem-estar, refiro-me a coisas simples como ouvir o paciente, mostrar-se preocupado ou até mesmo dizer um simples elogio. Porém, para criar um vínculo consistente, de confiança, não basta ouvir o paciente, é preciso ter interesse genuíno na pessoa dele. Alguns chamariam isso de marketing de relacionamento, mas não é. Isso

faz parte do “ser” médico e resgata um pouco do papel simbólico que era conferido ao médico e que se perdeu ao longo do tempo, em função dos avanços tecnológicos e da perda de vínculo entre médico e paciente.

O médico que prescreve um medicamento acredita que este vai ajudar o paciente a viver melhor, porém, o ato médico não se encerra na prescrição. Ao longo do contato entre os dois é preciso que o médico dê sinais claros de que está preocupado em ajudá-lo. Se o paciente não perceber isso, ele não acreditará na receita aviada e não tomará o medicamento. Por outro lado, a ação integral do médico vai permitir ao paciente o reconhecimento de que sua vida pode se modificar para melhor e favorecer a adesão ao tratamento.

Para finalizar, fazendo uma analogia, digo que a adesão ao tratamento é mais ou menos como o manual de instrução de um equipamento, todo mundo reconhece a importância, mas poucos dão a devida atenção. Há um vasto campo a ser abordado pelos médicos relativos a esse assunto, mas insisto que qualquer resultado significativo só virá depois de uma mudança muito profunda nos conceitos médicos em relação ao tema “adesão”.

Leitura recomendada

1. Dunbar-Jacob J et al. Can Poor Adherence Be Improved? *Annals of Behavioral Medicine* 1995;17.
2. Nagy VT, Wolf GR. Cognitive Predictors of Compliance in Chronic Disease Patients. *Med Care* 1984; 22:912-21.
3. VII Joint National Committee, *JAMA* 2003;28.
4. Alves, R. O retorno e terno. Campinas: Papirus, 1996.