

# ADESÃO DO HIPERTENSO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO: DESAFIO DE MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

---

Ana Cláudia Lelo<sup>1</sup>, Elâine Cunha Döring<sup>2</sup>, Érica Marques Silva<sup>3</sup>, Lilian Ignêz Montanari Toretta<sup>4</sup>, Luciane Cruz Lopes<sup>\*5</sup>, Roberto Valdés Puentes<sup>6</sup>

1, 3, 4. Farmacêuticas, pós-graduandas em Farmacologia Clínica –Universidade Metodista de Piracicaba - Unimep.

2. Médica cardiologista, pós-graduanda em Farmacologia Clínica - Unimep.

5. Farmacêutica, professora doutora, curso de Farmácia, Coordenadora do Curso de Especialização em Farmacologia Clínica - UNIMEP .

6. Professor doutor, Orientador metodológico do Curso de Especialização em Farmacologia Clínica - UNIMEP.

UNIMEP-Universidade Metodista de Piracicaba, Curso de Especialização em Farmacologia Clínica, Campus Taquaral, Rodovia do Açúcar, km 156. CEP 13400-911. Piracicaba, Sp. Tel (19) 3124-1666.

\* e-mail: lclopes@unimep.br

## HIPERTENSÃO: UMA EPIDEMIA GLOBAL

Atualmente, a hipertensão arterial afeta mais de 50 milhões de norte americanos e o seu tratamento é o motivo mais comum das consultas médicas ambulatoriais. Aumenta a incidência de aterosclerose e consiste no principal fator de risco de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e outras doenças vasculares, responsáveis pela maioria das mortes nos EUA e em todo o mundo industrializado (1,2). Além disso, a hipertensão é causa de cardiopatia hipertensiva, etiologia comum de insuficiência cardíaca, causada pela sobrecarga de trabalho crônico imposta ao ventrículo esquerdo (3).

No Brasil, as doenças cardiovasculares contribuem com 34% da mortalidade e com 54% das mortes em indivíduos com idade abaixo dos 50 anos. Dados do Ministério da Saúde avaliam em 300 mil mortes/ano por doenças cardiovasculares, sendo 820, ao dia; 34, por hora, e um evento, a cada dois minutos (2).

Mediante este contingente populacional atingido e a morbidade da hipertensão arterial, a indústria farmacêutica respondeu com um grande número de fármacos, tornando rico o arsenal terapêutico anti-hipertensivo (4). Dessa forma, controle inadequado das cifras tensionais relaciona-se, na maioria das vezes, à falta de adesão do hipertenso ao tratamento (5, 6).

A não-obediência à terapia ocorre, em todas as classes sociais, em ambos os sexos e em todos os grupos raciais e étnicos. Não foi identificada uma solução única para o problema (1).

## CONCEITUANDO ADESÃO E NÃO-ADESÃO

As definições e conceituações de adesão e não-adesão à terapêutica constituem tarefas complexas, o que se evidencia pela inexistência de consenso para ambas (7).

O termo inglês *compliance* significa obediência participativa e ativa do paciente à prescrição a ele dirigida, ou o cumprimento estrito da prescrição médica (não só os medicamentos, mas todas as orientações farmacológicas e comportamentais) (5, 7, 8). Dentre várias definições existentes, destaca-se a de Ramalinho, 1994, por sua amplitude e objetividade ao afirmar que "a adesão à terapêutica pode definir-se como o grau de concordância entre as recomendações médicas e o comportamento do paciente perante o regime terapêutico" (7).

Portanto, a não-adesão à terapêutica - *noncompliance* - pode ser definida como a diferença entre as instruções recebidas do profissional de saúde e o padrão de consumo dos medicamentos pelo paciente (7).

Na área de hipertensão, considera-se que os termos que melhor representam o seguimento e o não-seguimento satisfatório ao tratamento proposto seriam adesão e não adesão, respectivamente (5, 8).

Na tentativa de avaliar os diferentes graus de adesão, verifica-se que, no nível mais elevado, estão os aderentes propriamente ditos, que seguem totalmente o tratamento e no lado oposto estão os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. No grupo dos não ade-

rentes estão também os pacientes persistentes que até comparecem às consultas, porém não seguem o tratamento (8).

Quanto à frequência de consultas, Goldman e Braunwald (1) indicam que não existe um padrão reconhecido para a frequência das consultas de acompanhamento do tratamento anti-hipertensivo, sugerindo pelo menos quatro consultas anuais. Outros autores sugerem reavaliação mensal até normalização da p.a., após o que espaçaria a reavaliação para três ou seis meses (3, 9).

## FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Avaliar os índices de falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo em nosso meio não é fácil, principalmente devido inexistência de estudos que quantifiquem a prevalência de hipertensão no Brasil (5, 7). Alguns estudos relativos ao controle da hipertensão, revelam que este coeficiente situa-se em torno de 50%.

Sabe-se, no entanto, que a não-adesão, em nosso País, constitui grave problema de saúde pública, influenciando negativamente no controle de doenças de larga abrangência populacional como é o caso da hipertensão (7).

Giorgi (10) sugere que a duração do tratamento parece ser um dos fatores mais importantes relacionados a baixos níveis de adesão para as mais diversas patologias.

Muitos fatores podem interferir na adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão, citando-se:

- 1) Relacionados ao paciente: sexo, idade, estado civil, etnia, escolaridade, nível sócio-econômico, etc.
- 2) Relacionados à patologia: cronicidade, ausência de sintomas, conseqüências tardias, etc.
- 3) Relacionados ao tratamento: custo, efeitos adversos, esquemas complexos, qualidade de vida, etc.
- 4) Relacionados às crenças, hábitos de vida e cultura: percepção do paciente quanto a seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde doença, auto-estima, etc.
- 5) Relacionados à Instituição: política de saúde, acesso ao serviço de saúde, distância, tempo de espera, tempo de atendimento, etc.
- 6) Relacionados ao relacionamento com a equipe de saúde: envolvimento e relacionamento inadequado, etc. (8).

Reitera-se, assim, a característica multifatorial que acarreta baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e os baixos índices de pacientes sob tratamento com a pressão arterial controlada (11).

## TEORIAS SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO

Várias teorias têm tentado, ao longo dos anos, explicar a falta de adesão do paciente hipertenso ao seu tratamento farmacológico. Diversos modelos foram desenvolvidos para o entendimento da conduta de saúde dos pacientes:

**Modelo Estrutural:** sugere que a adesão relaciona-se às características do paciente e da doença (por exemplo: nível sócio econômico, educacional, etc) (10).

**Modelo de estímulo às emoções:** procura despertar o medo pela doença no paciente, suas limitações e conseqüências.

**Modelo comportamental:** sugere que as mudanças de atitude resultam do estímulo ambiental e de recompensa pelo comportamento esperado. Com o passar do tempo, modificou-se para a "teoria de aprendizagem social", em que ocorria interação entre os sinais sociais e a percepção do indivíduo sobre esses sinais.

**Modelo de auto-regulação:** sugere a tomada de informações do ambiente, a incorporação de conhecimentos sobre a doença, sua importância e seus riscos. Após, ocorreria o planejamento para a ação visando a adoção de um comportamento desejado.

**Modelos educacionais:** sugerem que a falta de conhecimento do indivíduo sobre a doença, seus riscos e as possibilidades de controle adequado seriam as causas da falta de adesão.

**Modelo de crenças de saúde:** sugere que o sucesso do tratamento estaria diretamente relacionado à maior consciência do indivíduo sobre a possibilidade de ficar doente. O comportamento de saúde do paciente seria determinado por sua própria percepção de sua suscetibilidade à doença e sua severidade (8).

Cada modelo, de acordo com sua linha teórica e de pesquisa, acaba por valorizar um ou outro aspecto, sempre longe de esgotar o assunto. Algumas teorias tentam sistematizar e melhorar a compreensão de como alcançar bons resultados, sendo que algumas trabalham com o fator educacional e a orientação visando a adesão; outras consideram a relação afetiva entre o médico e o paciente, que pode levar a melhores resultados a longo prazo (8).

O que se busca com as medidas educativas é uma mudança de comportamento para melhorar a adesão. As mudanças inicialmente passivas, passariam para ativas e finalmente seriam definitivas, com a adoção de um estilo de vida saudável e real comprometimento com a saúde (8).

## COMPREENDENDO O TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

A terapia farmacológica não exerce apenas um efeito substancial na pressão sangüínea (1), os benefícios são observados sobretudo na redução de eventos cardiovasculares, do comprometimento renal e da própria mortalidade cardiovascular (12). Até o momento, nenhuma intervenção não farmacológica produziu tais benefícios clínicos (1).

A terapia inicial merece uma seleção cuidadosa porque a escolha correta facilita a obtenção do controle pressórico e desestimula a desobediência ao tratamento (1). Resultados demonstraram que a adesão ao tratamento no primeiro ano é muito pequena (13) e estima-se que 16-50% dos pacientes descontinuam a medicação prescrita (14).

Os pacientes devem compreender que:

- A hipertensão não é uma doença, mas uma condição fisiopatológica que aumenta a probabilidade de ocorrerem complicações cardiovasculares ou vasculares cerebrais (mas estas não são inevitáveis) (1);
- Após iniciada a terapia medicamentosa, esta deve ser seguida indefinidamente;
- As medidas tensionais variam, e aquelas obtidas no consultório dos profissionais de saúde devem ser acompanhadas de maior cuidado (1).

Grandes estudos epidemiológicos, como o ACEPT (Estados Unidos), EuroASPIRE (nove países europeus) e ASPAC (Austrália e outros países da Costa do Pacífico) mostraram recentemente que, apesar dos muitos recursos farmacológicos disponíveis, a prevalência da hipertensão permanece elevada (12).

O U. S. Joint National Committee em sua Sexta Edição (1997) recomendou os diuréticos e beta-bloqueadores como drogas de primeira escolha, exatamente pela eficácia e segurança evidenciadas ao longo de muitos anos de uso clínico (9).

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (1998), da Sociedade Européia de Cardiologia (1998) e as recomendações da OMS, baseadas em evidências e relacionadas aos aspectos metabólicos da hipertensão arterial, incluíram também como primeira escolha outras classes de medicamentos: antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e os antagonistas da angiotensina (13, 15).

As evidências para esta abertura demonstraram-se, através de resultados semelhantes, e até melhores em alguns casos, quando comparou-se diuréticos e beta-bloqueadores com estas drogas e outras mais recentes (13, 15).

Mion Junior e col. (5) quantificaram as preferências de 353 pacientes hipertensos no estudo "Abordando os conhecimentos, preferência e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico", concluindo que os mesmos preferiam o tratamento medicamentoso, por via oral, na forma de comprimidos, uma vez ao dia e pela manhã; acreditando que a hipertensão não pode ser tratada sem medicamentos (apesar de conhecerem as medidas não farmacológicas) (17).

Em 1997, Lessa e Fonseca, analisando (18) "Raça, adesão ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial", observou que dos 200 pacientes entrevistados, um quinto desconhecia o caráter incurável e as complicações da hipertensão. O estudo sugeriu que a distribuição gratuita da medicação é elemento fundamental para programas de controle, sendo necessário uma atuação mais incisiva com pacientes negros para se obter adesão. Evidenciou também que é importante em programas populacionais um destaque especial para o sexo masculino.

## ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR AS TAXAS DE ADESÃO

A hipertensão é uma patologia de fácil diagnóstico e seu tratamento é extremamente benéfico (diminuindo a morbidade e mortalidade), além de ser oferecido gratuitamente pela rede pública de saúde (10). No en-

tanto, a obtenção do êxito no controle da doença é ainda um desafio para os profissionais da saúde (9, 10), que o vivenciam na prática clínica (5).

No Brasil, há falta de disponibilidade suficiente de atendimento e carência de recursos para implementação terapêutica mais ampla. O controle da hipertensão em nossa estimada população de 15 milhões de hipertensos, situa-se abaixo dos 10%. É preocupante o grau de desinformação sobre o assunto que acomete a população em geral e profissionais da saúde (4).

Embora teoricamente o paciente tenha o direito de não seguir o tratamento, desde que assuma as responsabilidades, numa abordagem mais realista, as responsabilidades pela não-adesão devem estar divididas entre o médico, o paciente, o farmacêutico e o enfermeiro.

Considera-se também as figuras do proprietário de farmácia e do balconista, cujos pesos nessa responsabilidade parecem ser relevantes (embora ainda se necessite em nosso meio desenvolver pesquisas para determinar seus graus de participação) (7).

A linguagem utilizada pelos médicos pode não ser a mais adequada para seus pacientes. Estudos sobre comunicação entre médico e paciente demonstraram que a linguagem do paciente deve ser usada, termos médicos devem ser evitados e as orientações devem ser fornecidas de forma apropriada ao cotidiano dos mesmos (10).

Melhoria mensurável na adesão é obtida com a simplificação dos regimes terapêuticos e a combinação de estratégias de comportamento, incluindo a adaptação do hábito e ritual de tomada diária da medicação (6).

O paciente deve ser encorajado pelo profissional da saúde a fazer uso de sua medicação (18). A entrevista é uma poderosa ferramenta para apuração dos conceitos, dúvidas, dificuldades e comportamentos dos pacientes. Para otimizar o tratamento da hipertensão, é importante o estabelecimento de um "pacto terapêutico" (20).

Várias estratégias podem melhorar significativamente a adesão:

- a) Educar o paciente e envolvê-lo juntamente com seus familiares no tratamento;
- b) Encorajar mudanças no estilo de vida;
- c) Integrar a tomada de medicação nas atividades de rotina;
- d) Manter contato com o paciente (considerar telecomunicação);
- e) Estabelecer os objetivos da terapia: redução dos níveis pressóricos à níveis não hipertensivos com o mínimo ou nenhum efeito adverso (9);
- f) Estimular a participação ativa e efetiva do paciente no tratamento proposto (17);
- g) Utilizar a linguagem do paciente para que haja entendimento das recomendações (20);
- h) Optar por regimes terapêuticos simples e de ação prolongada (5);
- i) Estar disposto a parar uma terapia sem sucesso e tentar abordagem diferente;
- j) Manter os cuidados baratos e simples;
- k) Encorajar uma atitude positiva sobre a conclusão dos objetivos terapêuticos;

- l) Estimular a participação e contribuição de equipes multidisciplinares, em particular os farmacêuticos, que podem monitorar o uso dos medicamentos, fornecer informações sobre os potenciais efeitos adversos e evitar interações medicamentosas;
- m) Considerar utilizar outros membros da equipe de saúde que podem fornecer orientação nutricional ou atividades físicas (9).

Enfim, o desafio da adesão exige a participação e o comprometimento de todos: dos pacientes, que devem ser os maiores interessados em sua própria saúde; dos profissionais de saúde que estão diretamente ligados aos pacientes e dos serviços de saúde que devem estar bem estruturados e permitindo atendimento adequado (8).

Cabe salientar que, para a escolha das estratégias, deve-se considerar as diferenças individuais entre pacientes e as especificidades regionais do País (9). Qualquer estratégia adotada para melhorar a adesão deve iniciar-se com uma boa relação médico-paciente.

É consenso para este grupo de autoras que a baixa adesão ao tratamento farmacológica pelos hipertensos é fato que deveria ser visto com mais atenção pelos órgãos públicos de saúde. No Brasil, de uma população de 15 milhões de hipertensos, menos de 10% têm controle efetivo da hipertensão. Alia-se ao problema: a desinformação em relação ao assunto, distorções conceituais, problemas socioeconômicos, carência de recursos para implementação terapêutica, etc.

Necessita-se de trabalho multidisciplinar mais efetivo entre os membros da equipe de saúde; nutricionistas, epidemiologistas, médicos, enfermeiras, farmacêuticos, e até mesmo balconistas e proprietários de farmácias, com treinamento direcionado para a solução do problema e melhor estruturação dos serviços de saúde...

Necessita-se ler mais sobre o problema...

Necessita-se educar mais os profissionais da saúde para que eles possam educar mais os pacientes hipertensos...

Necessita-se dar mais atenção ao hipertenso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GOLDMAN, L., BRAUNWALD, E. *Cardiologia na Clínica Geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.123-136, 283-296, 2000.
- MARANHÃO, M.F.C. Doenças Cardiovasculares no Brasil e no Mundo – Desafios para o milênio. *Arteríola*. São Paulo: Instituto Dante Pazzanese, São Paulo, v.3, n.1, p.7, 2001.
- FUCHS, F.D., WANNMACHER, L. *Farmacologia clínica – fundamentos da terapêutica racional*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.431-443, 1998.
- FEITOSA, G. S. O desafio da Hipertensão Arterial. *Arteríola*. São Paulo: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, v.3, n.1, p.8-9, 2001.
- MION JÚNIOR, D., PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Hipertensão*. São Paulo. v.2, n.1, p.9-12, 1999.
- FELDMAN, R. et al. Adherence to pharmacologic mana-

- gement of hypertension. *Can. Journal Public Health.* v.89, n.5, p.116-118, 1998.
- MILSTEIN-MOSCATI, I., PERSANO, S., CASTRO, L. L. C. de. Aspectos Metodológicos e Comportamentais da Adesão à Terapêutica. In: CASTRO, LIA LUZITANO CARDOZO de. *Fundamentos de Farmacoepidemiologia.* Rio de Janeiro: AG. p.171-180, 2000.
- NOBRE, F., PIERIN, A.M.G., MION JR. *Adesão ao Tratamento – O Grande desafio da Hipertensão.* São Paulo: Lemos, 2001, 118p.
- DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS DOS ESTADOS UNIDOS. *Sexto Relatório da Reunião Nacional do Comitê de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial.* EUA: National Institutes of Health. 1997, 68p.
- GIORGI, D.M.A. Modelos de Comportamento e Estratégias para a melhoria da adesão. *Hipertensão, São Paulo.* v.2, p.6-8, 1999.
- NOBRE, F. Importância da monoterapia no tratamento da hipertensão arterial sistêmica e o Adalat INSIGHT Study. *Rev. Bras. Med.* v.57, n.9, p.1032-1034, 2000.
- FRANCO, R. Adesão ao tratamento como fator crítico para o sucesso terapêutico em hipertensão e diabetes. *Simpósio de Atualização: Hipertensão e Diabetes-Prevenção e Tratamento de Complicações Cardiovasculares e Renais.* São Paulo: BG Cultural. p.4-5, 1999.
- PAYNE, K.A., ESMONDE-WHITE, S. Observational studies of antihypertensive medication use and compliance: is drug choice a factor in treatment adherence. *Curr. Hypertensive Rep.* v.2, n.6, p.515-524, 2000.
- FLACK, J.M., NOVIKOK, S.V., FERRARIO, C.M. Benefits of adherence to antihypertensive drug therapy. *Eur. Heart J.* v.17, p.16-20, 1996.
- BRANDÃO, A.P. Tratando a Hipertensão Arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares. Adalat INSIGHT Study. *Revista Brasileira de Cardiologia.* v.2, n.5, p.180-183, 2000.
- MONTGOMERY, A.A., HARDING, J., FAHEY, T. Shared decision making in hypertension: the impact of patient preferences on treatment choice. *Pharm. Pract.* v.18, n.3, p.309-313, 2001.
- MION JÚNIOR, D. et al. Conhecimento, Preferências e Perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia.* v.17, n.4, p.229-236, 1995.
- LESSA, I., FONSECA, J. Raça, Adesão ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* v.68, n.6, p.443-449, 1997.
- WAEBER, B. et al. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J. Cardiovasc. Pharmacol.* v.35, n.3, p.S23-26, 2000.
- SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int. J. Cardiology.* v.76, n.2-3, p. 157-163, 2000.