

Hipertensão de difícil controle em medicina familiar

Uncontrolled hypertension in family medicine

Carlos Perdigão¹, Conceição Maia²

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é o fator de risco de doença cardiovascular com maior prevalência em Portugal e no mundo, sendo verdadeiro problema de saúde pública pela mortalidade e morbidade que a ele está associado¹.

A necessidade da redução da pressão arterial (PA), bem como dos outros fatores de risco, para os níveis indicados nas recomendações das sociedades científicas, como objetivo central na prevenção das doenças cardiovasculares, estão hoje bem demonstrados.

O diagnóstico de HA é feito em 83% dos casos pelo médico de família², o que coloca a estes especialistas uma maior responsabilidade no combate a tal fator de risco. Prevenir, identificar e tratar os fatores de risco de doença cardiovascular deverá ser o objetivo central na prática clínica diária dos especialistas em medicina familiar.

HIPERTENSÃO RESISTENTE E HIPERTENSÃO DE DIFÍCIL CONTROLE

A definição de HA resistente proposta pela *American Heart Association* e atualmente adotada por toda a comunidade científica é clara: doente que não consegue atingir os alvos de pressão arterial indicados nas recomendações para a sua situação clínica, com três ou mais medicamentos, sendo um deles um diurético. Contudo, o diagnóstico diferencial de HA resistente com outras situações, como a HA do avental branco, a má aderência à terapêutica ou a HA de causa secundária, nem sempre é fácil, pelo que será tratado aqui do problema da HA de difícil controle, no qual se inclui a HA resistente, na definição atrás referida^{3,4}.

A PERCEÇÃO DO PROBLEMA EM MEDICINA FAMILIAR

A dificuldade no controle da PA, uma vez feito o diagnóstico de HA, gira em torno dos dois principais intervenientes neste problema: o médico e o doente. O médico tem por obrigação

implementar as medidas que levem ao controle da PA e o doente tem a obrigação de colaborar com o médico para atingir este objetivo. Da relação que se estabelecer entre os dois dependerá o seu sucesso ou insucesso. Neste aspecto, a abordagem da HA em medicina familiar terá algumas especificidades?

O estudo feito por Wexler *et al.*⁵ oferece algumas respostas a esta questão. O trabalho avalia a percepção que médicos de medicina familiar e medicina interna, todos eles certificados pela Comissão de Certificação, têm da sua abordagem da HA, por meio das respostas a três questões: conhecimento das recomendações para a HA; autoavaliação da sua capacidade para tratar a HA; e obstáculos para o controle da PA. São ainda formuladas oito perguntas adicionais a partir de que níveis de PA intensificam o tratamento em quatro situações: doentes com HA primária, com doença cardíaca, com diabetes ou com doença renal associada, com base nas recomendações do JNC VII. A quase totalidade dos médicos estava familiarizada com estas recomendações e considerava importante o seu uso; a totalidade destes médicos considerava boa a sua atuação no tratamento da HA; e a grande maioria considerava que as dificuldades no controle da HA se prendiam essencialmente com a falta de aderência dos doentes ao tratamento, embora um terço admita que a responsabilidade é também dos médicos. No entanto, quando se investiga se os médicos intensificam a terapêutica para cumprir as recomendações, apenas 50% o fazem, mesmo quando o risco é elevado em virtude das comorbidades.

Este parece ser um dos principais fatores que impedem que o controle da HA seja mais eficaz: os médicos conhecem as recomendações, estão de acordo com elas, mas manifestam demasiada complacência com os valores de PA acima dos objetivos das recomendações. Isso traduz-se, na prática, na utilização de doses e associações de medicamentos inapropriadas, na falta de monitorização dos resultados das terapêuticas instituídas e em uma deficiente comunicação com o doente, a qual não permite que ele se consciencialize da gravidade da situação nem valorize o benefício da intervenção⁶.

Recebido: 7/7/2009 Aceito: 7/9/2009

1 Professor agregado de Cardiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

2 Assistente graduada em Medicina Geral e Familiar, coordenadora da USF Briosa – CS Norton de Matos.

Correspondência para: Carlos Perdigão. Av. Carlos Oliveira, 12, Arrentela – 2840-215 – Seixal, Portugal. E-mail: carlosperdigao@iol.pt

MÉDICO DE FAMÍLIA E ADERÊNCIA À TERAPÊUTICA

A aderência à terapêutica, para o especialista em Medicina Geral e Familiar que trata doentes de HA, é um problema que põe à prova as suas competências e as aptidões centrais. A proximidade ao utente é bem patente em toda a prestação de cuidados, com tudo o que ela implica. Uma das aptidões centrais do médico de família e que consta da definição europeia da Wonca 2002, é o “desenvolvimento e aplicação da técnica de consulta de Medicina Geral e Familiar por forma a gerar uma relação médico-paciente efectiva”⁷. A consulta é o pilar central da Medicina Geral e Familiar e uma “consulta eficaz é definida como aquela que produz os objetivos desejados”. Pendleton *et al.*⁸ descrevem a consulta de acordo com sete tarefas que, em conjunto, formam os objetivos em qualquer consulta.

QUE ESTRATÉGIAS? COMO INTERVIR?

A não aderência é um fenómeno de etiologia multifatorial. Existem intervenções provadamente eficazes na melhoria da aderência ao tratamento. Serão discutidas aqui as “intervenções para aumentar a adesão terapêutica em doenças crônicas – NOC de adesão terapêutica”⁹.

1ª - “Os profissionais de saúde devem estar em alerta permanente para o problema da má aderência à terapêutica e adquirir técnicas que lhes permitam estimular o aumento da aderência dos doentes às terapêuticas por eles prescritas.”

A formação desenvolvida por profissionais com experiência em uma dada área permite educar e alertar outros profissionais de saúde. Em um ensaio aleatório controlado em *cluster*, Qureshi *et al.*¹⁰ determinaram o impacto de um pacote educacional para os clínicos gerais na aderência aos agentes anti-hipertensores. A intervenção consistiu em uma sessão de formação intensiva que abrangeu conhecimento e técnicas necessárias para o tratamento da HA e incluiu explicações da terapêutica e uso de estratégias de comunicação adequadas. Os autores concluíram que a formação especial dos clínicos no tratamento da HA e a boa comunicação entre médicos e doentes são mais eficazes do que os cuidados habituais prestados.

2ª - “Indagar em cada doente – e em todas as consultas ou avaliações – qual o esquema terapêutico prescrito, para quantificação do grau de aderência, para além do estado de saúde do doente.”

A existência de um sistema de registo fácil e também de fácil acesso aos dados do doente assume aqui extrema importância. Perguntar ao doente qual o esquema de tratamento atual reforça a importância da terapêutica, do seu conhecimento, do seu cumprimento e mostra interesse no doente. É possível medir a aderência ainda que indiretamente, por exemplo, por contagem do número

de comprimidos ou embalagens, avaliando a resposta fisiológica (ex.: frequência cardíaca nos doentes medicados com betabloqueadores), por meio da visualização da técnica de utilização de inaladores e verificação de registos de renovação de receituário crônico. Avaliar as repercussões do grau de aderência na saúde do doente, verificando com ele o adequado controle ou não da sua situação clínica, é outra das atitudes importantes.

3ª - “As intervenções educacionais são úteis, devendo ser sempre implementadas. No entanto, não devem constituir o único componente do processo destinado a aumentar a aderência.”

Educar o doente em relação à sua doença e ao plano terapêutico é fundamental. Reforçar a informação com esquemas, metáforas ou analogias. O doente deve sentir-se capaz de cumprir o plano a instituir. Complementar os conhecimentos transmitidos por via oral com recurso à informação escrita e/ou visual. As sessões em grupo de educação para a saúde são também estratégias muito válidas nesse processo. A equipe, médico e enfermeiro, deve dar informação coincidente. A educação é uma medida simples e vital em qualquer intervenção, mas é consensual a sua pequena eficácia, se utilizada isoladamente.

4ª - “As intervenções comportamentais são eficazes na melhoria da aderência à terapêutica.”

As intervenções comportamentais destinam-se a alterar costumes, crenças incorporadas no juízo e na rotina de cada doente. Salientam-se as estratégias que conduzem ao aumento da comunicação, à facilitação de esquemas terapêuticos, ao envolvimento ativo dos doentes e à associação de memorandos (úteis, sobretudo, em idosos). São exemplos as embalagens eletrônicas, as caixas de distribuição dos comprimidos, os alertas para a aderência à terapêutica, à consulta e à renovação de receituário, bem como a adaptação do horário da medicação à rotina do doente e as tomadas únicas. As sugestões recomendadas devem ser debatidas com os doentes a fim de se obter consenso. A facilidade na obtenção de receitas de medicação crônica também mostra evidência de aumentar a aderência.

5ª - “Regimes simplificados de tratamento aumentam a aderência e melhoram os resultados na saúde dos doentes.”

Diminuir o número de comprimidos de medicamentos diferentes recorrendo a associações, recorrer a formulações que diminuem o número de tomadas ou substituir medicamentos de curta duração de ação por medicamentos de longa duração. A estabilidade do esquema terapêutico, por facilitar a memorização, concorre também para o objetivo proposto. Tomadas únicas combinadas com visitas frequentes ajudam a maximizar a aderência, apesar de 10% a 40% dos doentes a fazer estes regimes simples continuarem a não tomar a medicação.

6ª - "Dado que, na maioria dos casos, o tratamento das doenças crônicas é autoadministrado, os doentes devem controlá-los corretamente."

Dar a conhecer os objetivos terapêuticos, as atitudes diante de efeitos adversos ou do agravamento de sintomas, os procedimentos para a renovação de receituário crônico. Envolver o doente na automonitorização da doença (ex.: avaliação da PA, avaliação do peso ou medição de glicemia).

7ª - "Os doentes com doenças crônicas que faltam às consultas devem ser contatados e convocados para nova consulta."

Os doentes que faltam a consultas programadas são, muitas vezes, os que necessitam de maior ajuda para aumentar a sua competência para aderir a um regime terapêutico. Alertar o doente que falta sobre as implicações de tal fato na vigilância da sua situação e na dinâmica e organização dos serviços.

8ª - "As estratégias que combinam intervenções comportamentais e educacionais têm maior sucesso no aumento das taxas de aderência do que cada uma daquelas individualmente. Nenhuma estratégia individual tem uma eficácia absoluta em todas as doenças e doentes".

CONCLUSÃO

O diagnóstico da HA é feito na maior parte dos casos pelos médicos de família. Estes conhecem as recomendações para o tratamento da HA, mas a sua aplicação à prática clínica depara-se com duas dificuldades: alguma complacência dos médicos para com os valores de PA que ainda não atingiram os níveis recomendados e a má aderência ao tratamento por

parte dos doentes. Esta será, talvez, a principal causa da HA de difícil controle e a sua solução passa por uma maior conscientização de ambos os intervenientes para estas dificuldades. O médico de família pela relação que constrói com os seus doentes, de proximidade, confiança, cumplicidade, continuidade e como gestor de cuidados, está em posição privilegiada para intervir eficazmente nos vários níveis de prevenção da doença cardiovascular em geral e na hipertensão de difícil controle em particular.

REFERÊNCIAS

1. 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. Destaque – Informação à Comunicação Social. Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 3 de agosto 2007. Disponível em: <http://www.ine.pt/www.insa.pt>.
2. Perdigão C. Factores de risco em Portugal – O que sabemos? Que percepção temos: estudo AMALIA. Apresentação ao XXX Congresso Português de Cardiologia, Vilamoura; abril 2009.
3. Passarelli Jr O. Hipertensão resistente. Análise crítica da Declaração da AHA – 2008. B - Tratamento da hipertensão arterial resistente. *Rev Factores de Risco*. 2008;10:28-32.
4. Perdigão C. Hipertensão resistente. Análise crítica da Declaração da AHA – 2008. A - Diagnóstico e avaliação. *Rev Factores de Risco*. 2008;10:20-5.
5. Wexler R, Elton T, Taylor CA, Pleister A, Feldman D. Physician reported perception in the treatment of high blood pressure does not correspond to practice. *BMC Fam Pract*. 2009;10:23.
6. Figueiras MJ. A relevância dos modelos de senso comum da doença para a adesão terapêutica. *Rev Factores de Risco*. 2008;11:38-41.
7. Wonca Europa. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2002.
8. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1993.
9. Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: CEMBE-FML; 2004.
10. Qureshi NN, Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar TH. Efeito da educação do clínico geral na aderência a agentes anti-hipertensores: ensaio aleatório controlado em cluster. *BMJ*. 2008;XVII:96-9.