

Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle

Strategies to improve adherence to treatment in patients with resistant hypertension

Mauro Silveira de Castro¹, Flávio Danni Fuchs²

RESUMO

Inúmeras condições explicam a ocorrência de hipertensão de difícil controle. Em muitos pacientes, no entanto, o problema básico é a falta de adesão ao tratamento. Há poucas investigações neste contexto, apesar de a literatura ser pródiga em abordar o problema de adesão em geral. Poucas técnicas têm se mostrado efetivas para aumentar a adesão ao tratamento. Em hipertensão arterial, especificamente, demonstramos recentemente que técnicas de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterápico podem aumentar o grau de controle de hipertensão arterial, podendo se constituir em nova e efetiva abordagem para se somar a outras que visam ao controle da hipertensão resistente.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial resistente, adesão, atenção farmacêutica.

ABSTRACT

There are many underlying reasons for resistant hypertension. In many patients, however, the main reason is lack of adherence to treatment. There are few investigations about lack of adherence in patients with resistant hypertension, but mostly on adherence at all. Few strategies have shown efficacy to improve adherence. We have shown recently that pharmaceutical care improves the control of blood pressure. It may be used together with other approaches to improve the control of blood pressure in patients with resistant hypertension.

KEYWORDS

Resistant hypertension, adherence, pharmaceutical care.

As evidências para o correto tratamento da hipertensão arterial estão estabelecidas. Entretanto, em termos de saúde pública, os resultados clínicos obtidos não atingem os esperados¹. Entre os hipertensos não controlados há pacientes que, mesmo com prescrição adequada de três anti-hipertensivos, sendo um deles um diurético, não atingem controle dos níveis pressóricos, constituindo-se nos casos de hipertensão de difícil controle². Suas causas estão determinadas²⁻¹⁰, podendo-se classificá-las em: pseudo-resistência, não-adesão ao tratamento, causas associadas ao medicamento, expansão volêmica, causas identificáveis de hipertensão e condições associadas. A tabela 1 descreve os possíveis elementos de cada uma dessas causas.

As intervenções propostas consistem na pesquisa de não-adesão, associada à análise da adequação do regime terapêutico e à investigação de interações medicamentosas e de condições associadas^{2,10}, avaliação e correção de esquemas terapêuticos^{2,8}, eliminação das razões de não-controle relativas ao prescritor e ao paciente^{2,9}, busca de causas secundárias, personalização do atendimento do paciente^{2,6}, auditoria de prescrição para identificar pacientes não-responsivos a um determinado medicamento^{2,5} e automonitorização^{2,3}.

A busca de causas específicas e a proposição de medidas corretivas só devem ser feitas após se confirmar adequado grau de adesão à prescrição.

Recebido: 16/10/2007 Aceito: 13/11/2007

1 Professor adjunto da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Farmacêutico do Ambulatório de Hipertensão do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2 Professor-associado da UFRGS, Chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Correspondência para: Flávio Danni Fuchs. Unidade de Hipertensão Arterial do Serviço de Cardiologia do HC-UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2350 – 90035-903 – Porto Alegre, RS. Fone: (51) 2101-8420. E-mail: ffuchs@hcpa.ufrgs.br

Tabela 1. Causas da hipertensão arterial de difícil controle

Pseudo-resistência

- Diagnóstico impreciso
 - Aferição inadequada da pressão arterial (PA)
 - Efeito do avental branco
- Doses e associações inapropriadas dos anti-hipertensivos
- Inércia terapêutica
- Educação incorreta do paciente
- Não-adesão ao tratamento
 - Deficiência dos serviços de atenção primária de saúde
 - Não possuem estabilidade e continuidade dos serviços
 - Falta de acessibilidade aos medicamentos prescritos
 - Esquemas posológicos inconvenientes e caóticos
 - Efeitos adversos dos medicamentos
 - Custo dos medicamentos
 - Não entendimento das instruções
 - Educação em saúde inadequada para o paciente
 - Deficiência de memória (*organic brain syndrome*)
 - Relação médico-paciente deficiente

Medicamento

- Reação adversa ao medicamento
- Interação medicamentosa
- Desconformidade na qualidade do medicamento não disponibilizando dose adequada

Causas identificáveis

- Insuficiência renal
- Hipertensão renovascular
- Feocromocitoma
- Aldosteronismo primário

Condições associadas

- Tabagismo
- Aumento da obesidade
- Apnéia obstrutiva do sono
- Resistência à insulina/hiperinsulinemia
- Consumo de álcool maior que três doses diárias das aceitas
- Hiperventilação induzida por ansiedade ou ataque de pânico
- Dor crônica
- Vasoconstrição intensa (arterite de Raynaud)

Expansão de volume (combinação de fatores)

- Excesso de ingestão de sódio
- Dano renal progressivo (nefroesclerose)
- Terapêutica diurética inadequada
- Retenção de líquidos

Desde a década de 1950 descrevem-se problemas de adesão e de atitude de prescritoras^{11,12,13}, uma situação que não se modificou ao decorrer dos anos.

Em 2002, Haynes *et al.*¹⁴, com base em busca realizada nos indexadores Medline, Cinahl, Psychlit, Sociofile, IPA, Embase e The Cochrane Library, no período compreendido entre 1967 a agosto de 2001, encontraram 6.568 citações, incluindo 101 artigos de revisão e 549 ensaios clínicos sobre a questão da adesão. Entre os ensaios clínicos que testaram intervenções para aumentar a adesão, somente 33 apresentaram condições metodológicas mínimas. A análise de Haynes *et al.* não evidenciou intervenção eficaz para otimizar os resultados terapêuticos. Eles sugeriram, entretanto, que a combinação de diferentes intervenções é promissora. Em nova metanálise, Haynes *et al.* chegaram à mesma conclusão¹⁵. DiMatteo *et al.*¹⁶, analisando a relação entre adesão e desfecho clínico, encontraram 9.035 citações. Destas, 650 eram estudos experimentais e apenas 63 preencheram os critérios de definição de adesão e método de medida, bem como tiveram amostra maior que 10, além de correlacionar adesão e desfecho clínico. Os resultados assinalam que a adesão reduz o risco de resultado terapêutico nulo ou baixo em 26%, e a probabilidade de um paciente com adesão atingir resultados terapêuticos desejados é três vezes maior que o de pacientes que não aderem ao tratamento. No caso da hipertensão arterial sistêmica, o risco relativo estimado é de 3,44 (IC = 1,60 - 7,37).

Em 2002, Schroeder *et al.*¹⁷ apontaram que a simplificação do tratamento anti-hipertensivo é uma das intervenções capazes de ajudar no controle da pressão arterial em pacientes ambulatoriais, e a utilização de intervenções complexas mostrava-se promissora.

Nova metanálise realizada por Schroeder *et al.*¹⁸ identificou a utilização de um sistema organizado de revisão regular dos serviços prestados, associado a uma rigorosa farmacoterapia anti-hipertensiva, como a melhor intervenção a ser realizada. Também se revelou promissor para o controle da hipertensão a participação de farmacêuticos ou enfermeiros nos cuidados do paciente. Recentemente, nosso grupo demonstrou que o farmacêutico pode aumentar o grau de adesão e correção do tratamento anti-hipertensivo¹⁹. Em ensaio clínico randomizado, demonstramos que técnicas de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterápico aumentam a probabilidade de controle de pressão arterial¹⁹. Em outro estudo, demonstrou-se que a manutenção de uma intervenção farmacêutica aumenta o grau de controle da pressão arterial²⁰.

Em síntese, não há uma abordagem isolada que solucione o problema da hipertensão resistente. No que tange a adesão, a soma de estratégias, a cargos de diversos especialistas, pode contribuir efetivamente para o aumento do grau de controle de pressão arterial em pacientes com hipertensão resistente.

Metanálises e revisões sistemáticas que avaliem intervenções que visem ao aumento de adesão em pacientes hipertensos com hipertensão arterial de difícil controle não foram encontradas, apesar de se reconhecer que a não-adesão é o maior problema nessa condição⁶. A literatura aborda a questão de adesão de forma genérica, enfocando a hipertensão muitas vezes.

REFERÊNCIAS

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, *et al.* Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
2. Kaplan NM. Resistant hypertension. *J Hypertens* 2005;23:1441-4.
3. Amar J. Patients with resistant hypertension. *J Hypertens Suppl* 2007; Suppl 1:S3-6.
4. Gonçalves SC, Martinez D, Gus M, *et al.* Obstructive sleep apnea and resistant hypertension: a case-control study. *Chest* 2007;132:1858-62.
5. Hirsch S. A different approach to resistant hypertension. *Cleve Clin J Med* 2007;74:449-56.
6. Park J, Campese V. Clinical characteristics of resistant hypertension: the importance of compliance and the role of diagnostic evaluation in delineating pathogenesis. *J Clin Hypertens* 2007;9:7-12.
7. Pimenta E, Calhoun DA, Oparil S. Mecanismos e tratamento da hipertensão arterial refratária. *Arq Bras Cardiol* 2007;88:683-92.
8. Taler SJ. Treatment of resistant hypertension. *Curr Hyperten Rep* 2005;7:323-9.
9. Tykarski A. Resistant hypertension. *Blood Press Suppl* 2005;2:42-5.
10. Vidt DG. Pathogenesis and treatment of resistant hypertension. *Minerva Med* 2003;94:201-14.
11. Wright EC. Non-compliance – or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993 Oct;342:909-15.
12. Dixon WM, Stradling P, Woolton DP. Outpatient PAS therapy. *Lancet* 1957;2:871-2.
13. Sackett DL, Snow JC. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
14. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Oxford: Update software.
15. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Oxford: Update software.
16. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794-17.
17. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervention for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Oxford: Update software.
18. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (Cochrane Review). *Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
19. Castro MS, Fuchs FD, Santos MC, *et al.* Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens* 2006;19:528-33.
20. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:2563-71.