

Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo

Practical recommendations to avoid abandonment of antihypertensive treatment

Eduardo Barbosa Coelho¹, Fernando Nobre¹

RESUMO

A hipertensão arterial crônica é o maior fator de risco isolado para mortalidade cardiovascular. Ensaios clínicos controlados têm demonstrado que o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial reduz, substancialmente, o risco de desfechos cardiovasculares. Apesar da disponibilidade de tratamento efetivo, o controle da hipertensão arterial em escala populacional encontra-se distante do considerado ideal, sendo que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso é a maior razão para a baixa efetividade do tratamento da hipertensão arterial. Embora seja complexo, a falta de adesão ao tratamento pode ser melhorada com a redução do número de tomadas diárias de medicamentos anti-hipertensivos, adoção de estratégias para elevar a motivação do paciente ao tratamento e com a implantação de intervenções complexas como desenvolvimento de programas de educação ao paciente, treinamento em automedida da pressão arterial, visitas domiciliares e programas de educação continuada em cuidados para a hipertensão arterial para a equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento dos pacientes hipertensos.

PALAVRAS-CHAVE

Adesão, hipertensão, diretrizes, pressão arterial.

ABSTRACT

Chronic hypertension is a major risk factor for cardiovascular mortality. Randomized trials have demonstrated that treating high blood pressure with medications substantially reduce the risk of cardiovascular outcomes. Despite the availability of effective treatments, the control of hypertension in populations scale is far from optimal, with lack of adherence to blood pressure-lowering medication being a major reason for low effectiveness in hypertension control. Although complex, the lack of adherence could be improved with optimization of number of daily doses of antihypertensive drugs, adoption of motivational strategies and complex interventions such as development of patient-oriented educational programs, self-monitoring of blood pressure training, home visits and continued staff-training program in hypertension care.

KEY WORDS

Adherence, hypertension, guidelines, blood pressure.

EFICÁCIA E EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

As doenças cardiovasculares são a maior causa de morte na maioria dos países ocidentais, inclusive o Brasil. A hipertensão é um fator independente de risco para doença coronariana, acidente

vascular encefálico (AVE), aterosclerose, retinopatia e nefropatia. Está bem consolidado, na literatura, que o tratamento da hipertensão arterial reduz significativamente o risco de complicações cardiovasculares, particularmente para o AVE^{1,2}. Entretanto, apesar da eficácia comprovada o controle da pressão arterial

Recebido: 18/12/2005 Aceito: 26/01/2006

1 Unidade Clínica de Hipertensão Arterial das Divisões de Cardiologia e Nefrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Correspondência para: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Clínica Médica, Divisão de Nefrologia. Av Bandeirantes, 3900, Monte Alegre – 14049-900 – Ribeirão Preto – SP. E-mail: ebcoelho@fmrp.usp.br

encontra-se longe de ser obtido com efetividade quando se observa a situação real do seu controle em diversas populações estudadas. Apenas como exemplo, dados norte-americanos do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II e III) mostram percentagem de 29% de controle da pressão arterial em intervalo de estudo de 12 anos³. O mais importante fator relacionado ao inadequado controle da pressão arterial, em pacientes hipertensos, deve-se a falta de adesão^{3, 4}, ou seja, a não observância da prescrição de medidas medicamentosas ou não-medicamentosas para o controle da pressão arterial⁵.

EQUACIONANDO O PROBLEMA – POR QUE O PACIENTE HIPERTENSO NÃO ADERE AO TRATAMENTO?

Detalhar os mecanismos pelos quais os pacientes comportam-se como não-aderentes não é tarefa simples, seja pela carência de métodos acurados ou pela sua característica multifatorial⁵. A adesão ao tratamento, para qualquer doença crônica, sofre influência de fatores próprios do paciente e por outros desencadeados pelo médico, além do contexto socioeconômico. Os principais fatores atribuídos aos pacientes são relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de melhor estado de saúde, além da questão do custo do tratamento e da compreensão do impacto do papel das medidas higieno-dietéticas no contexto do padrão sociocultural vigente⁶. Ao médico cabe incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença. É também papel do médico manter constante vigilância para o surgimento de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos, usando critérios baseados na epidemiologia clínica e nos resultados de estudos clínicos bem delineados para a seleção e individualização do melhor medicamento para um dado paciente⁷.

Para doenças crônicas, a percepção do doente em relação ao seu estado de saúde, assim como a relação entre sintomas e o controle da doença pelo tratamento facilitam a adesão do paciente ao esquema terapêutico proposto⁸. Talvez esse fator explique, ainda que em parte, porque há baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, uma vez que essa é uma doença predominantemente assintomática e não há forte relação entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento de eventuais sintomas, se presentes. Ao contrário, muitas vezes o que ocorre é o aparecimento de sintomas com o uso de medicamentos. Heurtin-Roberts e Reisin⁹ examinaram a relação entre a interpretação dada pelo paciente sobre a sua doença – nesse caso a hipertensão arterial – e a adesão ao tratamento proposto. Os pacientes que conseguiam definir hipertensão arterial como a elevação da pressão arterial e relacionavam essa elevação ao

risco de desenvolver doenças cardiovasculares apresentavam maior adesão ao tratamento do que os doentes que não tinham essa compreensão. Recentemente, avaliamos o impacto do comportamento dos pacientes frente aos retornos agendados na Unidade Clínica de Hipertensão do HCFMRP-USP¹⁰. Pacientes que são assíduos às consultas têm mais consciência de serem portadores de uma doença que necessita de tratamento, em oposição aos faltosos. Esse comportamento se refletiu diretamente no grau de adesão e de controle da pressão arterial na população estudada, sendo que os assíduos apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso proposto de 91% versus 56% quando comparado aos faltosos (Figura 1).

AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO – O GRANDE DESAFIO NA TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A tabela 1 mostra um sumário das principais medidas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para se elevar a adesão ao tratamento em doenças crônicas¹¹.

Muitas dessas estratégias foram testadas em pacientes hipertensos e foram compiladas em uma metanálise¹². Nessa publicação, foram analisados 38 estudos que avaliaram 58 in-

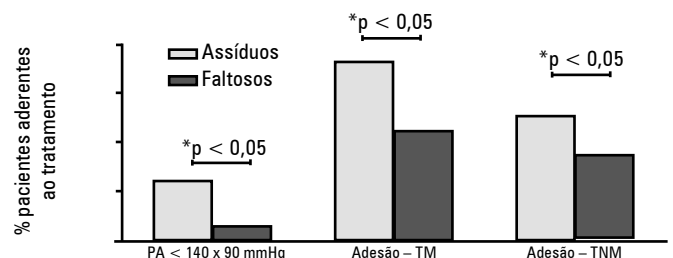


Figura 1. Pacientes com comportamento de assiduidade às consultas ambulatoriais têm maior taxa de controle da pressão arterial e de adesão ao tratamento proposto para hipertensão arterial. Adaptado de Coelho EB *et al.*, 2005¹⁰.

Tabela 1. Estratégias da OMS para melhorar o atendimento e os desfechos das doenças crônicas¹¹.

- Desenvolver políticas para cuidado racional
- Reorganizar financiamento para suporte
- Coordenar as ações de atendimento
- Aumentar a informação para pacientes e prescritores
- Desenvolver planos de atendimento baseados em evidências
- Educar pacientes em auto cuidado
- Estimular a adesão ao tratamento
- Facilitar o acesso às medidas de tratamento

tervenções distintas em conjunto de mais de 15.000 pacientes hipertensos. O que chama a atenção, nesse tipo de abordagem, é a intensa heterogeneidade dos dados e a falta de critérios para a medida da adesão, o que obviamente enfraquece as conclusões derivadas dessa análise. Entretanto, apesar das críticas, evidenciou-se que a principal medida de impacto para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi a de simplificar o regime do tratamento medicamentoso proposto, pela redução do número de tomadas de medicamento. Em adição, intervenções que elevam a motivação do paciente ao tratamento e que envolvem treinamento multiprofissional, aliado a medidas que garantam o acesso ao medicamento hipotensor pelo paciente, parece ser promissoras.

A simplificação do esquema terapêutico com redução do número de tomadas eleva a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por dois motivos distintos. Em primeiro lugar, o número de tomadas de medicamentos nas 24 horas é inversamente proporcional à adesão ao tratamento (Figura 2). Além disso, doses elevadas de medicamentos podem aumentar a incidência de reações adversas, como ilustrado na tabela 2. Assim, a utilização de dois medicamentos em única formulação representa determinante importante, concorrendo para melhor adesão ao tratamento.

Os médicos devem estar cientes de que a adesão depende em grande parte da habilidade em manter boa interação com os pacientes. Além disso, estudos têm mostrado que há a tendência do médico evitar ajustes posológicos, ou mesmo a introdução de novo esquema terapêutico para os pacientes com pressão arterial persistentemente elevada e com perfil de não-aderentes¹⁵. Dados da literatura mostram que os médicos que tratam doenças crônicas, ambulatorialmente, dispensam tempo muito pequeno nas orientações sobre o uso correto dos medicamentos prescritos, o que leva a erro de seu uso, perda de eficácia e aparecimento de reações adversas¹⁶.

CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS

A tabela 3 fornece uma série de medidas adotadas para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Conforme previamente comentado, o problema da falta de adesão é multifatorial. Deve-se, portanto, abordá-lo por meio da implantação de diversas medidas, visando o aumento do acesso ao medicamento anti-hipertensivo, o melhor conhecimento da doença e do tratamento por parte do paciente, a melhor assistência farmacêutica, a escolha racional baseada em evidências sólidas provindas de ensaios clínicos e a mobilização multiprofissional para aumentar o engajamento do paciente com o seu tratamento. Somente com a abordagem completa é que conseguiremos reproduzir os excelentes resultados do tratamento da hipertensão arterial, observada nos ensaios clínicos, para os pacientes hipertensos que chegam em nossos consultórios médicos.

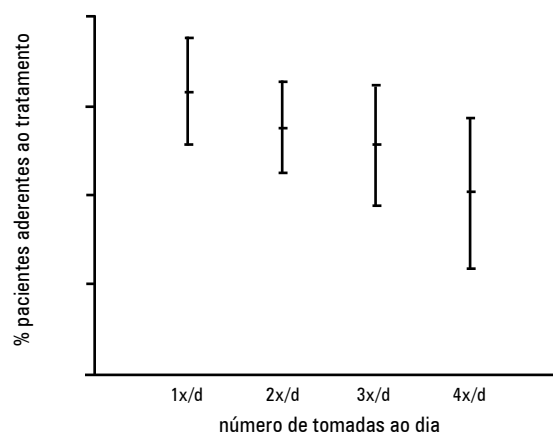


Figura 2. Influência do número de tomada de medicamentos sobre a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Adaptado de Claxton AJ *et al.*, 2001¹³.

Tabela 2. Eventos adversos dos medicamentos – porcentagem das pessoas com um ou mais sintomas atribuídos ao tratamento*, de acordo com a classe e com a dose, em estudos clínicos¹⁴.

Classe do medicamento	Nº de estudos	% (IC 95%) com sintomas (tratado versus placebo)		
		½ dose-padrão	Dose-padrão	Dobro da dose-padrão
Tiazídicos	59	2 (-2,2 a 6,3)	9,9 (6,6 a 13,2)	17,8 (11,5 a 24,2)
β-bloqueadores	62	5,5 (0,3 a 10,7)	7,5 (4 a 10,9)	9,4 (3,6 a 15,2)
IECA	96	3,9 (-3,7 a 11,6)	3,9 (-0,5 a 8,3)	3,9 (-0,2 a 8)
ARA II	44	-1,8 (-10,2 a 6,5)	0 (-5,4 a 5,4)	1,9 (-5,6 a 9,3)
Antagonistas do cálcio	96	1,6 (-3,5 a 6,7)	8,3 (4,8 a 11,8)	14,9 (9,8 a 20,1)

IECA: inibidor da enzima conversora da angiotensina II; ARA II: antagonista do receptor da angiotensina II.

Calculada como a diferença entre o grupo placebo e tratado como proporção de pacientes que apresentavam sintomas, excluindo cefaléia, a qual foi menos comum no grupo que recebeu tratamento.

Sintomas mais comuns: tiazídico: tonturas, impotência sexual, náuseas, câimbras; β-bloqueador: extremidades frias, fadiga, náuseas; IECA: tosse; antagonistas do cálcio: edema de tornozelo, tontura e rubor.

Tabela 3. Medidas práticas utilizadas para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Medida	Foco abordado
Programa de distribuição gratuita de medicamentos hipotensores	Acesso ao medicamento
Orientação sobre uso dos medicamentos	Assistência farmacêutica, redução de reações adversas
Incentivo a medidas não-medicamentosas	Treinamento de equipe multiprofissional (Nutricionistas, professores de educação física e psicólogos)
Treinamento de profissionais de enfermagem, automação de instrumentos para medida da PA	Redução de erros na medida da PA, redução de tratamento desnecessário por hipertensão ou efeito de avental branco
Programas de incentivo ao tratamento	Educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento
Programa de treinamento continuado em uso racional de medicamentos	Difusão de tratamento baseado em evidências e reforço a boas práticas de prescrição pela equipe que assiste o paciente hipertenso
Campanhas de detecção diagnóstica para HA	Conscientização da necessidade de tratamento e alerta sobre riscos da HA
Uso de associação fixa de medicamentos com baixa dosagem	Otimização do tratamento com menor número de tomada de medicamentos. Redução de eventos adversos

REFERÊNCIAS

- Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents: Effects of treatment on morbidity in hypertension: II Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. *JAMA* 1970;213:1143-252.
- Collins R, Peto R, MacMahon S et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990;335:827-38.
- Burt VL, Cutler JA, Higgins M et al. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys. 1960 to 1991. *Hypertension* 1995;26:60-9.
- Colhoun HM, Dong W, Poulter NR. Blood pressure screening, management and control in England: results from the health survey for England 1994. *J Hypertens*. 1998; 16:1702-3.
- Stockwell DH, Madhavan S, Cohen H, Gibson G, Alderman MH. The determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population. *Am J Public Health* 1994;84:1768-74.
- Luscher TF, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter W. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens* 1985;3(Suppl 1):3-9.
- Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertension populations. *Am Heart J* 1991;121:664-9.
- Patel RP, Taylor SD. Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *Ann Pharmacother* 2002;36:40-5.
- Heurtin-Roberts S, Reisin E. The relation of culturaçy influenced lay models of hypertension to adherence with treatment. *Am J Hypertens* 1992;5:787-92.
- Coelho EB, Moysés-Neto M, Palhares R et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol* 2005;85:157-161.
- Sabate E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland: *World Health Organization*, 2003.
- Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? *Arch Intern Med* 2004;164:722-32.
- Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23:1296-310.
- Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomized trials. *BMJ* 2003;326:1427-34.
- Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med* 1998;339:1957-63.
- Elwyn G, Edwards A, Britten N. "Doing prescribing": how doctors can be more effective. *BMJ* 2003;327:864-6.