

OS DESAFIOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

CHALLENGES IN TREATMENT ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Remo Holanda de Mendonça Furtado^{1,2,3,4}

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e de incapacidade no mundo, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como um dos principais fatores de risco. No manejo do paciente com HAS, um dos maiores desafios da prática clínica é a aderência ao tratamento. Tal fato se torna mais desafiador ainda em se tratando de doença crônica e na maioria das vezes assintomática. A falta de adesão ao tratamento ocasiona um mau controle da pressão arterial assim como também se associa a lesões de órgão-alvo, eventos cardiovasculares e morte. Fatores como complexidade do regime terapêutico, desconhecimento sobre a doença e suas complicações, sobrecarga da equipe assistencial e polifarmácia são barreiras importantes à aderência adequada. Entre as potenciais ferramentas a fim de mitigar este problema estão esquemas de medicamentos uma vez ao dia em comprimidos únicos, envolvimento da equipe multidisciplinar e uso de tecnologia digital. O entendimento amplo dos fatores que podem impactar a aderência pode melhorar o cuidado aos pacientes com HAS, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e sobrevida e reduzir a sobrecarga ao sistema de saúde.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death and disability worldwide, being systemic hypertension among the main risk factors. In the management of patients with hypertension, one of the biggest challenges in clinical practice is treatment adherence. This fact is even more challenging considering the chronic and mostly asymptomatic nature of the disease. The lack of adherence to treatment not only results in poor control of blood pressure but also is associated with target-organ lesion, cardiovascular events and death. Factors such as therapeutic regimen complexity, lack of knowledge about disease complications, excess workload to healthcare professionals and polypharmacy are important barriers to adequate adherence. Among the potential tools that are available to mitigate this problem are single pill, once a day regimens; multidisciplinary approach; and digital technologies. The broad understanding of factors that may impact treatment adherence can improve care of patients with hypertension, with the goal of improving quality of life, prolonging survival and decreasing the burden to the health system.

Keywords: Hypertension; Medication Adherence; Cardiovascular Diseases.

“Medicamentos não funcionam em pacientes que não os tomam.” C. Everett Koop

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e de incapacidade no mundo, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) um dos principais fatores de risco modificáveis que impactam na ocorrência destas doenças. Estima-se que, no ano de 2019, a HAS foi responsável por 10,8 milhões de mortes no mundo (19,2% de todas as mortes no ano).¹ Apesar da vasta evidência científica de que o controle rigoroso da

pressão arterial (PA), tanto sistólica quanto diastólica, reduz eventos como óbito, infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca (IC), muitos desafios ainda existem no sentido de se conseguir manter os pacientes dentro dos alvos terapêuticos no controle da HAS. Tal desafio é ainda maior em países em desenvolvimento, onde se estima que somente 10% dos pacientes com HAS alcançam o controle adequado deste fator de risco.²

Neste sentido, a adesão ao tratamento, seja ele mudanças no estilo de vida ou terapia farmacológica, é um dos pontos

1. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil

2. Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP. Unidade Clínica de Coronariopatia Aguda. São Paulo, SP, Brasil

3. TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) Study Group – Brigham and Women’s Hospital/Harvard Medical School. Cambridge. USA

4. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência: Remo Holanda de Mendonça Furtado. Avenida Albert Einstein, 627, 05652-900, São Paulo, SP, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/2022290365-8>

mais cruciais a serem otimizados no cuidado ao paciente com HAS. Neste artigo de revisão, abordaremos os principais desafios na adesão ao tratamento assim como potenciais soluções a serem consideradas no intuito de se melhorar este parâmetro.

ESCOPO DO PROBLEMA: QUAL É A TAXA DE ADEÇÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO?

A HAS é uma doença crônica, silenciosa, insidiosa e, na grande maioria dos casos, assintomática. Assim sendo, uma vez que não existe incômodo direto ao paciente, ela precisa ser tratada com o objetivo de prevenir danos futuros. Embora o médico entenda bem este contexto, muitas vezes o paciente não percebe tal risco, levando-o muitas vezes ao abandono ou à tomada incompleta do tratamento. Nesse sentido, não é surpresa que a má aderência seja responsável por 80% dos casos de HAS não controlada.³ Além disso, o controle adequado da HAS é sub-ótimo nos países da América Latina, com uma grande discrepância entre regiões urbanas e rurais, expondo assim os pacientes a um enorme risco residual e o sistema de saúde a uma enorme carga de demanda por conta das complicações relacionadas à HAS.⁴

OS DOMÍNIOS DA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO: AS CINCO DIMENSÕES DA OMS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza que a adesão a qualquer tratamento envolve cinco domínios ou dimensões: *sócio-econômico; sistema de saúde; doença ou condição; terapia ou intervenção; e a dimensão do paciente individual.*⁵ Todas essas dimensões devem ser consideradas e cada uma pode ter várias formas de abordagem específica. Na questão sócio-econômica, fatores como acesso aos

medicamentos e nível de instrução são pivotais. Na dimensão da doença ou condição, importante destacar que doenças assintomáticas ou oligossintomáticas e crônicas, como o caso da HAS, levam a uma maior dificuldade de adesão. No domínio do paciente individual, é importante se trabalhar a motivação e interesse no tratamento. Já no quesito tratamento em si, a tolerabilidade e complexidade do regime terapêutico são fatores importantes, enquanto no domínio sistema de saúde, a relação médico-paciente e a atuação equipe multidisciplinar são fundamentais. (Figura 1) Nesse sentido, os três últimos domínios podem ser alvo de intervenções comprovadamente eficazes na melhora da adesão, como será relatado a seguir.⁶

COMO MELHORAR A ADERÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DO REGIME TERAPÊUTICO

O componente de complexidade do regime de tratamento medicamentoso é primordial na aderência terapêutica. A maioria dos pacientes com HAS necessitam de pelo menos duas classes de medicamentos para alcançar as metas de tratamento atuais.⁷ Além disso, comumente tais pacientes possuem outras co-morbidades, fazendo com que a tomada de medicamentos seja bastante complexa. Os diferentes horários e doses podem confundir o paciente e levar a erros com excesso ou omissão de doses. Por isso, sempre que possível, medicamentos de posologia única diária são preferíveis. Ainda, a combinação de dois ou mais medicamentos em um só comprimido ou cápsula também leva a aumento na adesão ao tratamento, pela facilidade na tomada.

Nesse sentido, o estudo UMPIRE mostrou que o uso de uma combinação de medicamentos na mesma pílula (a chamada “poli-pílula”), envolvendo um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) e um diurético tiazídico,



Figura 1. As cinco dimensões da aderência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Em destaque, os fatores modificáveis discutidos nesta revisão.

resultou em melhora da aderência ao tratamento em relação ao cuidado usual (86% versus 65%, respectivamente; *rate ratio* [RR] para adesão 1,33; intervalo de confiança 95% 1,26-1,41; $P < 0,001$). Além disso, a pílula combinada resultou em melhora no controle da pressão arterial, sobretudo entre os pacientes com má adesão prévia (redução de 4,9 mmHg da PA sistólica em relação ao controle; IC 95% da redução 2,6 a 7,3 mmHg; P para interação = 0,01).⁸ Sempre que possível, tais comodidades posológicas devem ser buscadas quando na escolha de quais fármacos devem ser escolhidos para os pacientes com HAS.

Vale à pena ressaltar que estudos randomizados prévios têm mostrado que a combinação de um IECA com diurético tiazídico, ou de um IECA com bloqueador do canal de cálcio diidropiridínico resultaram em redução no risco de eventos cardiovasculares.^{9,10} Por exemplo, o estudo randomizado HYVET mostrou que a combinação de perindopril e indapamida se associou a uma redução de 39% na ocorrência de morte por AVC (IC 95% 1 a 62%; $P = 0,05$), redução de 21% na mortalidade por todas as causas (IC 95% 4 a 35%; $P = 0,02$) e redução de 64% (IC 95% 42 a 78; $P < 0,001$) na ocorrência de insuficiência cardíaca em idosos com hipertensão.¹⁰ Sendo assim, tais combinações são endossadas pelas principais diretrizes.^{7,11}

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O cuidado em saúde não pode ficar somente a cargo do profissional médico. Orientações dadas sistematicamente por profissionais de saúde devidamente treinados podem aumentar substancialmente a adesão dos pacientes às metas terapêuticas. O estudo COACH (*Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health*) foi um ensaio clínico randomizado que testou uma estratégia ativa de treinar os pacientes com um programa de *coaching* conduzido por profissionais de saúde. Ao total foram incluídos 792 pacientes em seis hospitais, sendo 394 randomizados para o programa de *coaching*, em que os pacientes recebiam contatos regulares por telefone ou correio a fim de incentivá-los a melhoras as metas de tratamento, e 398 para cuidado usual. Ao final de seis meses, o programa de *coaching* levou a uma redução de colesterol total adicional de 14 mg/dL (IC 95% 8 a 20; $P < 0,0001$), além de melhora em outros fatores de risco cardiovasculares, como PA sistólica e diastólica, peso, alimentação e índices de cessação do tabagismo. O programa também se associou a melhora na qualidade de vida dos pacientes.¹² Assim sendo, o envolvimento da equipe multidisciplinar em programas de suporte, ainda que à distância, é primordial na aquisição de metas terapêuticas. Programas de suporte multidisciplinar como o *Sempre Cuidando*, com atendimento 24 horas por telefone/whatsapp, podem ajudar a preencher esta lacuna na otimização da adesão dos pacientes.¹³

SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS DIGITAIS

A presença da tecnologia digital está disseminada em todos os aspectos da vida humana hoje. Segundo dados da *Statista*, 6,64 bilhões de pessoas são portadoras de um *smartphone*, equivalendo a 83,4% da população mundial.¹⁴ Assim sendo, o cuidado em saúde pode e deve lançar mão de tais soluções.

Iniciativas como lembrete de medicamentos, contagem de pílulas e auto-medida de parâmetros vitais engajam o paciente no tratamento e podem aumentar de maneira substancial a adesão ao tratamento também.

Se observarmos como se forma um hábito na mente do ser humano, a fim de se cumprir com uma rotina pré-estabelecida (como tomar um medicamento), três aspectos são fundamentais. (Figura 2) Primeiro, deve haver uma deixa ou gatilho, ou seja, uma ação simples que faça o indivíduo se lembrar de executar tal rotina. Lembretes por mensagem ou alarmes alertando a tomada da medicação são exemplos. Em segundo lugar, toda rotina deve levar a uma recompensa. Neste caso, o paciente, ao se auto-monitorar (por exemplo, checando a própria glicemia, PA, peso etc) verificará pequenos progressos e vitórias no dia-a-dia, aumentando a vontade de seguir aquela rotina. E por último, é importante que a rotina alivie um anseio, isto é, seja algo agradável ao indivíduo. No caso da tomada de uma medicação, o componente prazeroso pode ser obtido por meio da chamada “gameificação”, ou seja, a disputa de uma coletânea de pontos cada vez que um bom hábito de saúde (tomar medicamento no horário certo, fazer exercício, etc) é realizado.¹⁵

As evidências a respeito da eficácia das soluções digitais ainda são preliminares, porém elas já são convincentes. Em um estudo envolvendo cerca de 28 mil indivíduos hipertensos em um programa de autocuidado da PA via um *app* com instruções, houve uma redução sustentada da PA sistólica em 85,7% dos indivíduos com HAS estágio 2 ou mais ao longo de três anos. Além disso, estes indivíduos tiveram uma redução média da PA sistólica de 21 mmHg, comparável ao efeito de se adicionarem duas novas classes de anti-hipertensivos. Entretanto, o fato de o estudo não ter um grupo controle de comparação torna os seus resultados de interpretação limitada.¹⁶ Ainda assim, é uma primeira evidência de que soluções digitais podem aumentar a adesão e alcance de meta de tratamento em pacientes com doenças crônicas. Futuros estudos nesta área devem trazer mais respostas a respeito da eficácia deste tipo de intervenção (NCT 03206814, NCT 04475367).¹⁷

Nesse sentido, a solução tecnológica por meio do aplicativo *Elfie*[®] pode ser de grande valia. Tal aplicativo abrange vários aspectos importantes dos componentes da adesão. Em primeiro lugar, o paciente pode *organizar* os seus horários de tomada de medicação em uma plataforma facilmente navegável e com isso facilitar o manejo dos medicamentos, ao invés

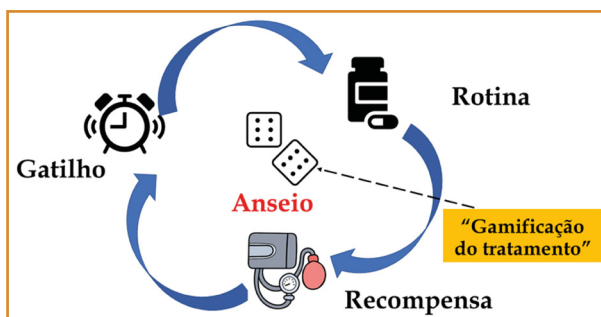


Figura 2. O “loop” do hábito e sua influência na tomada de medicamentos. Estratégias que atuem em todos estes componentes podem ser bastante eficazes na melhora da aderência ao tratamento.

de depender de anotações no papel. Além disso, o aplicativo pode disparar lembretes programados que funcionam como a *deixa* ou *gatilho* para a tomada dos medicamentos nos horários corretos. Adicionalmente, o aplicativo incentiva e permite o *automonitoramento* dos parâmetros vitais, como a PA, permitindo que o paciente tenha um grande engajamento no próprio tratamento e, com isso, verificando o próprio progresso gerando a recompensa. Além disso, o paciente pode compartilhar, de forma simples, o seu progresso durante a consulta médica. Por último, a “gamificação”, com a conquista de pontos cada vez que uma atitude positiva (tomar medicamentos, medir a PA, caminhar, etc) com relação à saúde é feita, torna o tratamento mais prazeroso e com isso preenche a lacuna do *anseio* no “loop” do hábito. Importante salientar que a ferramenta *Elfie*[®] é endossada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e pelo Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA/SBC), gratuito para os pacientes,¹⁸. (Figura 3)

CONCLUSÕES

A aderência ao tratamento é fundamental na aquisição de metas terapêuticas, além de impactar positivamente na ocorrência de complicações de órgão-alvo, eventos cardiovasculares e morte. Diversos desafios existem na boa adesão, como complexidade do regime terapêutico, polifarmácia, co-morbidades, fatores culturais e sociais, efeitos colaterais e motivação. O engajamento do próprio paciente é um importante passo na melhora da aderência. Além disso, o envolvimento de outros profissionais de saúde pode levar a uma grande contribuição nesta melhora. A possibilidade de se utilizar medicações em doses únicas diárias, em combinações fixas de múltiplos medicamentos e com poucos efeitos

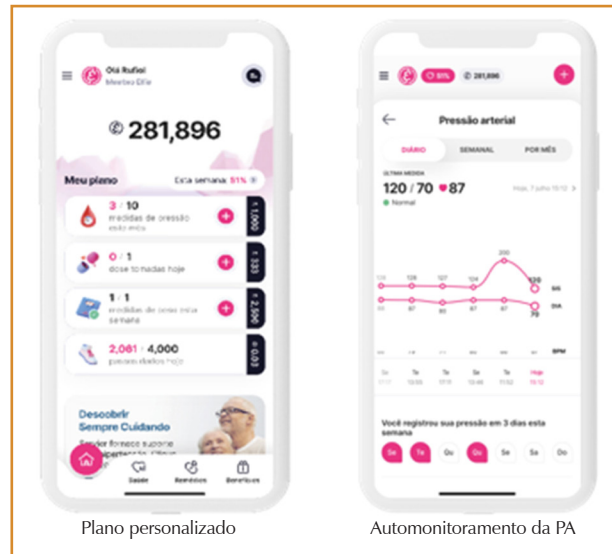


Figura 3. O aplicativo Elfie como instrumento de melhoria na aderência ao tratamento. Plano personalizado, automonitoramento, engajamento e “gamificação” da jornada são características especiais desta ferramenta, levando a um grande potencial para melhora da adesão.

adversos também tem um potencial de grande impacto na melhora da aderência. Por último, mas não menos importante, as soluções digitais, ao abordar múltiplos fatores e estarem amplamente e facilmente disponíveis, podem também se tornarem ferramentas valiosas a serem consideradas no intuito de melhorar a adesão de nossos pacientes portadores de HAS, com isso proporcionando aumento na sobrevida e melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1223-1249.
2. Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, Ebert C, Zhumadilov Z, Wesseh CS, et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet*. 2019; 394(10199): 652-62.
3. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(4): e5641.
4. Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens*. 2019; 37(9):1813-21.
5. Available at internet: “http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/” Accessed on 20-Aug-2022
6. Kini V, Ho PM. Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. *JAMA*. 2018; 320(23): 2461-73.
7. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3): 516-658.
8. Thom S, Poulter N, Field J, Patel A, Prabhakaran D, Stanton A, et al. UMPIRE Collaborative Group. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013; 310(9):918-29.
9. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhager WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet*. 1997; 350(9080):757-64.
10. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008; 358(18):1887-98.
11. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti-Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; 39(33): 3021-104.
12. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, et al. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med*. 2003; 163(22): 2775-783
13. Available at internet: <https://www.semprecuidando.com.br/> Accessed on 20-Aug-2022 <https://www.bankmycell.com/blog/how-many-phones-are-in-the-world#sources>
14. Available at internet: <https://www.bankmycell.com/blog/how-many-phones-are-in-the-world#sources> Accessed on 20-Aug-2022
15. Gazit T, Gutman M, Beatty AL. Assessment of Hypertension Control Among Adults Participating in a Mobile Technology Blood Pressure Self-management Program. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(10):e2127008.
16. <https://www.clinicaltrials.gov/>
17. Available at internet: <https://www.clinicaltrials.gov/> Accessed on 20-Aug-2022
18. Available at internet: <https://pt-br.elfie.co/> Accessed on 20-Aug-2022