

Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Jadelson P. Andrade, Fábio Vilas-Boas, Hildenizia Chagas, Marianna Andrade

Salvador, BA

Objetivo - Analisar as razões apresentadas pelos pacientes para interromper o tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Métodos - Em estudo observacional transversal, foi aplicado questionário e aferida a pressão arterial de 401 pacientes em diferentes centros no estado da Bahia. Os pacientes selecionados apresentavam diagnóstico de HAS e estavam sem tratamento anti-hipertensivo por pelo menos 60 dias. As características clínico-epidemiológicas foram analisadas e comparadas entre os grupos.

Resultados - Dos 401 pacientes, 58,4% eram mulheres, sendo que 55,6% brancas; dos homens, 60,5% eram brancos. As principais razões para a não aderência ao tratamento foram (para homens e mulheres respectivamente): normalização da pressão arterial (41,3% e 42,3%), seguindo-se efeitos colaterais das medicações (31,7% e 24,8%); esquecimento do uso (25,2% e 20,1%), custo da medicação (21,6% e 20,1%), receio de misturar com álcool (23,4% e 3,8%), desconhecimento da necessidade de continuação do tratamento (15% e 21,8%), uso de tratamento alternativo (11,4% e 17,1%), medo de intoxicação (9,6% e 12,4%), medo de hipotensão (9,6% e 12%) e medo de misturar com outras drogas (8,4% e 6,1%).

Conclusão - Nossos dados sugerem que a maioria dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da HAS está relacionada à desinformação do paciente e que apesar da evolução das drogas anti-hipertensivas, os efeitos colaterais ainda são responsáveis por grande parte do abandono ao tratamento.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica, tratamento, aderência

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador
Correspondência: Jadelson Andrade - Av. Juracy Magalhães Jr, 2096 – S/ 411 - 40920-000 - Salvador, BA - E-mail: jad@bahianet.com.br
Recebido para publicação em 6/4/01
Aceito em 10/10/01

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade universal^{1,2}, e identificada como um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva^{3,4}. A elevada prevalência desta condição clínica e as devastadoras sequelas atribuídas ao não adequado controle da pressão arterial estão bem documentadas e incluem, além das doenças cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura. O impacto desses dados e a perspectiva do controle da elevação da pressão arterial, através de estratégia terapêutica bem aplicada, justifica a alta prioridade que deve ser dada à sua detecção pelos médicos, tanto os clínicos gerais como os especialistas^{5,6}.

Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada. Dados epidemiológicos da população dos EUA têm evidenciado que de 54% das pessoas que sabem ser hipertensas e recebem tratamento para esta condição, apenas 27% têm a sua pressão arterial controlada em níveis recomendados^{2,7}.

Um fator que contribui significativamente para o não controle da pressão arterial, motivando a realização de estudos e pesquisas é a não aderência ao tratamento. Entende-se que os pacientes que têm a sua pressão arterial bem controlada são aqueles que, presumidamente, mantêm uma boa aderência. Aqueles que não têm a sua pressão sob controle são os que têm uma aderência ao tratamento passível de questionamento⁸⁻¹².

Estudos recentes demonstram que dos novos pacientes com diagnóstico de HAS que iniciam a terapêutica, cerca de 16% a 50% descontinua a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado^{13,14}.

Assim, a não aderência constitui um sério problema e deve ser entendida como um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS. A identificação de fatores

determinantes da não aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento é, portanto, de vital importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios^{15,16}. Uma vez identificados, esses fatores devem ser permanentemente incorporados como objetos de intervenção da prática médica, a fim de que se almeje o controle adequado dos níveis pressóricos dos hipertensos, reduzindo os elevados índices epidemiológicos de complicações clínicas, internamentos hospitalares e o alto custo do tratamento final^{17,18}.

O objetivo deste estudo foi descrever as razões referidas pelos pacientes para interromper o tratamento da HAS em uma amostra populacional selecionada aleatoriamente em nosso meio.

Métodos

Durante um período de seis meses em cada centro, em 10 cidades no estado da Bahia, foram estudados, seqüencialmente, pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico estabelecido de HAS, que se encontravam sem tratamento anti-hipertensivo há pelo menos 60 dias. Procurou-se identificar as variáveis relacionadas ao abandono do tratamento anti-hipertensivo instituído.

Questionários padronizados foram distribuídos entre 31 cardiologistas que mantêm consultórios privados e atendimentos ambulatoriais na rede pública (SUS) nas cidades selecionadas. Os questionários continham informações demográficas, sócio-culturais, dados relacionadas à doença, ao início do tratamento e as razões para abandono do tratamento, bem como todas as orientações de padronização para coleta dos dados, incluindo a medição da pressão arterial.

Os dados foram coletados entre outubro/96 e julho/97 e enviados para compilação e análise no centro coordenador do estudo. Os pacientes estudados de ambos os sexos tinham diagnóstico de HAS de acordo com os critérios do II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia^{19,20}.

Para serem incluídos no estudo, os pacientes deveriam ter sido submetidos a tratamento medicamentoso anti-hipertensivo por indicação médica e abandonado o tratamento, por decisão própria, há pelo menos 60 dias. Durante a entrevista médica, os dados foram coletados através da aplicação do questionário e a pressão arterial aferida de forma padronizada, em posição sentada no braço direito, utilizando-se esfigmomanômetro de coluna de mercúrio, graduado de 0 a 300 de 2 em 2mmHg, previamente calibrado. O valor da pressão arterial utilizados foi a média simples de três medições com intervalos de 5 minutos de repouso. Os dados foram digitados no centro coordenador, seguido de análise descritiva, sendo utilizado o teste do qui-quadrado para análise das diferenças entre proporções.

Resultados

As principais características demográficas estão relacionadas na tabela I. Durante o período pré-estabelecido de

coleta de dados, foram identificados 401 pacientes que preenchiam os critérios do estudo. Desses, 58,4% eram mulheres, das quais 55,6% eram brancas; 41,6% eram homens, sendo 60,5% brancos.

As principais causas para o abandono ao tratamento estão relacionadas na figura 1. A normalização da pressão arterial foi a principal razão encontrada para a não aderência ao tratamento (41,3% dos homens e 42,3% nas mulheres, $p=0,84$), seguindo-se os efeitos colaterais das medicações (31,7% para os homens e 24,8% para as mulheres $p=0,12$), esquecimento do uso da medicação, (25,2% homens e 20,1% mulheres, $p=0,22$) e o custo da medicação (21,6% homens e 20,1% mulheres, $p=0,71$).

Em relação às raças, as principais razões para o abandono foram também a normalização da pressão arterial (43,2% brancos e 40% negros, $p=0,51$); efeitos colaterais das medicações (22,9% brancos e 34,1% negros, $p=0,013$); esquecimento do uso de medicação (22,1% brancos e 22,4% negros, $p=0,94$) e custo da medicação (21,2% brancos e 26,4% negros, $p=0,21$).

O receio de associar as medicações anti-hipertensivas

Tabela I - Características demográficas da população estudada

Característica	N	(%)
Sexo		
Masculino	167	(41,6)
Feminino	234	(58,4)
Raça		
Branca	231	(57,6)
Negra	170	(42,4)
Idade		
< 40 anos	42	(10,5)
40 – 60 anos	207	(51,6)
> 60 anos	152	(37,9)
Instrução		
Analfabeto	26	(6,5)
Primário	204	(50,9)
Secundário	136	(33,9)
Superior	35	(8,7)

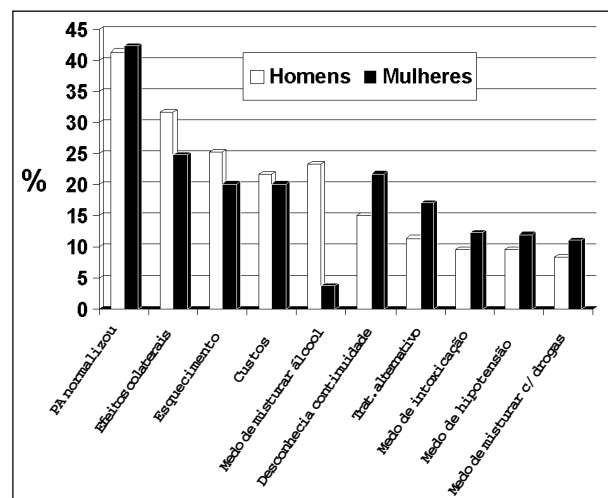


Fig. 1 - Causas de interrupção do tratamento.

ao uso de álcool foi citado como uma das causas mais importantes de abandono do tratamento. Esse dado foi muito mais comum nos homens que nas mulheres (23,4% homens e 3,8% mulheres, $p < 0,01$), porém não houve diferença entre as raças (12,5% brancos e 11,2% negros, $p = 0,67$).

Em relação ao tempo de interrupção do tratamento, a maioria dos pacientes havia interrompido o tratamento há menos de seis meses da entrevista (56,2 homens e 61,1% mulheres, $p = 0,33$; 61% brancos e 54,7% negros, $p = 0,2$). Entre 6 e 12 meses, 29,1% dos homens e 25,6% das mulheres não estavam fazendo uso das medicações. Apenas 14,4% dos homens e 14,1% das mulheres estavam sem tratamento acima de 12 meses (fig. 2).

Quanto maior a duração da HAS, maior foi o percentual de abandono do tratamento, tanto em homens como em mulheres (fig. 3). Aqueles hipertensos crônicos, acima de 10 anos de diagnóstico, apresentaram o maior percentual de abandono (30,5% homens e 32,4% mulheres), seguidos daqueles com 5 a 10 anos de diagnóstico (24% homens e 24,8% mulheres). Os hipertensos com diagnóstico mais recente

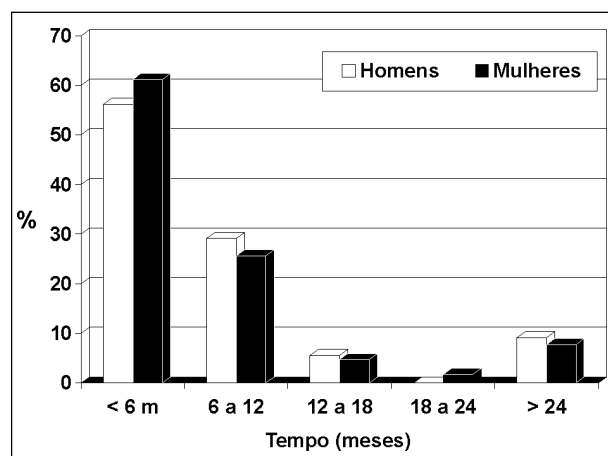


Fig. 2 - Tempo de interrupção do tratamento de acordo com o sexo.

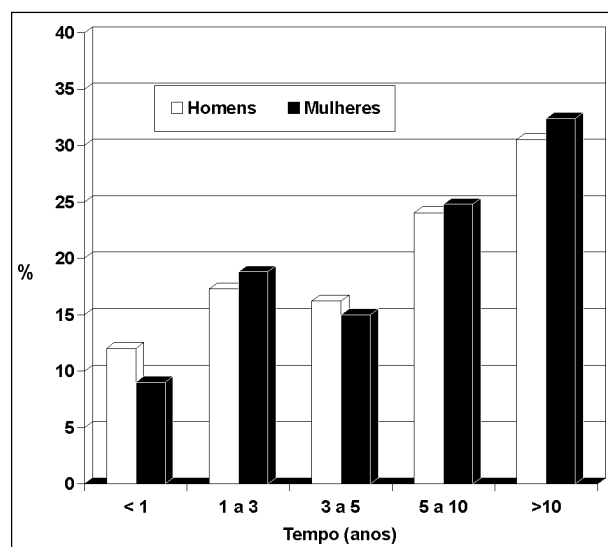


Fig. 3 - Duração da hipertensão dos pacientes que abandonaram o tratamento.

(< 1 ano) tiveram o menor índice de abandono (12% homens e 9% mulheres).

As razões predominantes para retorno ao tratamento estão relacionadas na figura 4. Tanto em homens como em mulheres, as principais razões foram: a identificação de pressão arterial elevada no retorno ao consultório (31,7% homens e 34,2% mulheres) e o aparecimento de sintomas atribuídos a HAS descompensada (30,5% homens e 20,2% mulheres). Uma consulta de avaliação rotineira, o *checkup*, foi responsável pela identificação de parcela significativa da população (25% homens e 14,5% mulheres). A presença de manifestação de crise hipertensiva também foi determinante do retorno ao tratamento (22,2% homens e 14,5% mulheres).

No retorno ao consultório, apenas 7% dos homens brancos e 4,5% dos homens negros tinham a pressão arterial sistólica normal. Alguns pacientes chegaram a apresentar níveis de pressão arterial sistólica acima de 210mmHg (5,9% dos homens brancos e 10% dos homens negros). No grupo das mulheres observou-se que 10% das brancas e 2,9% das negras estavam com a pressão arterial sistólica controlada, enquanto 9,2% e 5,7%, respectivamente, tinham a pressão arterial sistólica >210mmhg.

A análise do comportamento da pressão arterial diastólica evidenciou níveis desejáveis em 5% dos homens brancos e 4,5% dos homens negros e nas mulheres em 9,2% das mulheres brancas e 3,8% das mulheres negras.

Discussão

A aderência ao tratamento farmacológico de longa duração da HAS é considerada muito baixa, aproximadamente 50%. Essa não aderência tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pela falta de controle da pressão arterial com suas implicações deletérias já conhecidas. A identificação dos fatores determinantes da não aderência e o seu melhor conhecimento poderiam permitir a

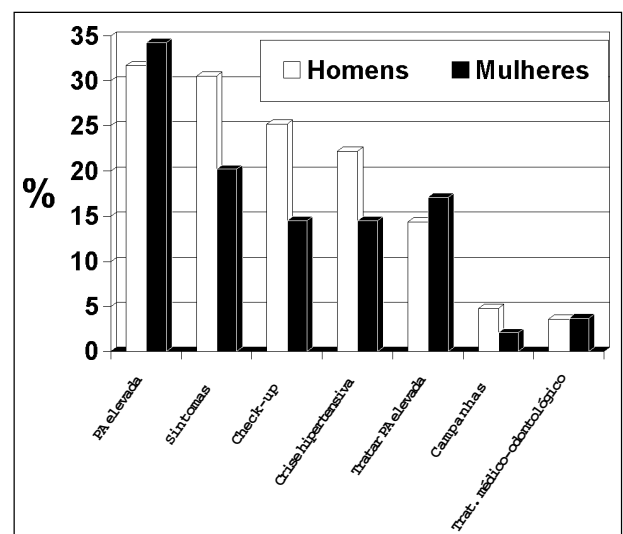


Fig. 4 - Razões para reassumir o tratamento.

implementação de medidas que possibilitem a sua correção, favorecendo a aderência e propiciando o controle adequado dos níveis tensionais^{15,16}.

Neste estudo, procuramos identificar e descrever as razões determinantes da interrupção do tratamento, por decisão própria, em pacientes com diagnóstico de HAS. Buscamos ainda analisar algumas variáveis demográficas, tentando identificar fatores causais diferenciados. De acordo com Flack JM e cols.¹¹, mulheres tendem a aderir melhor ao tratamento anti-hipertensivo e alcançar mais o controle da pressão arterial do que os homens. As principais razões para a não aderência, identificadas em nosso estudo, salientam-se para causas multifatoriais, envolvendo desde a falta de orientação adequada até aspectos socioeconômicos.

Entre as razões mais citadas pelos pacientes no presente estudo, a maioria reflete a falta de uma comunicação mais adequada entre o paciente e o seu médico em relação à doença e às sérias conseqüências do abandono ao tratamento. Essa comunicação inadequada pode ser devida tanto à insuficiência de informação prestada, como também à incapacidade de percepção do paciente. De uma forma ou de outra, fica claro que estratégias devem ser desenvolvidas para melhorar a comunicação da informação médica, no intuito de aumentar a aderência ao tratamento proposto^{21,22}.

A identificação de efeitos colaterais ao tratamento farmacológico instituído representa a segunda causa de abandono. Esse dado constitui uma situação inesperada, dada a disponibilidade de medicações modernas e com baixo perfil de efeitos adversos existentes atualmente no mercado, o que pode ser atribuído, ao menos em parte, à dificuldade de acesso às novas medicações, tanto por questões financeiras como por falta de experiência médica com as mesmas. Todavia, como no presente estudo não foi analisado o tipo de medicação anti-hipertensiva, não é possível fazer afirmações mais consistentes a esse respeito. Ainda há a possibilidade de que os efeitos colaterais descritos não sejam realmente causados pelas drogas utilizadas, mas devam ser atribuídas aos sintomas próprios da HAS. No estudo TOHMS (Treatment of Mild Hypertension Study)¹⁶, os pacientes hipertensos tratados com drogas tiveram menor relato de calafria do que aqueles tratados com placebo, apesar de estarem com a mesma média de pressão arterial. De acordo com Edmonds e cols.¹⁷, os sintomas descritos como efeitos

colaterais pelos pacientes hipertensos em tratamento farmacológico ocorrem principalmente no início da terapia e diminuem com o tempo, causados e, mais provavelmente, por fatores psicológicos do que farmacológicos.

Um aspecto interessante deve ser ressaltado em relação ao consumo de álcool. Embora os pacientes hipertensos devam ser orientados a reduzir a ingestão de álcool, é preciso rever a forma como essa orientação tem sido passada, pois é possível que esteja ocorrendo uma má interpretação, especialmente pelos pacientes do sexo masculino. O fato de se encontrar nos homens um significativo relato de abandono ao tratamento pelo receio em utilizar as medicações simultaneamente com álcool, demonstra que uma importante parcela da população hipertensa prefere continuar consumindo álcool em detrimento das medicações anti-hipertensivas. Esse achado indica a necessidade de um melhor esclarecimento à essa população sobre as razões para redução do consumo de bebidas alcoólicas deixando clara, no entanto, a ausência de interação medicamentosa com o álcool.

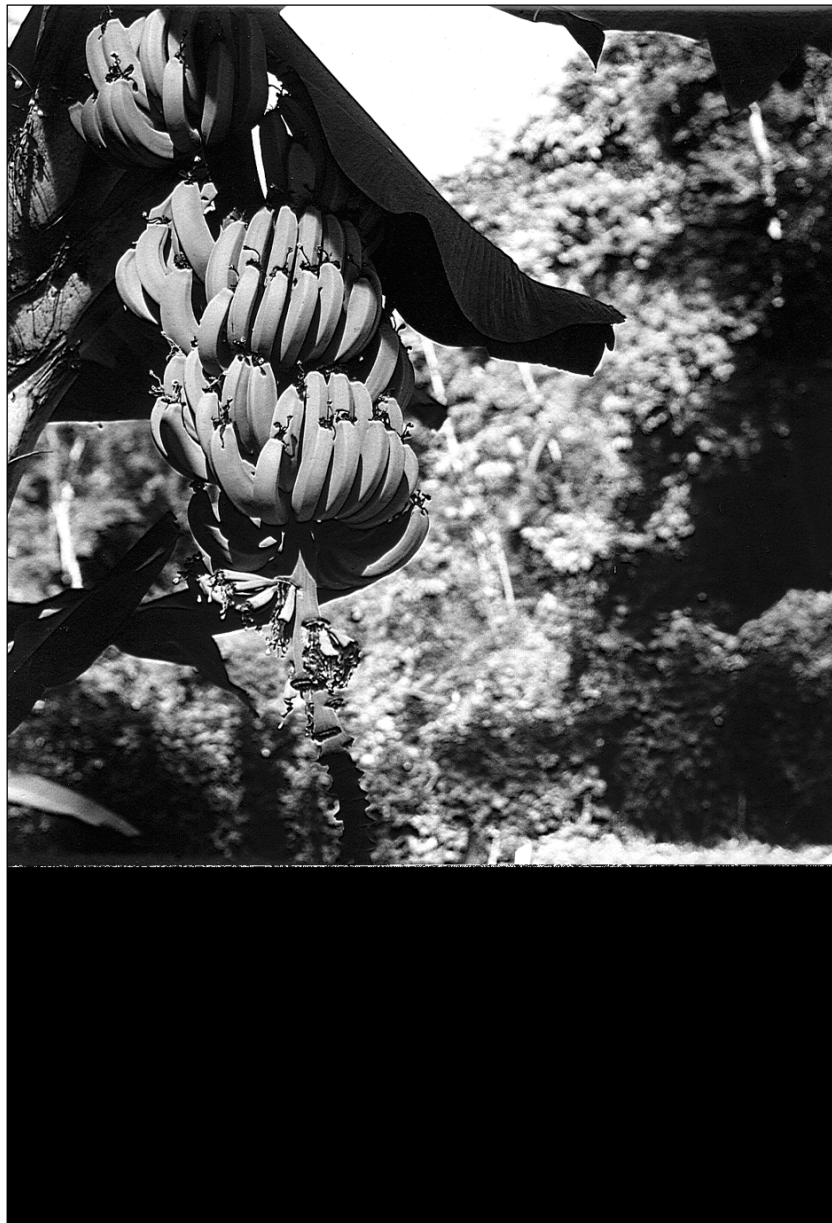
Um outro ponto relevante foi a relação entre tempo de doença e grau de abandono do tratamento. Na população estudada, quanto maior o tempo de diagnóstico de HAS maior foi o grau de abandono do tratamento, a despeito da existência de um maior intervalo de tempo para conscientização dos pacientes. Contraditoriamente, segundo revisões de Haynes e cols.¹⁸ e Luscher e cols.²¹, as menores taxas de aderência são descritas por estudos realizados imediatamente após o início da terapia, refletindo tanto perda de seguimento como taxa inicial de abandono.

As campanhas educacionais para controle da pressão arterial não foram mencionadas como razões predominantes para retorno dos pacientes ao tratamento, como seria de se esperar. Entre as razões citadas para o retorno, as campanhas representam menos de 5%. No entanto, isso não desqualifica nem desfaz a importância de sua realização. Muhlhauser e cols.²⁰ descreveram a importância e o benefício de um programa de educação no controle da HAS e na aderência ao tratamento. Muitos dos pacientes do nosso estudo podem ter retornado ao seu médico ou buscado verificar os seus níveis tensionais como conseqüência de campanhas de prevenção, o que indiretamente afeta o retorno ao tratamento. Talvez seja necessário inserir nas mesmas a mensagem de que o tratamento da HAS é para a vida toda e que somente o médico está autorizado a modificá-lo, além de outras possíveis reorientações.

Referências

1. Semeciwi RM, Morrison HI, Mao Y, et al. Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: results from the Nutrition Canada Survey Cohort. *Int J Epidemiol* 1988; 17: 317-24.
2. Burt VL, Whelton P, Rocella EJ, et al. Prevalence of Hypertension in the US adult Population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25: 305-13
3. Rabkin SW, Matthewson FAL, Tate RB. Predicting risk of ischemic heart disease and cerebrovascular disease from systolic and diastolic blood pressure. *Ann Intern Med* 1978; 88: 342-5.
4. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart Disease. *Lancet* 1990; 335: 765-74.
5. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and Treatment. *JAMA*. 1996; 275: 1571-6.
6. Ebrahim S. Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of Stroke: a systematic review. *Health Technol Assessment* 1998; 2: 20-8.
7. The six report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.

8. Lücher TF, Vetter H, Siegenthaler W, et al. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens* 1985; 3: 3-9.
9. Hershey JC, Morton BG, Davis JB, et al. Patient compliance with antihypertensive medication. *Am J Public Health* 1980; 70: 1081-9.
10. Feldman R, Bacher M, Campbell C, et al. Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Can J Public Health* 1998; 89: 116-8.
11. Flack JM, Novikov SV, Ferrario CM, et al. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J* 1996; 17(suppl A), 16-20.
12. Teresa MZ, Karin SC. Hypertension and current issues in compliance and patients outcome. *Current Hypertension Reports* 2000; 2: 510-4.
13. Dusing R, Weisser B, Mengden T, et al. Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and adherence. *Blood Press* 1998; 2: 20-8.
14. Caro JJ, Speckman JL, Sals M, et al. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. *Can J Med Assoc* 1999; 160: 41-6.
15. Bartuci MR, Perez S, Pugsley P, Lombardo B. Factors associated with adherence in hypertensive patients. *ANNA J* 1987; 14: 245-8.
16. The treatment of Mild Hypertension Research Group (TOMHS). A randomized, placebo controlled trial of a nutritional-bygienic regimen along with various drug monotherapies. *Arch Intern Med* Ano????; 151: 1413-23.
17. Edmonds D, Greminger P, Venter W, Baumgart P, Vetter H. The neglected time factor and antihypertensive therapy. A pitfall in evaluating side effects in a cross over study. *Postgrad Med J* 1988; 83: 40-5.
18. Haynes RB. Improving patient compliance in the management of hypertension. In: Kaplan NM, Ram CV. (Eds). *Individualized Therapy of Hypertension*. New York: Marcel Dekker Inc., 1995; 257-73.
19. II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *J Bras Nefrol* 1994; 162: S257-S78.
20. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *HiperAtivo* 1999; 6: 106-67.
21. Lauscher TF, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter W. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertension* 1985; 3: 3-9.
22. Mudhauser L, Sawicki PT, Diczilurgeir U, et al. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on hypertension in general practice. *Clin Exper Hypertension* 1993; 15: 124-42.



Ubatuba - SP

Luíza Guilherme - SP