

Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Evaluation models of adherence concerning antihypertensive treatment

Wille Oigman¹

RESUMO

O conceito tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho do médico ou de saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida. Contudo, em hipertensão arterial a taxa de seu controle ainda está muito aquém dos valores desejáveis. Provavelmente, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso seja o fator mais importante responsável pelo reduzido controle pressórico. Há diversos métodos, diretos e indiretos, de avaliação ao tratamento, todos com vantagens e desvantagens. Entretanto, o adequado questionamento sobre a tomada da medicação, sem se fazer um julgamento sobre a resposta, além da contagem dos comprimidos no retorno a cada visita médica, são ainda os melhores índices de avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial, adesão ao tratamento, métodos de avaliação.

ABSTRACT

The traditional concept of adherence or compliance to treatment of chronic disease is based on the medical advice or health, evaluated mainly by the scheduled visits, counting of the pills and changing in quality of life. The hypertension control rate is still far away from the acceptable values. Low compliance to the treatment is one of the most, if not the most, factor responsible for this finding. Several, direct and indirect, methods are available to evaluate adherence to the treatment with drugs. However, adequate medical interview, nonjudgmentally, and counting of the returned pills have been yet used as the most reliable methods.

KEY WORDS

Hypertension, adherence, methods of evaluation.

INTRODUÇÃO

A definição tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho do médico ou de saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida. O problema da adesão começa no momento que o médico escreve a receita. A chance é baixa do paciente não cumprir nada.

Contudo, a taxa de descontinuação, medida seis meses após a primeira prescrição, é bastante elevada encontrando-se mais de 50% dos pacientes não ingerindo qualquer medicamento^{1,2}.

A(s) razão(s) do fracasso terapêutico representa(m) grande desafio para médicos e epidemiologistas. Médicos e pacientes, freqüentemente, discordam de quem é a responsabilidade para esse fato. Em geral, os médicos acreditam que o fracasso

terapêutico se deve ao fato de os pacientes não aderiram ao tratamento. Por outro lado, os pacientes explicam o mau controle pressórico à eficácia insuficiente do medicamento ou aos seus efeitos adversos³.

Em geral, o médico faz o seu julgamento clínico, quase que exclusivamente, sobre o valor medido da pressão arterial. Constatando-se falha ou sucesso terapêutico decide entre as opções: 1ª – continuar o tratamento; 2ª – aumentar a dose; 3ª – atenuar o tratamento; 4ª – suspender o tratamento.

Dessa maneira, se o nível esperado de pressão foi atingido, o regime terapêutico é mantido. Caso a pressão arterial permaneça elevada, o médico aumenta a dose do medicamento, substitui por outra ou associa com outra mais potente. Por fim, se a pressão estiver muito baixa, ele diminui a medicação ou pode até determinar sua suspensão. Tal raciocínio assume que o principal determinante da pressão arterial é a eficácia e potência do remédio. Ele ignora várias outras possibilidades, como por exemplo, a variabilidade biológica da pressão arterial – quanto mais elevada a pressão arterial, maior a sua mudança visita a visita, mesmo antes de prescrever qualquer medicação.

Esse processo de raciocínio ignora, com certeza, a principal razão do mau controle pressórico, a não aderência ao tratamento. O Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos reviu, em duas oportunidades distintas (1977 e 1987), a opinião de médicos sobre os prováveis fatores que impediam o efetivo tratamento anti-hipertensivo (Tabela 1). As barreiras mais frequentes que contribuíram para o fracasso terapêutico foram: dificuldade em mudanças no estilo de vida (por exemplo redução de peso), incapacidade dos pacientes em cumprir e/ou compreender as ordens médicas, custo das consultas e dos remédios, além dos efeitos colaterais. A mesma avaliação, feita dez anos depois, revelou que esses fatores eram mais frequentes que quando previamente referidos. Em outra pesquisa, agora com pacientes, estes revelaram que suspenderam a medicação

porque se consideravam curados (46%), outros 25% pensavam que os médicos os haviam aconselhado a suspender a medicação, 11% por causa de efeitos colaterais e somente 6% devido ao preço do remédio^{4,5}.

Em resumo, poderíamos afirmar que as maiores barreiras à aderência ao tratamento poderiam ser categorizadas como problema de comunicação médico-paciente, custo e efeitos colaterais das drogas^{6,7}.

MÉTODOS DE MEDIDA DA ADERÊNCIA DO PACIENTE AO TRATAMENTO

As tabelas 2 e 3 listam os principais métodos de avaliação de aderência ao tratamento como também as vantagens e desvantagens de cada procedimento.

MÉTODOS INDIRETOS

Não há confirmação que o paciente tenha realmente tomado a medicação:

RELATÓRIO DO PRÓPRIO PACIENTE

Este é um método simples, fácil de ser obtido, porém, com a probabilidade muito grande do paciente superestimar o número de comprimidos tomados;

OPINIÃO DO MÉDICO

Também é um procedimento simples, frequentemente demonstra alta especificidade, pois a opinião do médico está baseada no resultado final do tratamento. No caso da hipertensão arterial, o mau controle pressórico é interpretado como não aderência ao tratamento e vice-versa. Na realidade, este raciocínio, muito simplista, nem sempre é verdadeiro. É pouco sensível, porque outras razões para o mau controle da pressão poderão estar presentes e não lembradas pelo médico;

DIÁRIO DO PACIENTE

Na situação do adequado preenchimento, este poderá trazer informações importantes podendo-se correlacionar com eventos externos e/ou efeitos adversos. Contudo, é um procedimento que requer grande colaboração do paciente, além da documentação ser total e consistente. Em geral, os pacientes idosos esquecem muitos dados, impossibilitando melhor aproveitamento do relatório. Além disso, há o risco da criatividade do paciente superar a realidade;

CONTAGEM DE COMPRIMIDOS

Aparentemente é o método mais adequado para avaliação de adesão ao tratamento. É um método que requer colaboração do paciente, é trabalhoso e o paciente deve retornar todos os fracos ou caixas entregues na visita anterior. Contudo, constituiu-se no método mais sujeito à manipulação pelo paciente.

Um paciente que faça uso de 80% ou mais dos comprimidos pode ser considerado um bom aderente ao tratamento. Não raro

Tabela 1. Percentual de médicos relatando fatores específicos de impedimento para tratamento de hipertensão.

Ano	Frequência de impedimento	
	1977	1987
Mudança estilo de vida	42	67
Falha na tomada da medicação como prescrita	60	42
Falta de compreensão do problema	28	39
Custo da visita e procedimentos	12	23
Custo do medicamento	28	39
Efeitos colaterais	20	34
Tempo de espera para consulta	–	5
Hora de marcação inapropriada	–	4

Tabela 2. Métodos indiretos de medida da aderência com a medicação.

Método	Vantagens	Desvantagens
Relatório do paciente	Fácil, indícios sobre barreira de aderência	Reprodução limitada, superestima a taxa real de aderência
Opinião do Médico	Fácil, barata, freqüentemente de alta especificidade	Baixa sensibilidade, superestima aderência tota
Diário do paciente	Permite simples correlação com eventos externos e/ou efeito do remédio	Nem sempre possível obter a cooperação do paciente com documentação completa e consistente
Contagem de comprimidos	Fornece taxa média de aderência	Fácil do paciente subverter os dados por manipulação. Colaboração em trazer os frascos de volta
Reabastecimento de comprimidos	Fornece taxa média de aderência	Trabalhoso, requer programa de computação e de centralização dos registros e das farmácias
Resposta clínica	Fácil, barata	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na aderência
Monitorização eletrônica da medicação	Avalia tanto a taxa média quanto dinâmica da aderência, não está sujeita a manipulação pelo paciente	Muito cara, requer o retorno pelo paciente dos frascos especiais e análise pelo computador dos dados acumulados

Tabela 3. Métodos indiretos de medida da aderência com a medicação.

Método	Vantagens	Desvantagens
Análise biológica	Permite a determinação da concentração do medicamento	Análise quantitativa nem sempre disponível, dispendiosa, requer amostras de diferentes fluídos do organismo, pode ser afetada por fatores biológicos
Composto traçador	Permite análise semi-quantitativa do estado fixo do medicamento	Nem sempre fácil de combinar o traçador com index da medicação, requer amostragem de fluídos corporais (sangue, urina).

encontramos pacientes que chegam ou se aproxima dos 100% de aderência ou até os ultrapassam.

A correlação entre controle da pressão arterial e número de pílulas tomadas poderia ser usada como bom marcador de adesão. Um dos poucos estudos que avaliou esta correlação mostrou que, dos pacientes com adesão acima de 80%, apenas 32% estavam com a pressão arterial controlada e 24% sem controle; no grupo com menor adesão (< 80%) 16% estavam controlados e 28% sem controle.

Outro estudo usou como estratégia de avaliação entregar aos pacientes 50% a mais de medicamentos necessário para o período do estudo. Conseguiram classificar os pacientes em três subgrupos: o primeiro de boa adesão e o consumo do medicamento ficou entre 80% e 119%; o segundo de baixa adesão com contagem de pílulas inferior a 80% e um terceiro grupo denominado de hiperadesão que ingeriram mais de 120% da droga prescrita. Quando a resposta anti-hipertensiva foi analisada encontrou-se reduções para a sistólica e diastólica de 4,2 a 6,3 mmHg no grupo de baixa adesão; 7,9 a 5,9 mmHg de hiperadesão e 12,2 a 8,8 mmHg boa adesão.

O fato de um indivíduo apresentar boa adesão ao tratamento, avaliada por contagem de pílula, não significa que ele fez uso dos comprimidos. Está bem reconhecido o fato de que o paciente pode ter retirado comprimido do frasco e oferecido a outro hipertenso ou mesmo tê-los jogado fora. O achado de um subgrupo de hiperadesão e, paradoxalmente, nestes a redução pressórica ter sido inferior ao subgrupo de boa adesão, vem reforçar o fato desses indivíduos terem, provavelmente, retirado os comprimidos dos frascos e não os terem ingerido totalmente.

REABASTECIMENTO DE RECEITAS

Este método pode também oferecer a média do nível da adesão ao tratamento. Contudo é um método trabalhoso, requer o desenvolvimento de um programa para computador, além da escolha de um grupo restrito de farmácias, nas quais as informações colhidas possam apresentar credibilidade. É um método sujeito a vícios de amostragem.

RESPOSTA CLÍNICA

Apesar de ser um método simples, e fácil na sua obtenção, parte do princípio de que o controle da pressão arterial é uma variável

direta e única à adesão ao tratamento, o que reconhecidamente não é verdade, visto que outros fatores estão envolvidos no adequado controle da pressão arterial. É, na prática, o método mais empregado pelos médicos.

MONITORIZAÇÃO DA MEDIÇÃO NO NÚMERO DE TOMADA

Este constitui-se no método mais moderno de avaliação de adesão ao tratamento. Contudo, é muito onerosa e requer o uso de frascos especiais, que contenham na tampa um microprocessador. O processo baseia-se, resumidamente, no fato de cada abertura e fechamento da tampa ser memorizada como uma tomada do medicamento. Os dados coletados posteriormente, por um computador, informam as datas e os horários e os intervalos entre todas as "prováveis" tomadas. De maneira similar, a contagem de pílulas, a aderência é superestimada, caso abertura dos frascos não reflitam a ingestão pelo paciente.

Uma das grandes falha do sistema está na impossibilidade de detectar a tomada de uma dose excessiva ou quando ocorre a ingestão de várias pílulas de uma só vez. Mesmo assim, este dispositivo é dos melhores em oferecer uma estimativa média na frequência da ingestão diária e do intervalo entre as doses.

Um estudo recente, que avaliou a adesão ao tratamento em uma população hipertensa de alto risco (hipertensos negros com insuficiência renal), revelou alguns dados importantes: o nível aceitável de adesão (consumo de pelo menos 80% das pílulas previstas), por meio da contagem manual de pílulas revelou valores de 68% e 65% para uma e duas tomadas diárias, respectivamente, e a medição eletrônica percentuais de 49% e 45%, respectivamente. Quando a medicação era de uma pílula, uma vez ao dia, a concordância entre os dois métodos foi de 36% para os com boa adesão e 19% para os sem adesão. A não adesão, por ambos os métodos, chegou a um terço do total. A discrepância entre a contagem de pílulas e o método eletrônico, na avaliação ao tratamento, indica que, mesmo quando um número apropriado de pílulas é removido do frasco, o esquema posológico (duas tomadas diárias) não é adequadamente seguido.

Outro dado importante foi de que os pacientes que aderiram a contagem de pílulas, mesmo que as tomadas tenham sido irregulares, apresentaram melhor controle pressórico, comparado àqueles que falharam em tomar o número previsto de pílulas ou não seguiram o horário de tomada. Quando este método é empregado com intuito de aumentar a adesão ao tratamento observa-se o controle mais adequado da pressão arterial. É natural que isso ocorra, uma vez que o paciente é informado de antemão que sua atuação no tratamento está sob maior vigilância⁸⁻¹⁰.

MÉTODOS DIRETOS

São métodos que procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento. Há duas maneiras distintas de se obter tal comprovação: a análise biológica e a adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido.

ANÁLISE BIOLÓGICA

É a análise no sangue ou na urina do medicamento ingerido ou de um de seus metabólitos. Apesar de ser considerado método padrão-ouro, para avaliar adesão, apresenta alguns inconvenientes que tornam sua execução impraticável. Inicialmente, a análise bioquímica dos medicamentos requer metodologia sofisticada e onerosa; pode sofrer alterações de outros fatores biológicos, por exemplo: proporção absorvida pelo trato gastrointestinal, função hepática e renal, capacidade de se ligar às proteínas, uso de medicação concomitante que interfere com seu metabolismo entre outras.

ADIÇÃO DE UM TRAÇADOR

Esta metodologia baseia-se na adição, ao medicamento em uso, de uma outra substância inócua ao organismo. Por exemplo, pode-se adicionar uma substância (complexo B) que tenha o método de análise mais facilitado que o medicamento em si. É, na realidade, um método indireto que, além dos problemas já referidos anteriormente, apresenta um problema ético não fácil de ser contornado, uma vez que o paciente de alguma forma deveria previamente ser informado da ingestão de ambas as substâncias.

Portanto, ambos os métodos diretos não apresentam qualquer aspecto prático que os recomende de rotina^{11,12}.

A pobre aderência ao regime terapêutico é fato comum na prática médica, principalmente, das doenças crônicas. Esse fato contribui, substancialmente, para a piora da doença, morte e aumento dos custos de saúde¹³. Os médicos devem sempre procurar pela baixa aderência e devem reduzi-la, procurando encontrar um esquema terapêutico para o estilo de vida do paciente, tornado-o simples. O questionamento da tomada da medicação, sem a ênfase de um julgamento, é o método mais adequado para identificar o paciente com baixa aderência.

REFERÊNCIAS

1. Rudd P. Compliance with Antihypertensive Therapy: Raising the Bar of Expectations. *Am J Man Care* 1998;4:957-66.
2. Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: Needs of special hypertensive populations. *Am Heart J* 1991;121:664-9.
3. Patient Behavior for Blood Pressure Control. Guidelines for Professionals. *JAMA* 1979;241:2534-7.
4. Levine DM, Green LW, Deeds SG. Health Education for Hypertensive Patients. *JAMA* 1979;241:1700-3.
5. Hulka BS, Cassei JC, Kupper LL, Burdette JA. Communication, Compliance, and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications. *Am J Public Health* 1976;66:847-53.

6. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. *Circulation* 1997;95:1085-90.
7. Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML. How Often Is Medication Taken as Prescribed? *JAMA* 1989;261:3273-7.
8. Pullar T, Birtwell AJ, Wiles PG. Use of a pharmacologic indicator to compare compliance with tablets prescribed to be taken once, twice, or three times daily. *Clin Pharmacol Ther* 1988;44:540-5.
9. Stephenson BJ, Rowe BH, Haynes RB. Is This Patient Taking the Treatment as Prescribed? *JAMA* 1993;269:2779-81.
10. Rudd P, Byyny RL, Zachary V. The natural history of medication in a drug trial: Limitations of pill counts. *Clin Pharmacol Ther* 1989;46:169-76.
11. Hershey JC, Morton BG, Davis JB. Patient Compliance with Antihypertensive Medication. *Am J Public Health* 1980;70:1081-9.
12. Lee JY, Kusek JW, Greene PG. Assessing Medication Adherence by Pill Count and Electronic Monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Am J Hypertens* 1996;9:719-25.
13. Osterberg L, Blaschke T. Drug Therapy: Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353(5): 487-97.