

Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos

Relationship between Regular Attendance to Ambulatory Appointments and Blood Pressure Control among Hypertensive Patients

Eduardo Barbosa Coelho, Miguel Moysés Neto, Raquel Palhares, Maria Camila de Miranda Cardoso, Tufik José Magalhães Geleiete, Fernando Nobre
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) - Ribeirão Preto, SP

OBJETIVO

Nosso objetivo foi determinar a taxa de pacientes hipertensos com a pressão arterial (PA) controlada (<140x90 mmHg) e estudar sua relação com a assiduidade às consultas ambulatoriais.

MÉTODOS

Foram analisados, de forma aleatória e retrospectiva, 245 prontuários de pacientes hipertensos seguidos na Unidade Clínica de Hipertensão Arterial do HCFMRP-USP no período de um ano. Os pacientes foram classificados como assíduos (A) e faltosos (F) definidos como atraso a consulta agendada em prazo maior que 30 dias. A média das três medidas anteriores a data do agendamento foi calculada para a determinação da taxa de pacientes com a PA controlada (<140x90 mmHg). A observância ao tratamento proposto foi inferida através de questionário aplicado durante a pré-consulta pela equipe de enfermagem.

RESULTADOS

Dos 245 pacientes analisados, 220 foram classificados como A (89,7%) e 25 (10,3%) como F. Os pacientes do grupo A mostraram uma maior taxa de controle da PA quando comparados com F (30% vs 8%, $p=0,02$, teste exato de Fischer). A aderência relatada pelos pacientes ao tratamento farmacológico foi maior nos pacientes A que F (91% vs 56%, $p<0,05$) assim como para o tratamento não farmacológico (63% vs 44%, $p<0,05$).

CONCLUSÃO

Embora a taxa de controle da pressão arterial seja baixa na população estudada, observa-se pior aderência ao tratamento e controle da PA em indivíduos com hábito de faltar às consultas agendadas.

PALAVRAS-CHAVE

hipertensão, aderência, tratamento, pressão arterial

OBJECTIVE

Our objective was to determine the rate of hypertensive patients with controlled BP (BP <140x90 mmHg) and to study its relationship with regular attendance to ambulatory appointments.

METHODS

A total of 245 medical records from patients followed up at the Unidade Clínica de Hipertensão Arterial (Clinical Unit of Arterial Hypertension) HCFMRP-USP for a period of one year were randomly and retrospectively reviewed. The patients were classified as assiduous (A) and as regularly absent to scheduled appointments (F), with the second group being defined as those who failed to appear longer than 30 days after the scheduled appointment. The mean of three measurements prior to the date of the scheduled appointment was calculated to determine the rate of patients with controlled BP. Compliance with the treatment was inferred through a questionnaire applied by the nurse team before the appointment.

RESULTS

From the 245 patients analyzed, 220 were classified as A (89.7%) and 25 (10.3%) as F. Group A patients showed a higher rate of BP control than F patients (30% vs. 8%, $p=0.02$, Fischer exact test). Compliance with pharmacological treatment was higher in A patients than in F patients (91% vs. 56%, $p<0.05$) as well as to non-pharmacological treatment (63% vs. 44%, $p<0.05$).

CONCLUSION

Although the rate of blood pressure control was low in the population studied, lower compliance with the treatment and BP control was observed in individuals who usually missed the scheduled appointments.

KEY WORDS

hypertension, compliance, treatment, blood pressure

Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial deve-se a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva, ou seja, a não observância da prescrição de medidas medicamentosas ou não medicamentosas para o controle da pressão arterial (PA)¹. O conhecimento dos fatores que afetam a adesão torna-se, desta forma, fundamental na avaliação, em longo prazo, da efetividade do tratamento anti-hipertensivo proposto. Pacientes, com má adesão à terapêutica, podem levar o médico a julgar erroneamente o tratamento instituído, supondo que ele não possua eficácia. Essa suposição pode acarretar tomada de decisão terapêutica equivocada, seja através do aumento da dose, troca por outra classe ou, ainda, a adição de um novo medicamento ao esquema anti-hipertensivo previamente prescrito. Adicionalmente, pode haver indução ao diagnóstico de hipertensão arterial refratária e desencadeamento de investigação diagnóstica para causas de hipertensão arterial secundária, acarretando ônus adicional e sofrimento desnecessário aos doentes². Detalhar os mecanismos pelos quais os pacientes comportam-se como não aderentes não é tarefa simples, seja pela carência de métodos acurados ou pela sua característica multifatorial³. A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica, por período de tempo indefinido, sofre influência de fatores próprios do paciente e por outros desencadeados pelo médico. Os principais fatores atribuídos aos pacientes são relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde⁴. Ao médico cabe o papel de incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença. É, também, papel do médico manter constante vigilância para o surgimento de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos, usando critérios baseados na epidemiologia clínica e nos resultados de estudos clínicos bem delineados para a seleção e individualização do melhor agente anti-hipertensivo para um dado doente⁵. As taxas de pacientes hipertensos com pressão arterial controlada têm se mostrado baixas, considerando-se como alvo de controle valores de pressão arterial menores que 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica. Tem-se reportado correlação entre o número de retornos/ano e o melhor controle da pressão arterial². Embora ainda não estudada, uma das possíveis maneiras indiretas de se inferir sobre uma das facetas da adesão ao tratamento anti-hipertensivo proposto é a observação da assiduidade do comparecimento às consultas agendadas. Essa simples medida pode evidenciar o desejo do paciente tratar a sua doença e revelar a percepção da sua consciência de possuir um problema de saúde que necessita de cuidados. Assim, nosso principal objetivo foi determinar a taxa de pacientes hipertensos com PA controlada (<140x90 mmHg) e estudar sua relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais, em uma amostra casual de pacientes seguidos na Unidade Clínica de Hipertensão (UCH) das Divisões de Cardiologia e Nefrologia, do Hospital das Clínicas da FMRP, da USP.

MÉTODOS

As características do atendimento do ambulatório da UCH foram descritas em publicação anterior⁶. É importante ressaltar que esse ambulatório é constituído por equipe multiprofissional composta por enfermeiras, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogas, médicos e docentes das Divisões de Nefrologia e Cardiologia, do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Foram avaliados 245 pacientes, seguidos no ambulatório, em um período de um ano. Eles foram selecionados por sorteio, sendo seus prontuários analisados de forma retrospectiva considerando-se as consultas periódicas que devem fazer a cada 3 meses, como parte do protocolo de atendimento do serviço. Todos os pacientes foram submetidos, em cada visita, a duas medidas da pressão arterial pela equipe de enfermagem da UCH de acordo com as orientações estabelecidas nas IV Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Hipertensão Arterial⁷, utilizando-se esfigmomanômetro de coluna de mercúrio (Baumanometer - W.A. Baum Co. Inc., Copiague, New York, USA, 11726), com o tamanho da braçadeira corrigido pela medida prévia da circunferência do braço. Para cada paciente, foram calculadas as médias das pressões arteriais sistólica/diastólica das últimas três consultas, definindo-se como controlados aqueles com pressões sistólica e diastólica menores que 140x90 mmHg, respectivamente. Foram classificados como assíduos, os pacientes que compareceram às consultas até 30 dias da data previamente agendada para o seu retorno. Pacientes que retornaram com períodos superiores há 30 dias ou que abandonaram o tratamento foram definidos como faltosos. Através de ficha com questionário estruturado, indagou-se aos pacientes quanto ao uso correto dos medicamentos prescritos e se eles seguiam, ou não, o tratamento não medicamentoso orientado.

As relações entre as proporções de pacientes assíduos e faltosos e o controle da pressão arterial foram analisadas empregando-se o teste exato de Fischer e estabelecendo, como nível de significância, alfa menor que 5%.

RESULTADOS

Do total de pacientes, 67,7% eram do sexo masculino, 75,9% da raça branca, e 24% negros. A idade média foi de 36±14,9 anos, variando de 17 a 86 anos. Dos 245 pacientes analisados, 220 foram classificados como assíduos (89,7%) e 25 (10,3%) como faltosos, sendo que, desses últimos, 17 pacientes abandonaram os retornos, perfazendo uma taxa de abandono de 6,9%. Os pacientes assíduos apresentaram uma maior taxa de controle da pressão arterial quando comparados aos faltosos (30% vs. 8%, respectivamente, p=0,02). No grupo dos pacientes assíduos, 66 pacientes (30%)

estavam com as pressões arteriais sistólica e diastólica controladas, enquanto 99 (45%) não tinham nenhuma delas controladas. Os 55 restantes (25%) não apresentavam controle ou da sistólica ou da diastólica. Dos 25 pacientes faltosos, somente dois (8%) tinham pressões diastólica e sistólica controladas, 19 (76%) não tinham controladas nenhuma delas, e 4 (16%) mostravam controle da pressão sistólica ou da diastólica (tab. I).

Universitário de atendimento terciário, a assiduidade às consultas é elevada. Esse comportamento demonstra que os pacientes desse serviço têm a percepção de serem portadores de uma condição de saúde que inspira cuidados médicos, desejando se tratar. Observa-se, também, que o comportamento de assiduidade às consultas está associado a uma melhor taxa de controle da pressão arterial e de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso, ou

Tabela I - Avaliação do seguimento de 245 pacientes com relação ao controle das pressões sistólica e diastólica.

Situação do seguimento	PAS e PAD controladas	Sem controle da PAS e PAD	Somente PAS controlada	Somente PAD controlada	Número de pacientes
Assíduos n (%)	66 (30)*	99 (45)	22 (10)	33 (15)	220 (100)
Faltosos n (%)	2 (8)	19 (76)	2 (8)	2 (8)	25 (100)
Total (n)	68	118	24	35	245

*PAS = Pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; * P=0,02 (assíduos vs. faltosos).*

A aderência relatada pelos pacientes ao tratamento medicamentoso, delineada na tabela II, foi maior nos pacientes assíduos que nos faltosos (90,9% vs 56%, respectivamente, $p < 0,05$), assim como, para o tratamento não medicamentoso (62,7% vs 45,8%, respectivamente, $p < 0,05$).

não, da hipertensão arterial. Apesar disso, apenas um terço desses doentes, aproximadamente, conseguiram obter controle da pressão arterial, considerando-se os valores preconizados pela IV Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Esse dado não diferiu de nossas análises anteriores, desde o ano de 1956. Essa não parece ser uma situação isolada, já que dados do National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES II e III, mostram percentagem de 29% de controle, em intervalo de estudo de 12 anos¹⁰.

Tabela II - Avaliação do seguimento de 245 pacientes hipertensos com relação ao auto relato de aderência ao tratamento orientado

Situação do seguimento (n)	Tratamento Orientado	
	Aderentes ao tratamento medicamentoso n (%)	Aderentes ao tratamento não medicamentoso n (%)
Assíduos (220)	200 (90,9)*	138 (62,7)*
Faltosos (24)	14 (56,0)	11 (45,8)
Total (245)	214 (87,3)	149 (60,8)

** P < 0,05, assíduos vs. faltosos.*

Com relação ao abandono ao seguimento ambulatorial na UCH - FMRP - USP, observamos que, desde 1995, essa taxa diminuiu sensivelmente. Em 1995, o nível de abandono encontrava-se entre de 45 a 61%, passando ao longo de dois anos para 20,4% e, atualmente, para números ainda menores, chegando a 6,9%. É possível que a alta taxa de observância às consultas seja uma busca de segurança e cuidados em relação à doença que sabem possuir.

DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares são a maior causa de morte na maioria dos países ocidentais, inclusive no Brasil. A hipertensão é um fator independente de risco para doença coronariana, acidentes vasculares cerebrais, aterosclerose, retinopatia e nefropatia. Está bem consolidado na literatura que o tratamento da hipertensão arterial reduz, significativamente, o risco de complicações cardiovasculares, particularmente acidentes vasculares cerebrais^{8,9}. Entretanto, apesar de cada vez mais se dispor de novos fármacos, com eficácia comprovada em reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial, e de se propagar maciçamente os ricos que a acompanham, pouca importância têm sido dispensada ao estudo dos mecanismos pelos quais pode-se atingir um melhor controle da pressão arterial para uma maior parte de pacientes hipertensos.

Um outro aspecto interessante nesse estudo foi que, dos 220 pacientes assíduos, 200 (90,9%) diziam que estavam tomando a medicação de acordo com a prescrição médica, o que está discordante com achado de apenas 33% de pacientes com a pressão arterial controlada. Conforme previamente comentado, a razão para tal discrepância é multifatorial e depende tanto de fatores relacionados ao doente, quanto ao médico. O grupo canadense Angus Reid Group mostrou que 62% dos pacientes que responderam a um questionário, via telefone, afirmavam que não tomavam a medicação de acordo com a prescrição. Metade desses pacientes culpava os efeitos adversos pelo não seguimento e somente 41% sabiam que os acidentes cardiovasculares poderiam ser uma complicação da hipertensão. Nesse mesmo estudo, o que mais chamava a atenção era que os pacientes não tomavam a medicação, faziam o seu esquema próprio de tratamento ou, ainda, omitiam horários de tomadas dos medicamentos. Ainda que, nessas circunstâncias, revelavam ter a sensação de estarem protegidos com o tratamento¹¹. Wallenius e

Os resultados, ora apresentados, mostram que, em nosso ambulatório, uma clínica especializada de um Hospital

cols.¹² comentam que todos os pacientes aprendem rapidamente a fazer seus experimentos particulares, procurando otimizar as desvantagens e vantagens com os riscos. Assim, 36% dos pacientes estudados por esses autores admitiram que tentaram modificar o tratamento com uma dosagem menor ou com menor número de medicações. Essa dificuldade do tratamento pode ser devida à presença de hipertensão secundária, substâncias exógenas, que aumentam a pressão ou interferem com os medicamentos administrados, tratamento inadequado ou a outros fatores que levam a não aderência¹³. Em nosso ambulatório, observamos que pacientes, que relatavam estar tomando corretamente as medicações prescritas (geralmente, três ou quatro diferentes classes de medicamentos) e, mesmo assim, apresentavam valores elevados de pressão arterial, apresentavam, quando internados para investigação de hipertensão refratária, boa resposta aos medicamentos anti-hipertensivos previamente prescritos e em doses abaixo daquelas que, teoricamente, deveriam estar tomando (dados não publicados). Em 50% dos casos de hipertensão refratária, tem sido identificada falha dos pacientes em utilizar as drogas recomendadas¹⁴. Além disso, diversos outros fatores, como a classe a que pertence o medicamento prescrito, o uso de múltiplas doses diárias, o perfil de reações adversas, a idade dos pacientes, os intervalos longos entre os retornos e fatores econômicos, parecem afetar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo^{8,13}.

Os médicos devem estar cientes que a aderência depende, em grande parte, da habilidade em manter uma boa interação com os pacientes⁵. Além disso, estudos têm mostrado que há uma tendência do médico evitar ajustes posológicos, ou mesmo a introdução de um novo esquema terapêutico para os pacientes com pressão arterial persistentemente elevada e com perfil de não aderentes¹⁵. Há, também, uma nítida tendência em se valorizar mais a medida da pressão arterial diastólica que a sistólica. Frequentemente, pacientes que apresentam a pressão arterial sistólica elevada e a diastólica menor que 90 mmHg não são tratados com o rigor necessário¹⁶. Há décadas, entretanto, estudos epidemiológicos mostram com clareza que a elevação da pressão sistólica marca, de forma mais precisa, o risco de complicações cardiovasculares atribuídas à hipertensão arterial¹⁷. Dados da literatura mostram que os médicos que tratam doenças crônicas no ambulatório

dispensam um tempo muito pequeno nas orientações sobre o uso correto dos medicamentos prescritos, o que leva a erro do seu uso, perda de eficácia e aparecimento de reações adversas.

O tratamento do hipertenso, entretanto, não deve envolver somente a redução da pressão arterial. O controle dos demais fatores de risco associados deve ser buscado¹³. Sabemos que as intervenções não medicamentosas orientadas (modificando os hábitos) são benéficas para reduzir diversos tipos de riscos cardiovasculares, inclusive hipertensão, devendo ser utilizadas em todos os pacientes hipertensos, ou não⁵.

Nosso estudo tem limitações, merecendo algumas críticas e considerações. A baixa taxa de controle da pressão arterial em nossa amostra pode ser devida a um viés de seleção. Por tratar-se de um serviço de referência, no contexto de um hospital universitário, a população assistida é constituída em sua grande maioria por pacientes que tiveram dificuldade no controle da pressão arterial em postos de atendimento primário, como, por exemplo, as unidades básicas de saúde. É ainda possível que esses pacientes tenham sido referidos por suspeita de hipertensão secundária.

Por outro lado, o uso de questionário para se obter informações sobre a aderência ao tratamento proposto pode hiperestimar fornecer essa informação.

Em conclusão, nossas observações mostram que a assiduidade às consultas agendadas é expressiva na UCH do HCFMRP-USP. Pacientes assíduos têm uma maior probabilidade de sucesso no controle da pressão arterial. Entretanto, esse controle ainda está longe de ser ideal.

Alguns fatores poderiam melhorar esse quadro, como a tendência atual de personalização do tratamento com o médico, escolhendo drogas que diminuam o risco cardiovascular, oferecendo alta eficácia anti-hipertensiva, segurança, boa qualidade de vida e, sobretudo, favorecendo maior aderência¹⁸.

Por fim, embora a taxa de controle da PA seja baixa na UCH do HCFMRP-USP, como em todo o mundo o é, observe-se, ainda, pior aderência ao tratamento e mais baixo controle da pressão arterial em indivíduos com o hábito de faltar às consultas agendadas, devendo esse aspecto merecer atenção nos serviços de atendimento de hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey, EC, Friedman RH, Kader B, Moskow MA. Outcomes of hypertension care: simple measures are not that simple. *Med Care* 1997; 35: 742-6.
2. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and non-compliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979: 11-22.
3. Stockwell DH, Madhavan S, Cohen H, Gibson G, Alderman MH. The determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population. *Am J Public Health* 1994; 84: 1768-74.
4. Luscher TF, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter W. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens* 1985; 3(suppl 1): 3-9.
5. Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertension populations. *Am Heart J* 1991; 121: 664-9.
6. Nobre F, Silva CP, Lima NKC et al. Características e resultados do atendimento de pacientes na Unidade de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Med* 2000; 57: 694-708.

7. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens 2002; 9: 359-408.
8. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents: Effects of treatment on morbidity in hypertension: II Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. JAMA 1970; 213: 1143-1252.
9. Collins R, Peto R, MacMahon S et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990; 335: 827-38.
10. Rudd P. Medication Compliance for Antihypertensive Therapy in Hypertension: A Companion to Brenner and Rector's The Kidney. Philadelphia: WB Saunders Company. 2000; 419-31.
11. Burt VL, Cutler JA, Higgins M et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension 1995; 26: 60-9.
12. Wallenius SH, Vainio KK, Korhonen MJH, Hartzema AG, Enlund HK. Self-initiated modification of hypertension treatment in response to perceived problems. Ann Pharmacother 1995; 29: 1213-17.
13. Sanson-Fisher RW, Clover K. Compliance in the treatment of hypertension. A need for action. Am J Hypertens 1995; 8: 82S-8S.
14. Setaro JF, Black HR. Refractory hypertension. N Engl J Med 1992; 327: 543-7.
15. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. N Engl J Med 1998; 339: 1957-63.
16. Swales JD. Current status of hypertensive disease treatment: results from the Evaluation and Interventions for Systolic Blood Pressure Elevation: Regional and Global (EISBERG) project. J Hypertens 1999; 17(suppl 2): S15-S19.
17. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. Prevention and treatment. JAMA 1996; 275: 1571-6.
18. Gandhi SK, Kong SX. Quality-of-life measures in the evaluation of antihypertensive drug therapy: Reliability, validity, and quality-of-life domains. Clin Ther 1996; 18: 1276-95.



Luiza Guilherme
Casarão - São Luiz - MA

Editor da Seção de fotografias Artísticas: Carlos Vicente Serrano Jr.
Correspondência - InCor • Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP
E-mail: carlos.serrano@incor.usp.br
