

A ADESÃO À TERAPÊUTICA E A INÉRCIA MÉDICA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

THERAPEUTIC ADHESION AND MEDICAL INERTIA IN HYPERTENSION

Dra. Vitória Cunha, *Sociedade Portuguesa de Hipertensão, vitoria.mcunha@gmail.com*

<https://doi.org/10.58043/rphrc.148>

Pertinência do tema

O mau controlo da Hipertensão arterial (HTA) em todo o mundo é infelizmente um facto ainda incontornável ao dia de hoje. Uma vez que a medicação só faz efeito quando é efetivamente tomada, tal como afirmou Everett Koop em 1985 (1), especialmente de forma regular e mantida no tempo, e tal como foi prescrita, a adesão à terapêutica continua a ser um fator condicionante major no controlo da pressão arterial (PA). Nesta linha de ideia é fácil de entender porque também a inércia médica anda a par do conceito, uma vez que impede a prescrição adequada, com o objetivo de tratar efetivamente para o alvo, tornando-se outra das principais barreiras ao controlo adequado da HTA.

O controlo da PA tem melhorado globalmente, embora esteja ainda longe do desejado no contexto da redução de risco cardiovascular (CV) ideal, e como tal também se assume que a adesão terapêutica tenha aumentado. No entanto não há dados suficientemente sólidos sobre o tema, e o verbo assumir talvez seja efetivamente o mais correto. Mesmo nos ensaios clínicos, onde se presumiria uma adesão perto de 100%, tal não se verifica – estes por um lado excluem doentes com algumas comorbilidades que mais frequentemente se relacionam com menos adesão terapêutica, como é o caso da demência, do abuso de álcool, e por outro lado são compostos por protocolos rigorosos com visitas médicas frequentes, e quer médicos quer doentes estão particularmente motivados para cumprir objetivos. Se mesmo nestas condições a adesão não é de 100%, é fácil entender a dimensão do problema na vida real, com todos os interferentes do doente “comum” (2).

O caráter crónico da HTA é outro aspeto que dificulta a adesão terapêutica. A adesão torna-se mais difícil nas doenças crónicas em geral, onde a medicação é essencialmente preventiva e não serve diretamente

para suprimir sintomas. O conceito de prevenção está ainda longe de ser compreendido como prioritário, ou compreendido de todo como momento de atuação, em particular por parte do doente. Tem-se verificado que ao fim de um ano, menos de 50% dos doentes cumprem adequadamente a terapêutica (3).

A inércia médica, tal como já referido, tem sido cada vez mais reconhecida como um entrave ao atingimento dos alvos individuais e populacionais ao bom controlo da HTA. Pode ocorrer em até 85% das consultas realizadas (4) – um número que merece sem dúvida reflexão por parte dos profissionais de saúde.

Definições e impacto

A primeira definição oficial de adesão terapêutica surgiu em 2003 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), referindo-se como a extensão até à qual o comportamento de um indivíduo – tomar a medicação, seguir uma dieta, executar alterações de estilo de vida – corresponde com as recomendações fornecidas por um profissional de saúde (5). Em 2009 teve lugar uma reunião de consenso e em 2012 foi publicada uma nova taxonomia, caracterizando a adesão como um conjunto de 3 componentes principais: iniciação, implementação e descontinuação (6; 7). A iniciação corresponde ao intervalo de tempo entre a prescrição e a primeira toma da medicação, no entanto há análises que referem que cerca de 20% dos doentes nunca começam a terapêutica, e nos ensaios clínicos os números ficam ainda assim nos 4-5%, não sendo obviamente desprezível pela definição e contexto. A implementação refere-se ao fato da dose prescrita ser efetivamente aquela que é tomada pelo doente – caem aqui os esquecimentos clássicos, ocasionais, ou negligência com interrupções pontuais ou mais prolongadas do tratamento (7). Nesta fase podem ser definidos e quantificados vários parâmetros úteis: a



proporção de fármacos prescritos que são efetivamente tomados, o número de dias em que a dose tomada é a correta, o número de interrupções temporárias e posologia adequadamente seguida. Aqui mais uma vez se constata que é difícil definir o limite a partir do qual a adesão se considera adequada, assumindo à partida que absurdamente a adesão de 100% deveria ser o alvo, mas muitos ensaios usam o limite (arbitrário?) de 80%! Nesta fase de implementação o impacto dos erros ou lapsos por parte do doente podem traduzir-se mais seriamente em consequências clínicas, cujo impacto vai depender de alguns fatores como o perfil farmacológico da medicação em causa, a duração de ação dos fármacos, a gravidade da doença, o próprio risco cardiovascular do doente. A descontinuação é a fase que no fundo permite a definição de “persistência”, dado que corresponde ao momento em que a próxima dose é omitida e marca a interrupção indefinida do tratamento. A não persistência é uma das causas mais frequentes de má adesão na HTA visto que cerca de metade dos doentes suspende a terapêutica ao fim de um ano (3). A adesão pode ser considerada intencional, geralmente por reflexo das próprias atitudes ou crenças, ou não propositada, influenciada por fatores sociodemográficos, co-morbilidades ou outros fatores externos (8).

Encaixando este conceito, torna-se fácil de perceber que a não adesão à terapêutica tem um impacto na saúde e na economia muito significativo: conduz a um mau controlo tensional com frequentes crises hipertensivas, lesão de órgão-alvo, doença cardiovascular/cerebrovascular/ renal estabelecidas, demência, e no fim do contínuo cardiovascular, os eventos fatais. Por outro, e consequentemente ao impacto na saúde em si, leva a mais admissões hospitalares, com mais episódios de urgência e de internamento, menor qualidade de vida e morbimortalidade, com consequente compromisso laboral e um fardo significativo para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em 2003 a OMS publicou um documento sobre a adesão às terapêuticas crónicas (5) procurando constatar a evidência para orientar estratégias de ação sobre a problemática. Neste documento salienta-se em particular uma afirmação muito interessante que nos remete mais uma vez para o impacto da não adesão: “existe evidência crescente para sugerir que devido às taxas extremamente baixas de adesão, aumentar a eficácia

das estratégias de adesão à terapêutica pode ter um impacto francamente maior na saúde da população que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos”. No que respeita à inércia médica ou inércia clínica, a sua primeira definição surgiu em 2001 por Laurence Phillips como “*recognition of the problem, but failure to act*” (4). Foram à partida descritos dois conjuntos principais de razões para a inércia: por um lado a sobrestimação do cuidado (quando o clínico assume que o doente vai melhorar ou está “quase no alvo”, adiando indefinidamente a ideia de escalar terapêutica), e a falta de treino e organização na prática de “tratar para o alvo” (quer por desconhecimento e falta de formação, quer por receio de arriscar em atingir mais depressa ou agressivamente o alvo estabelecido nas orientações com doses mais elevadas ou maior número de fármacos). Em 2006, Okonufa et al introduziram a expressão “inércia terapêutica” e ambos os termos têm sido usados indistintamente.

O impacto da inércia é também, sem dúvida, significativo, mas talvez mais difícil de contabilizar de forma objetiva. Pensando que as estratégias de alteração de estilo de vida como a redução de sal, a dieta equilibrada e a moderação de consumo de álcool podem reduzir a PA sistólica em até 5-10mmHg, em média, mas que por outro lado as combinações terapêuticas mostraram reduzir a PA sistólica em mais de 10mmHg em alguns ensaios, facilmente percebemos como a falha em intensificar a terapêutica quando o indivíduo não está nos alvos pretendidos tem um grande impacto no controlo da HTA e redução de risco CV (9). Alguns autores descrevem que a inércia terapêutica em áreas como a HTA, a Diabetes mellitus (DM) e dislipidémia pode contribuir em até 80% dos episódios de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (9).

Causas/ Fatores contribuintes e fatores associados

Fica a questão ao certo sobre onde atribuir responsabilidades sobre a inércia e a adesão: há para ambos fatores relacionados com o médico, fatores relacionados com o doente e fatores relativos ao sistema de saúde em si, e muitos cruzam-se para ambos estes conceitos.

Os fatores contribuintes para a não adesão estão relacionados com: 1) aspetos sociodemográficos; 2) aspetos relacionados com o sistema de saúde e equipas

médicas; 3) aspetos relacionados com a medicação; 4) aspetos relacionados com a doença e 5) aspetos relacionados com o doente.

1) No que respeita aos aspetos sociodemográficos, salientam-se fatores como a idade, visto que a adesão se pode tornar especialmente difícil para os indivíduos muito jovens com pouca noção da doença ou imaturidade para gerir esquemas terapêuticos e ter noção da sua importância; e por outro lado também para os muito idosos, pelas dificuldades inerentes à polifarmácia, à síndrome demencial ou à própria capacidade motora para a administração terapêutica (10; 2). De salientar por exemplo a aparentemente simples retirada de comprimidos do blister ou a abertura de determinadas embalagens, que podem ser obstáculos significativos para determinadas pessoas. Também as minorias étnicas têm geralmente menor adesão no contexto de diversas questões culturais, seja pela própria crença no tipo de cuidado de saúde, seja pela questão económica e algum afastamento de cuidados diferenciados; o mesmo para indivíduos com baixos rendimentos e pobreza, ou mesmo os sem-abrigo ou com dificuldade num suporte social adequado que permita o seguimento médico regular e aquisição de medicamentos. A literacia em saúde/ e a literacia em geral têm impacto neste aspeto. Outros fatores a ter em conta são o acesso aos transportes, em especial para as zonas rurais, que podem ser mais um entrave ao acesso aos cuidados de saúde. A guerra e os desastres naturais são outros dois fatores incondicionalmente relacionados com baixa adesão terapêutica (7; 11).

2) No que respeita aos aspetos relacionados com o sistema de saúde e equipas médicas, é de destacar a relação médico-doente, que é sem dúvida um pilar da adesão terapêutica, não só pelo estilo de comunicação utilizado, pela capacidade de foco no doente e transmissão deste investimento, e pela capacidade de avaliação e deteção de pistas dadas pelos próprios doentes (2; 7). O problema da comunicação é bastante complexo de explorar, visto que pode ser atribuído à formação, mas também à capacidade de dedicação, ao tempo e à própria personalidade do médico. Seja como for, é indubitavelmente um aspeto que pode e deve ser área de investimento por parte do clínico, e nenhum dos aspetos referidos poderá ser justificação para uma má comunicação com o doente. Um exemplo simples é o fato das questões reflexivas e

circulares serem mais eficazes que um tipo de inquérito linear ou acusatório, que claramente afastará o doente de uma resposta sincera para evitar conflito ou acusação (7). Uma comunicação mais aberta e empática deixa espaço para o doente participar e partilhar eventuais dificuldades relacionadas com a sua rotina, profissão, aspetos familiares, condicionantes da adesão terapêutica, permitindo assim uma ajuda por parte do médico com sugestões de como contornar essas barreiras. A falta de formação em comunicação no curso de medicina pode ser um dos contributos para esta falha, mas sem uma aposta do médico em ler o indivíduo que se senta à sua frente, em integrá-lo no seu próprio cuidado, educa-lo à altura do desafio que é a adesão ao seu próprio tratamento, a compreensão da sua doença e consequências do mau controlo, dificilmente se atinge uma relação capaz de levar a cabo a difícil tarefa de aderir ao tratamento de uma doença crónica.

De referir ainda a falta de cuidados baseados em equipas multidisciplinares sempre que estas são necessárias para abordagens mais complexas, discussão de casos ou interação entre especialidades. Também o *burnout* dos clínicos tem óbvio impacto na adesão, visto que compromete todos os aspetos da relação médico-doente. A falta de conhecimento dos profissionais de saúde, a não atualização científica, bem como o burnout ut incentivo por volume de trabalho e não por objetivos clínicos, são outros aspetos significativos. Os custos e o acesso à saúde são também barreiras à adesão terapêutica (12; 7).

3) Dentro dos aspetos relacionados com a medicação encontramos, por exemplo, o facto de muitas das vezes os clínicos optarem por regimes terapêuticos complexos que condicionam várias tomas diárias, ou não adaptadas à rotina do doente por falta de sensibilidade em apurar aspetos básicos como a profissão ou o contexto social e familiar de quem estamos a atender. As alterações terapêuticas frequentes são muitas das vezes fator de desconfiança do doente no médico, em especial se não forem explicadas adequadamente. A falha terapêutica, quer pela opção tomada quer pelo tempo de reavaliação, bem como o tempo até ao alvo ou ao benefício, e mesmo a duração do tratamento, são outros fatores fundamentais a segurar e explicar adequadamente, para que não se transformem em razões para não aderir à terapêutica. Os efeitos adversos, em particular quando não explicados ou



previstos, levam também frequentemente ao abandono terapêutico. Também a frequência com que é aviadada a medicação e a consolidação deste ato podem ser fatores de não adesão, embora sejam mais dependentes do doente que do médico (7; 13).

4) Relativamente aos aspetos relacionados com a doença, podemos aqui incluir a existência de múltiplas doenças crónicas no mesmo indivíduo que levam à polifarmácia e difícil priorização de cuidados; a depressão e as psicoses, bem como o abuso de drogas ou álcool e a demência, que por si só condicionam uma capacidade física/motora e mental para uma adesão adequada. A própria qualidade de vida mais ou menos condicionada pela doença, é outra óbvia causa para a má adesão (7).

5) Dentro dos aspetos relacionados com o doente, temos a negação do diagnóstico, a (má/fraca) perceção da gravidade da doença e impacto futuro da mesma, a perceção da eficácia do tratamento, por sua vez resultado de uma comunicação mais ou menos eficaz por parte do médico. Também o medo da dependência ou dos efeitos adversos farmacológicos levam à não adesão, muitas das vezes resultado de conversas fora do consultório, mas com quota parte de culpa médica, dada a falta de contextualização que uma boa comunicação consegue antecipar. A falta de literacia (geral e em saúde) promove também dificuldade em compreender as indicações e aumenta a probabilidade de erro na posologia. De referir também os esquecimentos, quer por falta de rotina, quer por todo o conjunto de fatores como os anteriormente referidos neste parágrafo, que podem ser pontuais e promover uma irregularidade no controlo, ou tornar-se mais frequentes e levar a um abandono total terapêutico. A dificuldade em manter o seguimento médico e o recurso a terapêuticas alternativas são também fatores relacionados com o doente que condicionam má adesão (7).

Para descrever as causas para a inércia médica, O'Connor desenvolveu um modelo conceptual no qual demonstra a contribuição relativa dos diferentes fatores: 1) fatores dependentes do médico, aos quais atribui 50% do peso para esta ação; 2) fatores dependentes do doente com um peso relativo atribuído de 30%; e 3) fatores dependentes do sistema de saúde com 20% da “responsabilidade” (9).

1) De entre as características do doente salienta-se a idade, visto que na grande maioria dos casos o doente idoso é abordado com mais conservadorismo por todas

as dúvidas que a evidência atual ainda permite. É de referir também a disparidade étnica, cultural e social, dado que as crenças e o conhecimento são variáveis em diferentes populações, etnias, países, estratos sociais ou diferentes níveis de literacia, variando conseqüentemente a forma de compreender a doença, aceitar a abordagem terapêutica medicamentosa e não medicamentosa (14). As comorbilidades são outro fator, visto que a não gestão de outras doenças como a diabetes, a dislipidemia, a apneia obstrutiva do sono, entre outras, podem ser obstáculos a um melhor controlo tensional e nem toda as especialidades médicas abordam o doente como um todo, deixando a gestão das comorbilidades para o médico generalista. Também a constatação frequente pelo próprio doente que está “quase no alvo” ou que tem valores “aceitáveis”, embora acima do preconizado, adiam a escalada terapêutica prometendo uma maior dedicação até à consulta seguinte. A não adesão por parte do doente, com conseqüente desmotivação por parte do médico para contornar a questão e investir na relação médico-doente, é também motivo para inércia, bem como a própria atitude do doente em situações em que refere ao médico, p.ex., que prefere não ter mais fármacos prescritos, ou que vai “alinhar no estilo de vida saudável de forma mais séria”, à semelhança do receio de efeitos adversos, na grande maioria por falta de experiência e insegurança (9).

2) De entre as características do médico, é de referir a incerteza clínica e a não atualização científica quer sobre a terapêutica quer sobre os alvos de PA a atingir, promovendo insegurança nestes dois aspetos fundamentais para uma boa gestão da doença. Aqui entra um interessante conceito de “score de intensidade terapêutica”, relacionado exatamente com o efeito terapêutico esperado com determinado fármaco e determinada dose, cujo desconhecimento é outra condicionante de inércia terapêutica – alguns autores propuseram métodos de quantificar este efeito terapêutico por forma a estandardizar um algoritmo de abordagem/escalada terapêutica, e embora não estejam em prática é uma ideia que merece mais estudos (15; 16). Também o receio de efeitos adversos acaba por condicionar a escalada terapêutica adequada. É também de incluir aqui o volume de trabalho, com restrição de tempo para se dedicar a momentos mais morosos/ “complexos” como

sendo a alteração terapêutica e tudo o que esta implica – a explicação ao doente acerca da opção, da posologia e eventuais efeitos adversos, e da prescrição. Tal como referido no parágrafo dos aspetos atribuíveis ao doente, o otimismo do médico nos casos em que o doente está “quase no alvo”, ou o tempo e determinadas alterações no estilo de vida serão suficientes. Ainda neste seguimento, a consideração do efeito de bata branca quase como o único responsável para o mau controlo, mesmo consulta após consulta, é também causa frequente de inércia médica. Outro fator ainda é a crença que por vezes o tempo entre a última consulta e a reavaliação atual não foi suficiente para obter o efeito terapêutico completo dos fármacos instituídos (aqui pesando também a falta de atualização científica). Não é também de desconsiderar o frequente arredondamento dos valores de PA registados pelo médico, que facilmente transforma um indivíduo não controlado num falso controlo ou “quase controlo”, evitando/ impedindo a escalada terapêutica (17; 15; 9).

3) Relativamente às características do sistema, é de referir o tempo de consulta imposto ao médico, claramente inferior ao necessário para incluir todos os aspetos de uma consulta adequada que possa abordar o componente educacional e a pertinência da adesão terapêutica, para além de um exame objetivo eficiente e uma medição da pressão arterial com a técnica correta; a decisão de escalada na prescrição pode ser desafiante e morosa e muitas vezes necessita de uma abordagem compreensiva com ponderação dos vários aspetos condicionantes de alteração terapêutica. Os recursos, nomeadamente a disponibilidade de esfigmomanómetro, a sua adequabilidade (validação clínica), e a possibilidade de calibração frequente é uma clara barreira a uma boa prática, para não falar das ferramentas informáticas para a própria prescrição e frequentes erros de funcionamento. A possibilidade de rever doentes frequentemente em consulta, reduzindo o tempo entre avaliações subsequentes, também poderia levar a um melhor controlo por otimização terapêutica a mais curto prazo. A frequente dificuldade no acesso à saúde e a falta de reembolso ou disponibilidade de seguros são outros temas não negligenciáveis (9; 17).

Deteção da não adesão terapêutica e da inércia médica
A deteção da não adesão continua nos dias de hoje a ser

um desafio: não há um método simples, barato, eficaz e confiável, único, que a permita contabilizar. Há sim uma panóplia de métodos com diferentes características que podem ser usados de forma complementar, mas ainda assim dificilmente se consegue uma avaliação adequada. Burnier e Egan reuniram os métodos disponíveis de uma forma muito simples e completa, comparando os aspetos mais importantes como a fiabilidade, a validade, objetividade, simplicidade, custos, disponibilidade e uso clínico (7). Uma das formas de avaliar a adesão é através de entrevista realizada pelo profissional de saúde ao doente: é um método qualitativo, pouco fiável e pouco objetivo, visto que o doente responde com maior ou menor veracidade conforme não só a relação entre ambos – dependendo aliás da capacidade de comunicação do médico – mas também conforme as suas expectativas, geralmente com tendência a sobrestimar ou não recordar; de baixa e relativa validade pela subjetividade que envolve; as vantagens são o facto de ser de simples aplicabilidade e baixo custo, amplamente disponível e de uso clínico/ em consulta fácil. O recurso a questionários é outro método qualitativo com características semelhantes à da entrevista (inclusivamente na tendência a sobrestimação por parte do doente); a única diferença significativa é relativa ao uso clínico, visto que implica mais tempo e disponibilidade em consulta, podendo, no entanto, ser preenchidos pelo doente na sala de espera; há hoje em dia várias opções como a escala de *Morisky*. A contagem de medicamentos é um método quantitativo com alguma fiabilidade e validade mas também pouco objetivo dada a facilidade de engano por parte do doente; é também simples, embora menos fácil de aplicar no dia-a-dia da clínica e mais usado nos ensaios clínicos; há também alguma tendência a sobrestimar dados os casos em que o doente esvazia o contentor do fármaco sem no entanto o tomar efetivamente. A análise dos dados relativos à compra dos fármacos por parte do doente é um método quantitativo com fiabilidade e validade semelhante ao da contagem de medicamentos, mas mais objetivo, embora apenas seja útil se a monitorização do levantamento da receita estiver informatizada e funcionante, e se o doente depois toma efetivamente a medicação; é simples, mas nem sempre fácil de aceder nem prático de uso no dia-a-dia dada a dependência de um programa informático. A toma assistida é um método quantitativo de entre



os mais fiáveis, validados e objetivo; no entanto não é simples e tem alguns custos, nomeadamente no que respeita à logística dada a necessidade de deslocação do doente diariamente ao local onde a toma é observada por um profissional de saúde, e como tal menos disponível e de uso clínico razoável, dependendo mais da disponibilidade diária do profissional de saúde no tempo em que é estabelecida a toma; há vários casos descritos de hipotensão sintomática e potencialmente grave nos casos de não adesão completa previamente a este tipo de método, e administração de vários fármacos “de novo” simultaneamente – é por isso recomendado que nos casos suspeitos de não adesão, a introdução de fármacos seja feita de forma progressiva. A monitorização eletrónica é outro método quantitativo muito fiável e validado, fornecendo informação complementar sobre a hora da toma e a frequência exata das omissões; mais objetivo que os primeiros quatro métodos descritos mas ligeiramente menos objetivo que a toma assistida, até porque apesar do doente abrir o compartimento, a sua toma não é propriamente garantida; não é de simples aplicabilidade e os custos são intermédios; a pouca disponibilidade e a pouca facilidade de uso clínico também são desvantagens. O doseamento farmacológico em análise de sangue ou urina é um método qualitativo fiável, validado, com relativa objetividade dado que avalia a adesão pontual, mas não a persistência; é muito sensível e específico; no entanto é complexo, pouco disponível, nem todos os fármacos são mensuráveis, acarreta um elevado custo e o uso clínico pouco disseminado/ pouco prático. A medicina digital através de sensores ingeríveis incorporados no fármaco aquando do seu processo de fabrico foi já aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) e considerado um método seguro; é um método quantitativo fiável, validado e objetivo, mas naturalmente pouco disponível, de custos difíceis ainda de contabilizar e de óbvia dificuldade de uso clínico nos dias de hoje – é de questionar inclusivamente se será efetivamente aceite no mundo real (7).

Para quantificar a inércia também não existe um método simples e eficaz comprovado. O contexto de doença crónica abordada em contexto ambulatorio, seja nos cuidados de saúde primários ou na consulta hospitalar, torna a sua deteção ainda mais difícil, visto que as reais consequências levam meses, anos ou décadas a ser

evidentes (9). Para a deteção da inércia médica seria fundamental: conseguir definir um alvo terapêutico abrangente (e sabemos que para a HTA, apesar de haver um valor global, o alvo acaba por ser individualizado conforme as comorbilidades, idade, fragilidade, e risco cv); uma escalada terapêutica definida e mensurável (mais difícil de conseguir embora possamos usar a ideia de monoterapia vs associação fixa e escalada de dose sempre que o indivíduo esteja fora dos alvos); e uma janela temporal para atingir os alvos ou reavaliar o indivíduo para a eventual intervenção.

Estratégias para otimizar a não adesão e a inércia médica

Existem uma multiplicidade de estratégias para otimizar a adesão terapêutica. A pedra basilar será muito provavelmente a relação médico-doente, cuja capacidade de potenciar adequadamente a autonomia do doente pode fazer toda a diferença na sua motivação para aderir ao tratamento. É fundamental conseguir transmitir um conhecimento objetivo do que é a doença e consciencializar para os riscos de um mau controlo. A abordagem motivacional é a mais positiva e capaz de envolver o doente, reforçando o compromisso e a responsabilização; envolve uma atitude de parceria, aceitação, de uma certa forma de evocação, e mesmo compaixão. O médico deve ser capaz também de adequar a postura à atitude e crenças do doente, sendo que a primeira pode fluir entre várias fases ao longo do seguimento em consulta: a pré-intenção e negação do diagnóstico, a intenção com discurso ambivalente face à doença ou compreensão da mesma, a ação e determinação sobre forma de gestão, e a fase de manutenção com reforço da autoconfiança necessária para a cronicidade que caracteriza a HTA e outras doenças crónicas. Só criando empatia com o doente se torna possível conhecer e analisar da melhor forma, aliás, de forma neutra, a postura do doente e o seu entendimento acerca da doença; é fundamental ser capaz de questionar sem crítica para poder evitar a sensação de punição pelo incumprimento e deixar abertura para o diálogo – é nesta janela que surge o poder de influenciar (3).

As intervenções podem ser implementadas a nível do médico, do doente, do tratamento e/ou do sistema de saúde. A nível do médico, conforme já abordado, salientam-se algumas estratégias: fornecer informação sobre os riscos

da HTA e os benefícios do tratamento, bem como o recurso a uma combinação de tratamento farmacológico e medidas de estilo de vida saudável; a distribuição de material informativo em papel; o empoderamento do doente; o reforço positivo nos momentos de melhoria comportamental e clínica; a melhoria na capacidade de comunicação; apurar a avaliação e resolução das barreiras individuais à adesão/ capacidade de entender algumas pistas fornecidas pelos doentes; a colaboração com outros profissionais de saúde como enfermeiros e farmacêuticos (3). A nível do doente, a auto-monitorização e a telemonitorização são formas de motivar para uma melhor adesão (dado a acompanhamento mais de perto e a constatação de resultados); a aquisição de uma boa instrução e estratégias motivacionais; o uso de lembranças ou formas de organização em papel ou em formato digital; o apoio social, seja através de familiares, amigos ou profissionais de saúde, seja no acompanhamento às consultas, seja na motivação para a adesão à terapêutica ou organização da mesma (como o exemplo do apoio das farmácias no método de calendário semanal ou mensal); a disponibilidade da medicação não só em casa mas também no local de trabalho; eventualmente as sessões de grupo. A organização em formato digital anteriormente referida tem sido particularmente analisada no sentido de demonstrar a utilidade da gestão da HTA por exemplo, através de aplicações para telemóvel – tem-se provado benéfica na melhoria da adesão causada pelos esquecimentos, pela falta de atenção ou compreensão, e ao mesmo tempo na educação em saúde, na facilidade para registar a auto-monitorização da pressão arterial (AMPA), e na revisão da técnica de medição adequada da PA. No entanto surgem também questões sobre a capacidade do seu uso em grande escala e numa modalidade financeiramente viável para um número significativo de países nos dias de hoje. No que respeita ao tratamento propriamente dito, algumas estratégias são a simplificação terapêutica, quer no contexto do horário em que são prescritos os fármacos (idealmente minimizando a dispersão das tomas e adequando às rotinas de cada indivíduo), quer na opção por associações fixas e fármacos de longa duração de ação (geralmente, por sua vez, são também os contidos nas associações fixas). As associações fixas têm provas mais que dadas na eficácia do controlo da HTA, com custos progressivamente menores

dada a maior disponibilidade das mesmas no mercado, a maior variabilidade de fármacos e classes terapêuticas disponíveis, com menos efeitos adversos, e com franca melhoria na adesão terapêutica. A própria OMS incluiu as associações fixas na lista de medicamentos essenciais publicada em 2019, referindo inclusivamente que os países deviam promover quantidades suficientes de combinações fixas de baixo custo e qualidade assegurada, e criar e implementar protocolos de tratamento da HTA simples e práticos que incorporassem as combinações fixas como a terapêutica base (18). Relativamente às estratégias passíveis de serem adotadas pelo sistema de saúde em si, são de salientar a acessibilidade dos fármacos, em particular na comparticipação das associações fixas; o suporte ao desenvolvimento de sistemas de monitorização, sejam eles no formato das próprias consultas e sua acessibilidade por parte da maioria dos indivíduos, seja na questão do acesso à monitorização eletrónica com recurso a teleconsulta, telemonitorização, possibilidade de visitas ao domicílio; a tipologia de reembolsos dos seguros de saúde; o próprio suporte financeiro dos profissionais de saúde; o desenvolvimento de programas nacionais, sejam de registo (bases de dados acerca da patologia em si ou por exemplo dados de prescrição) ou de estratégias mais globais de controlo. Sem dúvida que, por exemplo, a comparticipação do Estado para a compra de um esfigmomanómetro iria aumentar a facilidade e motivação para a sua aquisição, conseqüentemente promovendo uma monitorização mais frequente e adequada, o cumprimento da AMPA conforme recomendado, bem como a constatação e responsabilização do controlo por parte do próprio doente. Também as medidas ao nível da comunidade, sejam promovidas pelo governo, pelas sociedades científicas ou pelas instituições, têm demonstrado mais-valias significativas. Estas podem ser simples ações de rastreio, geralmente incluindo momentos de formação/ educação em saúde, formação nas escolas e empresas, mas o facto de atingirem simultaneamente um número elevado de indivíduos e de aproximarem os cuidados de saúde da comunidade, seja com momentos de diagnóstico (com todos os vieses que implicam, e obviamente discutíveis) seja com a formação, tem impacto a curto e longo prazo que não é de todo desprezível. Muitos destes eventos não precisam de um investimento financeiro significativo,



acabando os seus benefícios por superar facilmente o custo envolvido, muitas das vezes sendo este apenas relacionado com tempo e vontade por parte de quem leva a ação a cabo.

O combate à inércia implica uma resposta precoce com intensificação terapêutica quando os alvos não são atingidos. O ideal é abordar simultaneamente os fatores dependentes do utente, do médico e do sistema de saúde, para transpor a inércia de forma mais adequada. Para ultrapassar a inércia médica foram propostos alguns modelos de colaboração entre profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, como é o caso do uso de algoritmos de intensificação terapêutica, simplificados e uniformizados por forma a poderem ser implementados por indivíduos não-médicos (mas formados e orientados por médicos). Implicam multidisciplinaridade e promovem mais locais de acesso aos utentes, mas têm a óbvia desvantagem de implicar mais recursos, frequentemente escassos na maioria dos países, uma formação mais alargada e uma logística complexa, tornando a sua implementação longe de atingível em muitos contextos (19; 15; 20). Também a intensificação da formação é necessária para ultrapassar a inércia médica: por um lado a formação do doente, educando sobre o que é a HTA, as consequências do mau controlo, a técnica adequada da medição da PA e os alvos adequados da PA; por outro a formação do clínico, acerca não só dos aspetos referidos para o doente, mas também da gestão do tempo de consulta e tempo entre consultas, dos fármacos disponíveis (em particular associações fixas), da atualização das orientações nacionais e internacionais, e da melhor forma de avaliar a adesão à terapêutica. Ainda na linha de pensamento da melhoria de formação, está a óbvia estratégia terapêutica com recurso às associações fixas de antihipertensores que deve ser tomada *ad initio* para uma grande fatia de indivíduos com HTA conforme comprovado por estudos de vida real e as próprias *guidelines* (21).

Há também várias medidas de otimização do sistema de saúde que contribuem para uma redução da inércia médica, como a organização por forma a disponibilizar mais tempo de consulta e menor espaçamento entre visitas: acaba por permitir mais e melhor comunicação com os doentes, melhorando a relação médico-doente com

aumento da confiança e consequente melhoria na adesão terapêutica; por outro lado aumenta as oportunidades para intensificação terapêutica e permite um ajuste de medicação mais rápido, levando à obtenção de alvos mais precocemente. A implementação de programas de melhoria de qualidade, com registos nacionais que incluam as taxas de controlo de HTA, *guidelines* abrangentes e algoritmos terapêuticos, bem como equipas multidisciplinares que atuam sobre os médicos e sobre os doentes, também provaram reduzir a inércia médica em alguns países, e com isto atingir maiores taxas de controlo da PA (15; 22; 20). Obviamente que a generalização das *guidelines* não é linear, e a abordagem deve ser sempre individualizada, sob pena desta generalização conduzir ao sobre-tratamento e inadequação terapêutica (23). A própria avaliação dos profissionais de saúde, abordando a capacidade diagnóstica, a implementação de objetivos adequados ao doente, a performance na tomada de decisões e estabelecimento de estratégias de controlo ativas, é também uma metodologia proposta – por um lado diagnóstica as áreas de intervenção necessárias (formação) para o profissional, e por outro estimula a uma melhor performance no contexto da sensação de avaliação (17). Alguns autores defendem ainda que a estratégia de incentivo financeiro conforme as métricas atingidas, por indicadores estabelecidos, pode ser outra forma de reduzir a inércia médica – é um método questionável, embora a nossa atualidade já promova este tipo de incentivos no sistema de saúde, mas é praticado em alguns países, em determinados contextos, e com resultados variados (15; 24). Uma melhoria nas condições de trabalho é um incentivo que também não deve ser descurado e acaba por englobar a maioria dos aspetos anteriormente discutidos

Os desafios do dia-a-dia da gestão da HTA podem e devem ser vistos como oportunidades para otimizar o seu controlo. A má adesão e a inércia médica continuam a ser das principais causas para a distância entre o dia de hoje e o controlo adequado da HTA, mas são claramente fatores modificáveis – em especial pelos profissionais de saúde, que devem assumir a devida responsabilidade e ter papel mais ativo para mudar o caminho desta pandemia que continua a condicionar a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo.

Referências

1. Lindenfeld J, Jessup M. 'Drugs don't work in patients who don't take them' (C. Everett Koop, MD, US Surgeon General, 1985). *Eur J Heart Fail.* 2017;19:1412–1413. doi: 10.1002/ejhf.920.
2. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487–497. doi: 10.1056/NEJMra050100; Gossec L, Tubach F, Dougados M, Ravaud P. Reporting of adherence to medication in recent randomized controlled trials of 6 chronic diseases: a sys.
3. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ.* 2008;336:1114–1117. doi: 10.1136/bmj.39553.670231.25.
4. Lebeau J-P, Biogéau J, Carré M, et al. Consensus study to define appropriate inaction and inappropriate inertia in the management of patients with hypertension in primary care. *BMJ Open* 2018;8:e020599. doi:10.1136/bmjopen-2017-020599.
5. *World Health Organization. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action; Geneva: World Health Organization, 2003.*
6. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, Dobbels F, Fargher E, Morrison V, Lewek P, Matyjaszczyk M, Mshelia C, Clyne W, Aronson JK, Urquhart J; ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medicat.
7. Michel Burnier, Brent M. Egan. Adherence in Hypertension A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management *Circulation Research* 2019;124:1124–1140. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.
8. Pathak, A., Poulter, N. R., Kavanagh, M., Kreutz, R., & Burnier, M. (2022). Improving the Management of Hypertension by Tackling Awareness, Adherence, and Clinical Inertia: A Symposium Report. *American journal of cardiovascular drugs : drugs, devices, and.*
9. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Metho.*
10. Hill MN, Miller NH, Degeest S, Materson BJ, Black HR, Izzo JL Jr, Oparil S, Weber MA; American Society of Hypertension Writing Group. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Am Soc Hypertens.* 2011;5:56–63. doi: 1.
11. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011;9:11–23. doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004.
12. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, Dayal A, Patel S, Weaver FM, Harris I. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Ann Intern Med.* 2013;158:573–579. doi: 10.7326/0003-4819-158-8-20.
13. Claudio Borghi & Arrigo F.G. Cicero (2021) Improving adherence with treatment-resistant hypertension, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 22:11, 1373-1375, DOI: 10.1080/14656566.2021.1915290.
14. Ferrari, P., the National Coordinators for the Reasons for not Intensifying Antihypertensive Treatment (RIAT) trial. Reasons for therapeutic inertia when managing hypertension in clinical practice in non-Western countries. *J Hum Hypertens* 23, 151–159 (200).
15. Josiah Willock R, Miller JB, Mohyi M, Abuzaanona A, Muminovic M, Levy PD. Therapeutic Inertia and Treatment Intensification. *Curr Hypertens Rep.* 2018 Jan 29;20(1):4. doi: 10.1007/s11906-018-0802-1. PMID: 29380142; PMCID: PMC6452867.
16. Adam J. Rose, MD MSc , Dan R. Berlowitz, MD MPH, Meredith Manze, MPH, Michelle B. Orner, MPH, and Nancy R. Kressin, PhD. Comparing Methods of Measuring Treatment Intensification in Hypertension Care *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009 July ; 2(4): 385–391.
17. Nietert PJ, Wessell AM, Feifer C, Ornstein SM. Effect of terminal digit preference on blood pressure measurement and treatment in primary care. *Am J Hypertens.* 2006 Feb;19(2):147–52. doi: 10.1016/j.amjhyper.2005.08.016. PMID: 16448884.
18. WHO model list of essential medicines - 21st list, 2019; available online at <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>. [Online]
19. He, J., Irazola, V., Mills, K. T., Poggio, R., Beratarrechea, A., Dolan, J., Chen, C. S., Gibbons, L., Krousel-Wood, M., Bazzano, L. A., Nejamis, A., Gulayin, P., Santero, M., Augustovski, F., Chen, J., Rubinstein, A., & HCPIA Investigators (2017). Effect.
20. Huebschmann, A.G., Mizrahi, T., Soenksen, A., Beaty, B.L. and Denberg, T.D. (2012), Reducing Clinical Inertia in Hypertension Treatment: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14: 322-329. <https://doi.org/10.1111/j>.
21. Rea F, Corrao G, Merlino L, Mancia G. Initial Antihypertensive Treatment Strategies and Therapeutic Inertia. *Hypertension.* 2018 Oct;72(4):846–853. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11308. PMID: 30354712.
22. Jaffe, M. G., Lee, G. A., Young, J. D., Sidney, S., & Go, A. S. (2013). Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. *JAMA*, 310(7), 699–705. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.108769>.
23. Lebeau, JP., Cadwallader, JS., Aubin-Auger, I. et al. The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC Fam Pract* 15, 130 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-130>.
24. Foskett-Tharby, R., Nick, H., & Gill, P. (2016). Pay for performance and the management of hypertension. *Journal of translational internal medicine*, 4(1), 14–19. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0004>.