

Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Strategies for improvement of compliance to high blood pressure treatment

Dante Marcelo Artigas Giorgi¹

RESUMO

O estudo dos fatores implicados na adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento, dos efeitos colaterais dos medicamentos entre outros. Atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento do hipertenso tem sido encorajada e a atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não-farmacológico. Para cada paciente ou grupo de pacientes existem estratégias que, quando aplicadas, aumentam consideravelmente a adesão ao tratamento e a sua eficiência. É imprescindível que cada médico tente identificar, na sua população-alvo, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento daquela população. A estratégia deve ser iniciada no primeiro contato com o paciente e repetida com grande frequência para manter o seu efeito. Com treinamento e motivação da equipe, a atuação de diversos profissionais de saúde é insubstituível no tratamento da hipertensão arterial.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial tratamento, adesão.

ABSTRACT

The study of the factors involved with the adherence to high blood pressure treatment has been shown the influence from structural variables, factors related to the chronic and asymptomatic course of the disease, physician-patient relationship, complex treatment schemes, collateral effects of drugs among many other factors. Today, the multiprofessional approach has been implemented and each professional has a complementary action, increasing the success of non-pharmacological and pharmacological anti-hypertensive treatment. For each patient or group of patients, there is a strategy tailored to increase treatment compliance and efficacy. For a target population, the physician must try to identify which are the variables associated to the dropout of patients from treatment, considering the health structure and sources for outpatient assistance. The strategy to improve compliance must be initiated in the first visit and repeated frequently to maintain its effects. With the team motivation and training, the work of different health professionals is irreplaceable in the care of hypertensives.

KEY WORDS

Hypertension treatment, compliance.

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO.

MODELOS ESTRUTURAIS

Muitas são as causas de não adesão dos pacientes aos tratamentos médicos. A teoria dos modelos estruturais sugere que a aderência esteja relacionada às características do paciente, da doença e do seu meio social e cultural. Os modelos estruturais servem, principalmente, para identificar os grupos de pacientes com maior tendência ao abandono ou à não observância ao tratamento medicamentoso. Achados demográficos a respeito do paciente, tais como idade, sexo, nível educacional e socioeconômico, ocupação, estado civil, etnia e religião não mostraram, em diversos estudos, relação com os níveis de aderência¹. Mostrou-se que, em 1.346 hipertensos, o índice de abandono foi significativamente maior entre os pacientes do sexo masculino, jovens, com obesidade no início do atendimento, fumantes, que procuraram o serviço diretamente em vez de serem encaminhados por clínicos gerais, sem medicação anti-hipertensiva por ocasião da primeira visita, portadores de hipertensão moderada e de baixo nível socioeconômico. Ao lado desse trabalho, estudo realizado em São Paulo² mostrou que, após 12 meses de evolução, 59% dos pacientes persistiam em seguimento e que o incremento da taxa de abandono era decrescente, conforme o prolongamento do tempo de seguimento. Houve importante associação do abandono com o sexo masculino, a faixa etária entre 20 e 40 anos e o analfabetismo.

A própria hipertensão arterial tem relação com a aderência e também foi objeto de vários estudos. Os hipertensos são, tipicamente, pacientes assintomáticos. Quanto mais programas para a detecção da hipertensão são realizados, mais os médicos estão sendo confrontados com hipertensos “sadios” e que não se consideram “doentes”. O nível de bem estar geral dos pacientes, avaliado por questionário, diminui após o diagnóstico, e também após o início da terapêutica. E mais, as faltas ao trabalho aumentam em hipertensos recentemente detectados³. Aparece, então, um paradoxo em hipertensão na qual o paciente tem maior probabilidade de sentir-se pior após o diagnóstico e depois de iniciar a terapêutica. Esse fato, certamente, representa um dos maiores problemas para o seguimento dos pacientes hipertensos. A estratégia para esse tipo de paciente, isto é, homens jovens ou de meia idade e assintomáticos, deve compreender o início gradual do tratamento, com doses baixas de anti-hipertensivos, muitas vezes com associações fixas de medicamentos, a fim de obter o controle da pressão arterial em menor prazo de tempo e com menor risco de efeitos colaterais. Para todos os pacientes deve-se informar, antecipadamente, a possibilidade de efeitos colaterais, sua duração e a possibilidade de se substituir o medicamento.

O tempo despendido para as consultas, a duração da terapêutica e o regime terapêutico têm influência no comportamento dos pacientes. Os hipertensos acham inconveniente o tempo de espera excessivamente longo e uma relação médico-paciente pobre ou inexistente, com a mudança de médico a cada consulta⁴. Com o reconhecimento do problema referente ao consultório e com a redução do tempo gasto na clínica, a taxa de abandono diminuiu de 42%, 8% no período avaliado, conseguindo-se normalização da pressão arterial em 85% dos casos⁴. Assim sendo, clínicas com funcionamento mais conveniente, com tempo de espera reduzido, e com aumento do vínculo médico-paciente podem diminuir as taxas de abandono.

A linguagem usada pelos médicos pode não ser a mais adequada para seus clientes. Estudos sobre comunicação médico-paciente⁵ mostram que a linguagem do cliente deve ser usada, que a informação fornecida em cada consulta deve ser limitada, que termos médicos devem ser evitados e que as orientações devem ser oferecidas de forma a serem apropriadas para a vida quotidiana dos indivíduos. Uma orientação por escrito, com as drogas prescritas, com o controle das dosagens e horários de tomada são muito úteis e de fácil execução⁵. Muitas das informações sobre a hipertensão e seu tratamento são mais bem explicadas através de consultas com membros de equipe multiprofissional (enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos). Atualmente, algumas entidades criaram sistemas de contato via telefone, realizado por enfermeiras e psicólogos, para avaliar e orientar os cuidados ambulatoriais de pacientes com determinadas doenças crônicas (Alzheimer, epilepsia, hipertensão arterial). Para a hipertensão arterial, a análise do impacto desses procedimentos, sobre a adesão ao tratamento e sobre o controle da pressão arterial, ainda não está bem avaliado.

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS.

Em hipertensão arterial, devido às características clínicas da doença, fazer o paciente seguir os esquemas terapêuticos propostos exige do médico dedicação, paciência e tempo para poder informar e orientar adequadamente. Aparentemente, os pacientes preferem relatar efeitos colaterais, sintomas, encontro de barreiras situacionais para a adesão ao tratamento e qualquer outro fator que esteja interferindo na observância das recomendações médicas a um profissional não-médico. Assim, tem-se difundido a constituição de equipes multiprofissionais para o atendimento em hipertensão arterial e em outras doenças crônicas. A utilização de profissionais de áreas paramédicas (enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, pedagogos e psicólogos), com a conseqüente formação de equipes multiprofissionais, no atendimento de hipertensos vem sendo realizada há muitos anos nos países desenvolvidos⁶⁻¹⁴.

Os resultados desse tipo de atendimento foram, inicialmente, tímidos. Shepard *et al.*⁸ avaliaram o comportamento de 296 hipertensos, em estudo controlado e randomizado e não observaram diferenças significativas de comportamento com as estratégias de auto-aferição da pressão arterial, atendimento com enfermeiras e inclusive recompensas pecuniárias para os controlados, após um ano de acompanhamento. Entretanto, com o treinamento adequado dos profissionais envolvidos e com a aplicação de protocolos, com maior ênfase ao controle adequado da pressão arterial, Logan *et al.*¹³ mostraram que, com a utilização de acompanhamento com enfermeiras, consultas nos locais de trabalho e reforço positivo para aderência, houve melhora de 18,5% na aderência aos remédios, medida por contagem de comprimidos, havendo também melhor controle da pressão arterial dos indivíduos. Sempre que se inclui um profissional paramédico na cadeia de atendimento ao paciente hipertenso, observa-se aumento nos índices de adesão ao tratamento (comparecimento às consultas, tomada das medicações, controle da pressão arterial etc.).

Entretanto, os efeitos sobre a eficácia do tratamento desaparecem com a cessação desse tipo de atendimento. Dessa forma, o atendimento multiprofissional do hipertenso deve ser iniciado desde o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde e prolongado durante toda a duração do tratamento.

No Brasil, em trabalho realizado na Liga de Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da FMUSP^{2,15,16}, avaliando a eficiência de um programa de pré e pós-consultas, com enfermeiras treinadas em hipertensão arterial, observou-se diminuição significativa das taxas de abandono e melhora na eficácia do ambulatório entre os pacientes submetidos à estratégia de atendimento com as enfermeiras. Levando-se em conta a melhora observada nas taxas de persistência em tratamento e no controle da pressão arterial, a fração de pacientes que foram incluídos no estudo e estavam com a pressão controlada após um ano de seguimento foi 23% entre os pacientes com atendimento especial, comparado a 12% no grupo com atendimento convencional. Rocha e Maginot¹⁷ haviam demonstrado, em Campinas (SP), a eficiência de grupo paramédico no controle de pacientes hipertensos, com menor utilização de drogas e a custo mais baixo do que no grupo de hipertensos seguidos de maneira convencional pelos médicos. A utilização de estratégias de pré e pós-consultas, com enfermeiras, mostrou ser de importância prática ao aumentar a eficácia do nosso ambulatório, conduzindo a maior índice de controle da pressão arterial e da persistência em acompanhamento.

Em pré e pós-consultas cada componente da equipe multiprofissional tem um determinado papel a cumprir. Dessa forma, a atuação do farmacêutico estará direcionada para o uso correto

da medicação, o acondicionamento das drogas, esclarecimentos sobre o número de tomadas diárias e duração do tratamento.

No Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, a equipe da farmácia do ambulatório vem desenvolvendo consultas específicas para os pacientes com associações de vários fármacos e com problemas de adesão ao tratamento, com bons resultados do ponto de vista individual.

A atuação dos assistentes sociais está na identificação e proposição de soluções para algumas barreiras situacionais que impeçam que o paciente apresente adequada aderência ao tratamento. Muitas dessas barreiras não são detectadas na consulta médica (muitas vezes o médico não tem o treinamento e a sensibilidade suficientes em detectá-las).

O tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial tem papel básico em qualquer esquema terapêutico da doença. A ação de nutricionistas, com orientações precisas e práticas, auxiliam o paciente a desenvolver higiene alimentar adequada para o melhor controle da pressão arterial. As orientações para dieta com conteúdo adequado de sódio, gorduras e calorias, bem como a educação para o uso de alimentos compatíveis com a condição econômica e com o período do ano, são de grande importância para facilitar a adesão do paciente às dietas prescritas pelos médicos. A associação dessas orientações clássicas (educacionais) com técnicas motivacionais têm mostrado bom resultado na observância de dietas em longo prazo^{18,19}.

O uso criterioso de técnicas educacionais e motivacionais pode levar a bons resultados, mesmo com equipes multiprofissionais restritas ao binômio médico–enfermeira²⁰ ou, inclusive, com o uso de autocontrole por meio de sistema telefônico controlado por computador²¹.

CONCLUSÃO

É imprescindível que cada médico tente identificar, na sua população-alvo, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento daquela população. A estratégia deve ser iniciada no primeiro contato com o paciente e repetida com grande frequência para manter o seu efeito. A ação de diversos profissionais é insubstituível, sendo necessário treinamento e motivação de toda a equipe envolvida.

REFERÊNCIAS

1. Haynes RB, A critical review of the "determinants" of patient compliance with therapeutic regimens. In: Sackett DL, Haynes RB (eds). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1976, pp 27-39.
2. Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989.
3. Alderman MH, Charison ME, Melcher LA. Labelling and absenteeism: the Massachusetts Mutual experience. *Clin Invest Med* 1981;4:165-71.

4. Finnerty Jr. FA, Shaw LW, Himmelsbach CK. Hypertension in the inner city - II. Detection and follow-up. *Circulation* 1973b;47:76-8.
5. Ley P. Doctor - patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertens* 1985;3(Suppl 1):51-5.
6. Stamler R, Stamler J, Civinelli J *et al.* Adherence and blood pressure response to hypertension treatment. *Lancet* 1975;2:1227-30.
7. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES *et al.* Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet* 1976;1:1265-8.
8. Shepard DS, Foster SB, Stason WB *et al.* Cost-effectiveness of interventions to improve compliance with antihypertensive therapy. *Prev Med* 1979;8:229.
9. Tagliaozzo DM, Luskin DB, Lashof JC, Ima K. Nurse intervention and patient behavior. *Am J Public Health* 1974;64:596-603.
10. Dickey FF, Mattar ME, Chudzik GM. Pharmacist counseling increases drug regimen compliance. *Hospitals* 1975;49:85-8.
11. Spector R, Mcgrath P, Uretsky N *et al.* Does intervention by a nurse improve medication compliance? *Arch Intern Med* 1978;138:36-40.
12. Mckenney JM, Slining JM, Henderson HR *et al.* The effect of clinical pharmacy services on patients with essential hypertension. *Circulation* 1973;48:1104-11.
13. Logan AG, Achber C, Milne B, Campbell WP, Haynes RB. Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. *Lancet* 1979;2:1175-8.
14. Nessman DG, Carnahan JE, Nugent CA. Improving compliance: patient operated hypertension groups. *Arch Intern Med* 1980;140:1427-30.
15. Pierin AMG, Car MR, Giorgi DMA, Mion Jr. D. Atendimento de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial. *Rev Bras Med (Cardiologia)* 1984;3:209-11.
16. Giorgi DMA, Silva HB. Epidemiologia da hipertensão arterial e aderência ao tratamento. *Rev Bras Med (Cardiologia)* 1985;4:29-31.
17. Rocha JC, Maginot D. Avaliação tardia da eficiência do grupo paramédico no controle de pacientes portadores de hipertensão arterial essencial benigna leve e moderada. In: *Anais - Congresso Brasileiro de Nefrologia*, 11, Guarapari, 1982; p. 47.
18. Windhauser MM, Evans MA, McCullough ML *et al.* Dietary adherence in the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial. DASH Collaborative Research Group. *J Am Diet Assoc* 1999;99(8 Suppl):S76-83.
19. Luft FC, Morris CD, Weinberger MH. Compliance to a low-salt diet. *Am J Clin Nutr* 1997;65(2 Suppl):698S-703S.
20. Fuchs Z, Viskoper JR, Drexler I *et al.* Comprehensive individualised nonpharmacological treatment programme for hypertension in physician-nurse clinics: two year follow-up. *J Hum Hypertens* 1993;7(6):585-91.
21. Friedman RH, Kazis LE, Jette A *et al.* A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control. *Am J Hypertens* 1996;9(4 Pt 1):285-92.