

Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Studies Models of compliance with antihypertensive therapeutic regimens

Paulo César B. Veiga Jardim¹, Thiago de Souza Veiga Jardim¹

RESUMO

A falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial é o maior desafio para todos os que trabalham e investigam esta área. Aumenta os custos e os riscos de eventos cardiovasculares em consequência do controle inadequado da pressão, provocado por esta prática. Diversas teorias que procuravam explicar e orientar formas de abordagem, para se obter o comprometimento dos pacientes com doenças crônicas com seu próprio cuidado, passaram então a ser investigadas com entusiasmo, sem entretanto, conseguir uma explicação que atendesse à maioria das situações e que justificasse a baixa adesão ao tratamento. O modelo "educacional", "de crença na saúde", "de estímulo às emoções", "comportamental", "de auto-regulação", cada um de acordo com suas óticas conseguiram explicar, apenas parcialmente, as causas da não-aderência. No conjunto, os estudos de não observância ao tratamento anti-hipertensivo diferenciam-se por abordar os diferentes fatores que determinam esse comportamento: o paciente, a doença, o tratamento e a relação profissional de saúde-paciente. Até hoje, apesar de todas as tentativas, não foi encontrada uma causa ou causas definitivas e uma solução para este problema. Há forte indicativo de que a relação médico-paciente possa ser o elemento chave no enfrentamento desta dificuldade, que quando resolvida, sem dúvida, trará grande contribuição para o melhor controle da HA e consequente diminuição da morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVE

Adesão ao tratamento, estudos de adesão, tratamento anti-hipertensivo.

ABSTRACT

The lack of compliance to hypertensive treatment is the major challenge for all professionals who work and investigate this area. Raises costs and cardiovascular risks because of the poor control of blood pressure (BP). Many theories willing to explain and guide forms to commit the patient with a chronic disease with his own care, were developed with enthusiasm, without otherwise being able to explain most of the situations and justify the low compliance to treatment. The "educational", "believe in health", "stimulus to emotion", "behavioral" and "self-regulation" models, each one with its particular point of view explained partially the causes of non compliance. The studies of abandon hypertensive treatment are different for dealing with various factors that lead to a non compliance behavior: the patient, the disease, the treatment and the relation health care provider-patient. Until now, despite all the attempts, final explanations and solutions to this problem were not found. There are strong data showing that the relation among doctor and patient might be the key element in facing this problem, that when solved will come up with a better control in BP levels and a lower cardiovascular morbidity and mortality.

KEY WORDS

Compliance to treatment, studies of compliance, adherence.

A não-aderência ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos que atuam nessa área. Gera custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas em todo o mundo, que acabam aumentando a morbimortalidade conseqüente a essa síndrome¹⁻⁴.

Pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlados.

Pela importância do tema, inúmeras teorias que estudam a adesão ao tratamento foram desenvolvidas ao longo do tempo. Foram hipóteses desde as mais complexas até as mais simples, sem entretanto, terem sido encontrados, até o momento, os fatores que diferenciam o comportamento dos indivíduos, tornando-os mais ou menos fiéis às prescrições, medicamentosas ou não.

Modelos iniciais tentaram relacionar a adesão a algumas características pessoais e/ou sociodemográficas dos indivíduos, como sexo, idade, estado civil, nível socioeconômico e religião².

Tentou-se ainda avaliar condições particulares dos serviços de saúde que dificultavam o atendimento (difícil acesso, demora no atendimento, prescrições complicadas etc.)².

Nos primeiros modelos, não se conseguiu correlacionar de forma efetiva variáveis sociodemográficas e adesão ao tratamento.

Alguns aspectos do atendimento, como a facilitação do mesmo e a simplificação dos regimes terapêuticos traduziram-se em melhor adesão, sem, no entanto, conseguir justificar completamente os casos em que havia falta de seguimento ao tratamento^{5,6}.

Teorias que procuravam explicar e orientar formas de abordagem para se obter o comprometimento dos pacientes com doenças crônicas passaram então a ser investigadas sistematicamente⁷.

O modelo educacional, usando o princípio de que o compromisso é resultado do conhecimento e do nível de informação que o indivíduo tem sobre sua doença e tratamento, buscou mostrar que os submetidos a esta intervenção apresentavam comportamento mais responsivo e constante ao tratamento anti-hipertensivo⁸. Sacket e Haynes questionam esta teoria, demonstrando que a informação não determina maior comprometimento de pacientes hipertensos⁶. Outros autores afirmam que esta explicação simplista servia apenas para tratamentos de curto prazo, mas não para doenças que exigiam continuidade no controle⁹⁻¹¹.

O chamado "modelo de crença na saúde" surgiu diante da comprovação de que há resistência nos indivíduos em aceitar a prevenção de doenças ou programas de detecção precoces de afecções assintomáticas.

Nesse modelo, a percepção do paciente determina seu comportamento⁸.

Por ser a hipertensão arterial uma doença com sinais e sintomas obscuros e, muitas vezes ausentes, a informação

da equipe de saúde passa a ser fundamental. Conscientizar o paciente sobre a seriedade da doença e os benefícios do tratamento é prioritário. Os estudos desse modelo mostram alguma efetividade em ações preventivas e outras de curto prazo. Não atendem, entretanto, às necessidades de longo prazo de doenças crônicas como a hipertensão¹².

Os "modelos de estímulo às emoções" procuram despertar no paciente o medo pela doença, pelas limitações que ela causa e suas conseqüências. Apresentam estreita relação com os modelos educacional e de crença na saúde, por envolver educação para saúde, fornecendo informações sobre a doença⁸.

Os estudos que utilizaram essa técnica demonstraram sucessos e fracassos. Além disso, permaneceram os mesmos problemas nos seguimentos em longo prazo^{13,14}.

No "modelo comportamental", a interpretação de que o indivíduo faz do ambiente vai determinar o que é ou não compensador⁸. Desenvolvido originalmente por Skinner, nesse modelo o estímulo e a recompensa estão sempre presentes e o indivíduo aprende que determinados comportamentos produzem bem-estar e outros não. Tanto o meio ambiente, quanto o indivíduo, tem papel relevante no comportamento final e o paciente é co-responsável pelos resultados, sendo o próprio agente da mudança¹⁵.

Um outro modelo relevante é o "modelo de auto-regulação". De acordo com este, o indivíduo é a soma total de suas experiências passadas com as condições atuais⁸. Cada situação vivenciada gera aprendizados que se acumulam. Inicialmente, há a tomada de conhecimento sobre a doença. Em seguida, planejam-se ações para adoção do comportamento desejado. Finalmente, pela obtenção inicial de resultados, a manutenção do comportamento é estimulada, sendo necessária, e fundamental para a continuidade dos benefícios. Esta teoria se mostra interessante no escopo das doenças crônicas de tratamento contínuo¹⁵.

As contribuições trazidas por essas análises foram muitas, agregaram conhecimento, mas não esgotaram o assunto ou conseguiram explicar, de forma definitiva, a grande resistência dos pacientes em se manterem fiéis à terapêutica. Nesse ponto, a relação médico-paciente parece ser a base para se obter resultados mais satisfatórios. A capacidade do profissional de saúde de repassar as informações sobre a doença e seus cuidados^{15,16}. A comunhão de pensamentos e expectativas entre médico e paciente^{16,17}. O estímulo à participação do indivíduo nas decisões, o reforço aos aspectos afetivos, com relações de amizade e cumplicidade^{15,18-20}. Todos os aspectos dessa relação parecem determinar maior ou menor seguimento das orientações por parte do paciente.

Os estudos de observância ao tratamento anti-hipertensivo diferenciam-se por abordar, mesmo nestes modelos, os diver-

os fatores ou “lados” que determinam esse comportamento: o paciente, a doença, o tratamento e a relação profissional de saúde-paciente.

Os aspectos do paciente que são analisados incluem as baixas condições econômicas, o analfabetismo e desemprego como características de risco para a baixa adesão. Outros fatores relacionados ao indivíduo incluem compreensão e aceitação da doença, percepção do risco à saúde relacionado à doença, conhecimento de custos e benefícios do cuidado adequado, além de participação ativa no monitoramento e tomadas de decisões quanto ao manejo da patologia^{2,21-24}.

Weir *et al.*²⁵, em estudo com 727 indivíduos hipertensos, distinguiram quatro grupos de pacientes. No grupo A encontraram aqueles aderentes ao tratamento medicamentoso e a estilos de vida saudáveis. Etnicamente o grupo mais diverso, com melhor instrução e melhor conhecimento sobre a hipertensão arterial. No grupo B estavam os dependentes da medicação, sem no entanto, adotarem medidas não-farmacológicas de forma consistente. O grupo C foi composto pelos indivíduos com maior probabilidade de esquecer a medicação, maior dificuldade de adotar um estilo de vida saudável e obesidade. No grupo D foi identificado o extremo da não-adesão, pacientes com maiores chances de não tomar medicação, mudar ou parar a medicação sem consultar o médico e fumar, além do menor controle dietético. Este último composto, em maior número, pelo sexo masculino, por indivíduos mais jovens e com menor conhecimento sobre a doença. A taxa de controle da pressão arterial foi significativamente maior nos grupos A e B quando comparados aos grupos C e D.

A doença pelo seu caráter eminentemente assintomático e crônico também dificulta a aderência e diversos estudos analisando esses aspectos foram realizados². Dentre eles, o de Holzgrewe documentou que enquanto 10% dos pacientes abandonaram o tratamento por efeitos colaterais, 50% o fizeram por sentir-se bem²⁶. No estudo de Gallup e Cotugno, dos pacientes que abandonaram o tratamento, 46% adotaram este comportamento por se considerarem curados²⁷.

No tratamento propriamente dito, a principal característica avaliada nos estudos de adesão se refere aos efeitos colaterais². Quanto mais freqüentes e incapacitantes, menor a motivação do paciente. Nos cuidados com a hipertensão, o abandono da terapêutica por efeitos indesejados de drogas é avaliado de diversas maneiras. Vários estudos mostram que o grau de adesão varia com as diferentes classes de anti-hipertensivos. Antagonistas de receptor de angiotensina têm as melhores taxas de adesão, seguidos pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores de canais de cálcio, betabloqueadores e diuréticos^{28,29}.

Outro aspecto do tratamento que é também objeto de preocupação é a complexidade da prescrição. Quanto maior o número de comprimidos ou drogas anti-hipertensivas, menor a adesão. Eisen *et al.* Mostraram, em população de 105 pacientes hipertensos, que a aderência caiu de 83,6% em tomadas únicas para 53% tomadas três vezes ao dia³⁰.

Os aspectos do tratamento relacionados ao custo e à eficácia são também bastante investigados nos protocolos de adesão²¹.

A relação profissional de saúde-paciente é avaliada de diferentes formas nos diversos estudos que abordam o tratamento da hipertensão arterial². Envolver o próprio paciente no controle da sua pressão através de medidas domiciliares é uma tática de aumento na adesão. Edmonds *et al.* estudaram 37 pacientes tratados por três meses e orientados a realizarem medidas domiciliares. A adesão saltou de 65% para 81% após três meses de avaliação e adicionalmente 70% dos pacientes que eram não-aderentes ao tratamento passaram a ser³¹. Márquez-Contreras *et al.*, em estudo com 250 pacientes, avaliando automonitorização da pressão arterial com aparelhos automáticos, em seguimento de seis meses, verificaram que a aderência ao tratamento variou de 92% no grupo de estudo a 74% no grupo controle. Demonstraram ainda diferença significativa no controle da pressão arterial³².

Dentro do tópico relação médico-paciente, a informação é também abordada em diversos estudos. Bailey *et al.*, em investigação de 1997, demonstraram que 78% desejam saber sobre efeitos da não-adesão ao tratamento, 90% sobre efeitos colaterais, 60% sobre possíveis interações medicamentosas e 82% sobre causas da hipertensão³³. Deve-se destacar que, nesse estudo, muitos dos pacientes não sabiam os níveis normais de pressão arterial.

Ainda a respeito da relação médico-paciente e informação, outros estudos avaliam as ações multidisciplinares e os grupos de tratamento na determinação da adesão ao tratamento. Jardim e Sousa *et al.* demonstraram as vantagens para a adesão ao tratamento da hipertensão do atendimento multidisciplinar e intervenção educativa em grupo³⁴⁻³⁶. Ensaio clássico de hipertensão arterial como MRFIT, HDFP, SHEP e TOMHS³⁷⁻⁴⁰, verificaram que intervenções extensivas e contínuas oferecidas por grupos multidisciplinares aumentaram a aderência.

O alcance da meta fundamental da boa aderência ao tratamento está diretamente relacionado ao melhor controle da pressão arterial e a menores taxas de complicações secundárias à hipertensão. Como vimos, a preocupação é antiga, geral e só será atenuada quando conseguirmos um modelo de atuação que torne os pacientes verdadeiros agentes das mudanças tão necessárias, co-responsabilizando-os por seus cuidados. Dessa forma, teremos dado um grande passo para a diminuição da morbimortalidade ocasionada por esse agravo tão prevalente e incapacitante.

REFERÊNCIAS

1. Hill MN, Miller NH. Adherence to Antihypertensive Therapy. In: Izzo JL, Black HR (eds), *Hypertension Primer*, 3th, 2003. p.390.
2. WHO 2003 Publication. Adherence to Long Term Therapies – Evidence for Actions. Chapter XIII, p.120.
3. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004; 82 (supl.IV):1-40.
4. Chobanian, AV, Bakris GL, Black HR *et al.* National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
5. Haynes RB. A Critical Review of the "Determinants" of Patient Compliance with Therapeutics Regimens. In: Sackett DL, Haynes RB (eds). *Compliance with Therapeutics Regimens*. Baltimore Johns Hopkins University Press. 1976; p.26.
6. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES *et al.* Randomized Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension. *Lancet* 1975;1:1205-12.
7. Sousa, ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion D Jr. *Adesão ao Tratamento: O grande desafio da hipertensão*. Lemos Editorial, 2001, p.165.
8. Jardim PCBV. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion D Jr. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. Lemos Editorial, 2001, p.58.
9. Swain MA, Steckel SB. Influencing Adherence Among Hypertensives. *Res Nurs Hlth* 1981;4:213-8.
10. Levine DM, Green LW, Deeds SG *et al.* Health Education for Hypertensive Patients. *JAMA* 1979;241:1700-7.
11. Tagliacozzo DM, Luskling DB, Lashof JC *et al.* Nurse Intervention and Patient Behavior. *Am J Public Health* 1974;64:596-605.
12. Becker MH. Sociobehavioral Determinants of Compliance. In: Sackett DL, Haynes RB (eds). *Compliance With Therapeutics Regimens Baltimore* Johns Hopkins University Press, 1976; p.40.
13. Kelly AB. A Media Role for Public Health Compliance. In: Haynes RB, Taylor DM, Sackett DL (eds). *Compliance in Health Care Baltimore* Johns Hopkins University Press, 1979; p. 193.
14. Best JA, Bloch M. Compliance in the Control of Cigarette Smoking. In: Haynes RB, Taylor DM, Sackett DL (eds). *Compliance in Health Care Baltimore*, Johns Hopkins University Press, 1979; p. 202.
15. Haynes RB for Working Group, Management of Patient Compliance in the Treatment of Hypertension. Report of the NHLBI Working Group. *Hypertension* 1982;4:415-23.
16. Hulka B. Patient-Clinician Interactions and Compliance. In: Haynes RB, Taylor DM, Sackett DL (eds). *Compliance in Health Care*, Baltimore, Johns Hopkins University Press 1979, p.63.
17. Davis M. Variations in patients Compliance With Doctors Advice: an Empirical Analysis of Patterns of Communication. *Am J Publ Hlth* 1968;58:274-80.
18. Shulman B. Active Patient Orientation and Outcomes in Hypertensive Treatment. *Med Care* 1979;17:267-72.
19. Francis V, Korsch B, Morris MJ. Gaps in Doctors-Patient Communication. *N Engl J Med* 1969;10(280):535-40.
20. Freeman B, Negrete V, Davis M *et al.* Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatr Res* 1971;5:298-302.
21. TEC Assessment Program. Special Report: interventions to improve patients adherence with medications for chronic cardiovascular disorders. Chicago: Blue Cross and Blue Shield Associations; 2003.
22. Bender BG. Overcoming barriers to non-adherence in asthma treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109(6 suppl):S554-9.
23. Wilson JF. The Crucial link between literacy and health. *Ann Intern Med* 2003;139:875-8.
24. Bartlett JA. Addressing the challenges of adherence. *J Acquir immune defic Syndr* 2002;29(1 suppl):S2-10.
25. Weir MR, Maibach EW, Bakris GL *et al.* Implications of a Health Lifestyle and Medication Analysis for Improving Hypertension Control. *Arch Intern Med* 2000;160:481-90.
26. Harsford J. Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *J Cardiovasc Pharmacol* 1992; 20(6 suppl):S30-34.
27. Gallup G Jr, Cotugno HE. Preferences and Practices of Americans and their physicians in antihypertensive therapy. *Am J Med* 1986;81(suppl 6c):20-4.
28. Alderman MH, Budner N, Cohen H, Lamport B, Ooi WL. Prevalence of drug resistant hypertension. *Hypertension* 1988;11 (suppl II):II71-75.
29. Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. The effects of initial drug choice and co-morbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *Am J Hypertens* 1997;10:697-704.
30. Eisen SA, Woodward RS, Miller D, Spitznagel E, Windham CA. The effect of medication compliance on the control of hypertension. *J Gen Intern Med* 1987;2(5):298-305.
31. Edmonds D, Foersters E, Groth H, Greminger P, Siegenthaler W, Vetter W. Does self-measurement of blood pressure improve patient compliance in hypertension. *J Hypertens* 1985;3(suppl 1):S31-34.
32. Marquez Contreras E, Martell Claros N, Gil Guillén V *et al.* Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens* 2006;24(1):169-75.
33. Bailey BL, Carney SL, Gilies AH, McColm LM, Smith AJ, Taylor M. Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medications? *Prog cardiovasc Nurs* 1997;12(4):23-8.
34. Jardim PCBV. Educação em saúde e controle da pressão arterial – atividades educativas em grupo: uma proposta de ação – São Paulo, 1998, 99p. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
35. Sousa ALL, Jardim PCBV, Monego ET *et al.* Rate of Abandon of the Antihypertensive Treatment in the Context of a Multiprofessional Service – a 3 year Analysis. *Am J Hypertens* 1995;8(part2):100A.
36. Sousa ALL, Jardim PCBV, Monego ET *et al.* Uma experiência multiprofissional na abordagem ao paciente hipertenso. *Arq Bras Cardiol* 1992;59(1):31-5.
37. The MRFIT research group. Multiple risk factors intervention trial. Risk factors changes and mortality results. *JAMA* 1982;248:1965-77
38. The HDFP cooperative group. Persistence of reduction in blood pressure and mortality of participants in the Hypertension Detection and Follow-up Program. *JAMA* 1988;259:2113-22.
39. Black HR, Curb JD, Pressel S *et al.* Systolic Hypertension in the elderly Program (SHEP). *Hypertension* 1991;17(suppl II):II-1-171.
40. Neaton JD, Grimm RH Jr, Prineas RJ *et al.* Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). Final results. *JAMA* 1993;270:713-24.