

Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos

Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive
Calidad de vida y adhesión al tratamiento farmacológico entre personas mayores hipertensiva

Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Michelle de Oliveira Guimarães¹, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira¹, Flavia Aparecida Dias¹, Nayara Paula Fernandes Martins¹, Leiner Resende Rodrigues¹

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba-MG, Brasil.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015;68(6):122-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>

Submissão: 04-02-2015

Aprovação: 23-08-2015

RESUMO

Objetivo: comparar as variáveis obtidas em situação de adesão e não adesão ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial sistêmica, segundo condições socioeconômicas, tempo de diagnóstico, morbidades autorreferidas, indicativo de depressão e qualidade de vida. **Método:** estudo transversal realizado com 524 idosos aderentes e 505 não. Realizou-se análise descritiva, testes Qui-quadrado e *t*-Student ($p < 0,05$). **Resultados:** observou-se entre os aderentes maior proporção de idosos mais velhos, morbidades e indicativo de depressão. Aqueles não aderentes obtiveram escores inferiores em todos os domínios e facetas de qualidade de vida. **Conclusão:** devem-se preconizar ações que favoreçam a maior adesão ao tratamento farmacológico, visando minimizar o impacto das comorbidades e melhorar a qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão; Saúde do Idoso; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: to compare variables obtained in adherence and non-adherence to drug treatment for hypertension, according to socioeconomic situation, time of diagnosis, self-reported morbidities, indicative of depression and quality of life. **Method:** cross-sectional analytical study of 524 elderly with adherence and 505 non-adherence to the treatment. A descriptive analysis, Chi-square test and Student *t* test ($p < 0.05$) were held. **Results:** there was higher proportion of older subjects, indicative of morbidity and depression among those with adherence. Non-adherence subjects had lower scores in all domains and quality of life facets. **Conclusion:** actions favoring the adherence to pharmacological treatment should be recommended, to minimize the impact of comorbidities and improve quality of life.

Key words: Hypertension; Health of the Elderly; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: comparar las variables obtenidas en el estado de cumplimiento y la no adhesión a al tratamiento farmacológico de la hipertensión, de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, momento del diagnóstico, morbidades auto-reporte, indicativo de la depresión y la calidad de vida. **Método:** estudio transversal con 524 miembros y 505 ancianos no. Una prueba de la *t* análisis descriptivo, prueba de Chi-cuadrado y Student ($p < 0,05$). **Resultados:** se observó entre los abonados mayor proporción de sujetos de edad avanzada, indicativos de la morbilidad y la depresión. No conforme con puntajes más bajos en todas las áreas y facetas de la calidad de vida. **Conclusión:** se debe promover acciones que favorezcan el más alto es el tratamiento farmacológico para reducir al mínimo el impacto de las comorbidades y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Hipertensión; Salud del Anciano; Calidad de Vida.

AUTOR CORRESPONDENTE

Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br

INTRODUÇÃO

A literatura científica tem destacado que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a morbidade mais prevalente entre idosos, superior a 50%, sendo uma das principais causas de óbito⁽¹⁾.

O diagnóstico correto e a persistência no acompanhamento são fatores relevantes para atingir a meta no tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular. Nesse contexto, ressalta-se que a não adesão ao tratamento tem sido identificada como a causa principal da pressão arterial sistêmica não controlada⁽²⁾.

Estudo realizado entre idosos hipertensos em Fortaleza-CE evidenciou que 96,5% informaram seguir o tratamento, necessitando, no entanto, de orientações⁽³⁾. Inquérito realizado entre idosos hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde no Maranhão evidenciou que 60,6% eram aderentes à terapêutica medicamentosa, 31,8% fracamente aderentes e 7,6% não aderentes⁽⁴⁾.

Apesar de muitos avanços no tratamento da HAS, o sucesso no controle da doença, na prática, é limitado. Inquérito realizado em Nova Iorque evidenciou que os indivíduos com fortes preocupações sobre os seus medicamentos tendem a ter menor adesão à medicação⁽⁵⁾.

Salienta-se que diversos fatores têm sido associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Estudo de revisão evidenciou que cinco grupos de fatores interferem na adesão ao tratamento entre idosos hipertensos, sendo: regime terapêutico; aspectos socioeconômicos e demográficos; relação com os serviços e profissionais de saúde; aspectos psicossociais e culturais; e apoio familiar e social. Destaca-se que o sexo masculino e idosos com baixa renda constituem as populações mais vulneráveis⁽⁶⁾.

Entre os idosos hipertensos em pesquisa realizada no Maranhão, a menor adesão esteve relacionada à baixa escolaridade⁽⁴⁾. Já em pesquisa realizada em Santa Catarina, os autores não observaram relação entre adesão à medicação e sexo, renda, estado civil e ocupação, entre idosos com HAS⁽⁷⁾.

Somam-se, ainda, aspectos psicológicos negativos relativos à HAS, ocasionados pelo uso regular da medicação anti-hipertensiva que pode contribuir para tristeza e descontentamento com a dificuldade do controle da pressão arterial em inquérito realizado em Minas Gerais⁽⁸⁾, sugerindo sua relação com quadros depressivos.

Além disso, sabe-se que a HAS, frequentemente silenciosa, pode interferir negativamente na qualidade de vida (QV) de seus acometidos⁽⁹⁾. Inquérito entre idosos com HAS nos EUA observou baixos escores de QV associados a menores níveis de adesão à medicação anti-hipertensiva⁽¹⁰⁾. Com base no exposto, evidencia-se uma lacuna referente à relação entre adesão à medicação e QV de idosos, sendo esta mensurada por meio de instrumento específico. Soma-se ainda a divergência da influência dos fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento entre idosos com HAS. Assim, o objetivo deste estudo foi comparar os idosos aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico para HAS, segundo variáveis socioeconômicas, tempo de diagnóstico da HAS, morbidades autorreferidas, indicativo de depressão e QV.

MÉTODO

Este estudo foi precedido da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos da Universidade Federal

do Triângulo. Os idosos foram abordados em seus domicílios, sendo apresentados os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Refere-se a um inquérito domiciliar, com delineamento transversal, observacional e analítico, desenvolvido no município de Uberaba-MG, e faz parte de um projeto de pesquisa intitulado "Morbidades, qualidade de vida e capacidade funcional de idosos", realizado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Para compor a amostra utilizou-se uma lista contendo o nome e o endereço de idosos que participaram dos dois estudos anteriores, em 2005 e 2008, realizados pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM. Nos projetos anteriores, para o cálculo da amostra considerou-se 95% de confiança, 80% de poder de teste, margem de erro de 4% para as estimativas intervalares e uma proporção de $\pi=0,5$ para as proporções de interesse. A amostra inicial foi composta por 3.034 idosos; porém, com as perdas obtidas em 2012, resultou em 2.116 idosos. Dentre estes foram entrevistados 1.691 idosos, sendo cancelados 265 devido a óbito e 160 por declínio cognitivo.

Neste estudo considerou-se como critérios de inclusão: pessoas com 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG, que não apresentaram declínio cognitivo e que autorreferiram HAS. Foram excluídos aqueles que não referiram HAS ($n=640$) ou não responderam ao teste de Morisky e Green ($n=22$). Assim, participaram 1.029 idosos.

Foram selecionados entrevistadores, com experiência prévia em coleta de dados e que foram capacitados pelo pesquisador responsável sobre a forma de abordar os idosos, a aplicação dos instrumentos e os preceitos éticos que envolvem a pesquisa. A coleta de dados ocorreu no domicílio do idoso e o entrevistador teve como referencial a lista contendo o nome e endereço, proveniente do projeto anterior. As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo e, quando houve dados inconsistentes, a entrevista foi retornada ao entrevistador para que pudesse entrar novamente em contato com o idoso e completá-la adequadamente.

Antes de iniciar a entrevista aplicou-se o Miniexame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva. Foi utilizada a versão traduzida e validada no Brasil⁽¹¹⁾.

Para avaliar o perfil socioeconômico e as morbidades autorreferidas utilizou-se instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM utilizado em pesquisas prévias desde 2005.

Para verificar a adesão ao tratamento farmacológico para HAS aplicou-se o Teste de Morisky e Green. O resultado varia de 0 a 4, no qual o valor 4 significa o mais aderente e, o não aderente, aqueles com 3 pontos ou menos⁽¹²⁾.

Aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada para mensurar a presença de indicativo de depressão. Utilizou-se a versão validada no Brasil⁽¹³⁾. Essa escala é constituída por 15 questões fechadas, com respostas objetivas (sim ou não). Considera-se rastreio positivo para depressão quando o escore for superior a cinco pontos⁽¹³⁾.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio de dois instrumentos: o *World Health Organization Quality of Life Bref* (WHOQOL-BREF), versão abreviada, o qual possui 26 questões; duas são gerais e 24 compõem os quatros domínios de QV: físico,

psicológico, relações sociais e meio ambiente⁽¹⁴⁾. O *World Health Organization Quality of Life Old* (WHOQOL-OLD) consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade⁽¹⁵⁾.

Embora os questionários possam ser autoaplicáveis, optou-se pela entrevista em virtude da possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário, além de potenciais problemas de visão apresentados pelos idosos.

As variáveis consideradas neste estudo foram: socioeconômicas - sexo; faixa etária, em anos; estado conjugal; escolaridade, em anos de estudo; renda individual, em salários mínimos; tempo de diagnóstico de HAS, em anos; morbidade autorreferida; adesão ao tratamento farmacológico para HAS; interrupção do tratamento e motivo; indicativo de depressão; domínios e facetas da QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

A partir dos dados coletados foram constituídos dois grupos: Grupo 1 (idosos aderentes ao tratamento farmacológico para HAS, n=524) e Grupo 2 (idosos que não aderem ao tratamento farmacológico para HAS, n=505).

Foi construída uma planilha eletrônica, no programa Excel®. Os dados coletados foram processados em microcomputador, por dois pesquisadores, em dupla entrada, para posterior verificação da existência de registros inconsistentes. Procedeu-se, então, à verificação da consistência entre os bancos de dados. Quando identificados dados inconsistentes foram revisadas as entrevistas originais e realizada a correção. O banco de dados foi transportado para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, procedendo-se à análise dos dados.

Foi realizada a análise estatística por meio da distribuição de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas. Para a comparação das variáveis aplicou-se o teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste t-Student para as numéricas ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Entre os 1.029 idosos entrevistados, 50,9% aderiam ao tratamento farmacológico para HAS e 49,1% não aderiam ao tratamento.

Em ambos os grupos predominou o sexo feminino ($\chi^2 = 0,170$; $p = 0,680$), casados ou que moravam com companheiro ($\chi^2 = 3,550$; $p = 0,314$), quatro a sete anos de estudo ($\chi^2 = 3,796$; $p = 0,434$) e renda individual mensal de um salário mínimo ($\chi^2 = 6,015$; $p = 0,305$). Prevaleram aqueles com 70-80 anos; porém, houve maior proporção de idosos mais velhos entre os aderentes ao tratamento farmacológico (22,3%) quando comparados aos não aderentes (16,8%) ($p = 0,031$).

A média de tempo de diagnóstico da HAS foi semelhante em ambos os grupos, correspondendo a 14,95 anos (DP = 11,50) entre os aderentes e 15,52 (DP = 12,1) entre os não aderentes ao tratamento ($t = 0,246$; $p = 0,437$).

Os idosos não aderentes ao tratamento farmacológico apresentaram maior número de morbidades ($\mu = 6,58$; DP = 3,0) do que os aderentes ($\mu = 5,86$; DP = 3,14) ($t = -3,724$; $p < 0,001$).

Entre os que não aderiram ao tratamento farmacológico, comparados aos que aderiram, houve maior proporção daqueles que autorreferiram: reumatismo (22,2% vs 15,6%; $p = 0,007$); má circulação (48,1% vs 40,6%; $p = 0,016$); prisão de ventre (28,7% vs 19,5%; $p = 0,001$), problemas renais (17,0% vs 9,0%; $p < 0,001$), tumores benignos (3,2% vs 1,1%; $p = 0,025$), problemas de visão (54,3% vs 46,5%; $p = 0,012$) e indicativo de depressão (35,8% vs 23,9%; $p < 0,001$), respectivamente.

Entre os aderentes, 6,9% referiram já terem interrompido o tratamento alguma vez e, não aderentes, 25,5%. Os motivos mais frequentes entre os aderentes foram: achar que estava curado (16,7%), não sentir nada (8,3%), não sentir necessidade de se tratar (8,3%); para os não aderentes: não sentir nada (16,3%), acreditar que deveria tomar o medicamento apenas quando se sentia mal (14%) e esquecimento (10,9%).

Em ambos os grupos o maior percentual avaliou sua QV como boa (50,4% dos aderentes e 48,3% entre os não aderentes). Prevaleram aqueles satisfeitos com sua saúde, sendo 48,9% dos aderentes e 36,6% dos não aderentes.

Na aplicação do WHOQOL-BREF, em ambos os grupos o menor escore encontrado foi no domínio físico e o maior nas relações sociais; os idosos não aderentes obtiveram escores significativamente inferiores nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da média e desvio padrão dos escores nos domínios e facetas de qualidade de vida dos idosos conforme adesão ao tratamento, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2012

	Sim		Não		t	Valor de p
	Média	DP	Média	DP		
WHOQOL-BREF						
Físico	60,99	17,31	55,88	17,46	4,708	<0,001*
Psicológico	66,58	15,60	62,46	15,94	4,191	<0,001*
Relações sociais	72,72	13,02	68,72	14,84	4,586	<0,001*
Meio ambiente	62,02	14,54	57,34	13,47	5,348	<0,001*

Continua

Tabela 1 (cont.)

	Sim		Não		t	Valor de p
	Média	DP	Média	DP		
WHOQOL-OLD						
Funcionamento dos sentidos	73,04	23,30	66,13	23,28	4,763	<0,001*
Autonomia	68,06	31,06	62,05	31,42	3,080	0,002*
Atividades passadas, presentes e futuras	70,0	29,49	65,27	29,82	2,558	0,011*
Participação social	65,17	16,62	60,44	31,23	3,048	0,002*
Morte e morrer	73,88	37,30	72,50	25,36	0,691	0,490
Intimidade	72,58	33,44	67,38	19,81	3,022	0,003*

Nota: * $p < 0,05$

Os menores escores, WHOQOL-OLD, foram encontrados na faceta participação social e os maiores em morte e morrer, em ambos os grupos; os idosos não aderentes apresentaram menores escores nas facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade (Tabela 1).

Na Tabela 1 encontram-se as médias e desvio padrão dos escores de QV, segundo domínios e facetas.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa corrobora com estudo desenvolvido com idosos com HAS, cadastrados em uma unidade de saúde da família de São Luís-MA, e verificou que o maior percentual aderiu ao tratamento medicamentoso (60,6%)⁽⁴⁾, corroborando a presente pesquisa.

Assim como neste estudo, pesquisa realizada com adultos e idosos com HAS de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Londrina-PR também não evidenciou associação entre o sexo e a adesão ao tratamento farmacológico ($p = 0,060$), no qual prevaleceram as mulheres em ambos os grupos⁽¹⁶⁾.

Referente ao estado conjugal, inquérito conduzido com idosos em Tubarão-SC identificou maior percentual de casados em ambos os grupos, não ocorrendo associação significativa com a adesão ao tratamento farmacológico para HAS ($p = 0,068$)⁽⁷⁾, assim como nesta pesquisa. Mesmo diante desses resultados, cabe ressaltar que a literatura científica aponta que a família, muitas vezes representada pela figura do cônjuge, tem papel fundamental na adesão ao tratamento farmacológico para a HAS, bem como na adaptação às modificações no estilo de vida, impostas pela doença⁽¹⁷⁾.

No estudo de Londrina-PR a escolaridade também não estava associada à adesão ao tratamento farmacológico ($p = 0,167$)⁽¹⁶⁾. Contudo, estudo de revisão integrativa identificou nas literaturas nacional e internacional que a baixa escolaridade pode estar relacionada à menor adesão ao tratamento farmacológico para HAS⁽⁶⁾. Idosos com poucos anos de escolaridade ou analfabetos podem ter dificuldade em compreender as prescrições escritas, afetando assim a adesão ao tratamento⁽¹⁷⁾. Desse modo, os profissionais de saúde devem

orientar a respeito das prescrições de forma clara e simplificada, considerando o nível de escolaridade do idoso.

Condizente com o resultado desta pesquisa, no estudo realizado em Tubarão-SC, a renda não estava associada à adesão ao tratamento farmacológico para HAS entre idosos ($p = 0,800$)⁽⁷⁾. É possível, embora não investigado, que o fornecimento gratuito de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde possa ter favorecido esse resultado. Por outro lado, estudos nacionais realizados com idosos apontam que, quanto menores as condições socioeconômicas, menor o conhecimento sobre a doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde, o que poderia repercutir na menor adesão ao tratamento farmacológico^(6,17).

Pesquisa realizada em Londrina-PR também evidenciou associação da adesão ao tratamento farmacológico para HAS com o aumento da idade ($p < 0,001$)⁽¹⁶⁾. Com o envelhecimento o indivíduo torna-se mais suscetível às doenças crônicas não transmissíveis, o que pode ocasionar maior preocupação com sua situação de saúde e influenciar na melhor/menor adesão ao tratamento farmacológico para HAS⁽¹⁶⁾, justificando os dados encontrados nesta pesquisa.

Quanto ao tempo de HAS, condizente com a presente pesquisa, estudo desenvolvido em Tubarão-SC, com idosos com HAS, identificou que a média de tempo de diagnóstico da HAS foi semelhante entre aqueles aderentes ($11,5 \pm 9,8$ anos) e não aderentes ($10,5 \pm 8,3$ anos) ao tratamento para HAS⁽⁷⁾.

Corroborando os resultados deste estudo, pesquisa desenvolvida com adultos e idosos a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) evidenciou proporção inferior de não aderentes ao tratamento farmacológico para HAS entre aquele que possuíam maior número de comorbidades ($p < 0,0001$)⁽¹⁸⁾. Contudo, a presença de comorbidades pode implicar no maior uso de fármacos pelo idoso e maior número de doses de medicamentos, o que, aliado ao conhecimento inadequado sobre a terapêutica, pode dificultar a adesão ao tratamento.

A educação em saúde pode ser uma ferramenta útil para minimizar ou evitar o impacto desses fatores sobre a adesão aos fármacos para HAS⁽⁶⁾. Assim, torna-se relevante que o enfermeiro realize ações de acompanhamento e monitoramento da saúde desses idosos, visando contribuir na identificação de dificuldades

acerca da adesão, bem como no fornecimento de orientações.

Referente à associação entre comorbidades, ressalta-se que a HAS é frequente entre indivíduos com doenças reumáticas. Destaca-se que as doenças autoimunes, como a artrite reumatoide, caracterizam-se pela inflamação crônica de várias partes do corpo, podendo atingir o sistema cardiovascular. Assim, infere-se que o resultado deste estudo possa estar relacionado a esse fato; ou seja, os não aderentes teriam menor controle da doença, contribuindo para a presença de artrite. É relevante que idosos que apresentem outra doença crônica, como o reumatismo, e que façam uso de múltiplos medicamentos sejam acompanhados pela equipe de saúde e orientados sobre a relação entre doenças reumáticas e HAS, enfatizando a necessidade de seguimento ao tratamento proposto.

A relação entre HAS e problemas de circulação, como as varizes, é descrita na literatura científica. Em estudo desenvolvido com idosos, identificou-se que aqueles que apresentavam outros problemas de saúde, como os problemas de circulação (varizes), tendiam a valorizar menos o tratamento medicamentoso para HAS⁽¹⁹⁾, podendo justificar o resultado obtido na presente pesquisa. Ressalta-se, ainda, que a investigação das comorbidades e da polifarmácia deve ser realizada pela equipe de saúde, a fim de favorecer o acompanhamento do plano terapêutico a ser seguido pelo idoso.

Quanto à prisão de ventre, estudo nacional verificou que há um menor consumo de frutas, verduras e legumes entre aqueles que não aderem ao tratamento farmacológico para HAS⁽²⁰⁾, podendo justificar esse resultado. No entanto, evidencia-se a necessidade de estudos visando esclarecer essa relação. Destaca-se que a baixa ingestão de fibras, presentes nos alimentos, pode ocasionar problemas de saúde, como a constipação intestinal⁽²¹⁾. É possível, embora não investigado, que a menor ingestão desses alimentos, ricos em fibras, entre os idosos não aderentes ao tratamento para HAS possa ter contribuído para a maior proporção de casos de prisão de ventre.

Destaca-se a importância do seguimento apropriado da terapêutica para HAS como fator favorável à redução de complicações, como os problemas renais⁽³⁾. Nessa perspectiva o enfermeiro deve orientar e realizar acompanhamento do idoso com HAS, no que se refere à adequada adesão ao uso de medicamentos. Em indivíduos com doença renal crônica em estágios iniciais, o controle rigoroso da PA pode ser bastante eficaz para a não progressão dos danos renais. Contudo, naqueles que já apresentam perda proteica, é necessário o estabelecimento rigoroso e adequado da medicação anti-hipertensiva⁽¹⁾. Considerando esses fatores, pressupõe-se que os sujeitos desta pesquisa que relataram a presença de problemas renais não estivessem aderindo apropriadamente ao tratamento medicamentoso para HAS.

Ressalta-se ainda que a HAS é uma morbidade de alta prevalência e que muitas vezes essa doença é tratada sem investigação mais específica dos fatores causais. Nesse caso destaca-se a presença de tumores, normalmente benignos, como o feocromocitoma, sendo causa de HAS secundária. Nessa conjuntura, é possível, embora não investigado, que idosos não aderentes ao tratamento para HAS possam ter menor acesso ou ser menos frequentes aos serviços de saúde, fazendo com que a relação entre a HAS e a presença de tumores benignos não tenha sido

investigada ou que o próprio tratamento para os tumores ainda não tivesse sido estabelecido. Sugere-se a investigação entre as duas morbidades com vistas a prevenir complicações.

Nesta pesquisa identificou-se maior proporção de idosos com problemas de visão entre os que não aderiram ao tratamento para HAS. Sugere-se que o déficit visual possa favorecer a descontinuidade do tratamento, por dificultar a visualização do horário para uso da medicação e identificação do medicamento e dose adequados. Desse modo, é relevante que o problema de visão seja identificado e corrigido ou amenizado precocemente. O apoio de familiares faz-se também importante para auxiliar o idoso e supervisioná-lo⁽²²⁾, especialmente entre aqueles que apresentem problemas visuais no uso adequado dos medicamentos para HAS, sempre que for necessário.

Condizente com esta pesquisa, estudo internacional realizado com idosos com HAS nos EUA verificou que a presença de indicativo de depressão esteve associada à baixa adesão ao tratamento farmacológico ($p < 0,01$)⁽²³⁾. No mesmo estudo, os autores referem que o baixo suporte social pode ter influenciado negativamente a adesão ao tratamento farmacológico⁽²³⁾. Ademais, embora não tenha sido foco desta pesquisa, é possível que a presença de sintomas depressivos interfira no estímulo ao autocuidado, causando impacto na adesão ao tratamento farmacológico. Nesse sentido, a equipe de saúde deve investigar a presença de sintomas depressivos entre idosos com HAS, precocemente, a fim de minimizar agravos à saúde, além de identificar redes de apoio ao idoso portador de doença crônica, de forma a incentivá-los a aderir ao uso adequado da medicação.

Referente à interrupção do tratamento da HAS, pesquisa desenvolvida em serviço público de Ribeirão Preto-SP identificou que 58% apresentaram efeitos adversos e 48% referiram esquecer-se de tomar o medicamento anti-hipertensivo dentre os aderentes e não aderentes ao tratamento da HAS⁽²⁾, divergindo do presente estudo.

Ainda que não tenha sido alvo da presente investigação, sugere-se a simplificação do tratamento como estratégia para propiciar maior adesão, porém o número de morbidades associadas e diferentes medicamentos utilizados podem influenciar na adesão ao tratamento da HAS, devido à complexidade terapêutica⁽²⁾. Na presente pesquisa houve maior número de morbidades associadas para aqueles que não aderiram ao tratamento medicamentoso.

No que concerne à autoavaliação de QV e satisfação com a saúde, tal resultado pode ser explicado devido ao fato de a QV ser influenciada por múltiplos fatores, não tendo relação apenas com a adesão. Já a autoavaliação da saúde entre os idosos não impossibilita a satisfação com a QV⁽²⁴⁾.

Nos domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, o menor escore para o domínio físico pode estar associado a efeitos da medicação anti-hipertensiva, que entre outros sintomas pode causar dor, cansaço e alteração do sono⁽⁹⁾. O enfermeiro pode incentivar a participação em grupos, bem como estimular a prática de atividade física que reflete no melhor controle pressórico, favorece a diminuição de dores e desconforto⁽²⁴⁾, podendo refletir na melhoria desses aspectos.

O maior escore no domínio relações sociais para ambos os grupos pode ser justificado devido à possível relação satisfatória

estabelecida e construída com familiares, amigos e profissionais de saúde ao longo da vida e valorizada nessa fase⁽²⁵⁾. Os idosos demonstraram possuir conhecimento próprio, expectativas, valores e experiências individuais, devido a condições de vida e saúde distintas. Esses fatores podem influenciar na adesão ou não ao tratamento medicamentoso da HAS. De tal maneira, a equipe de saúde deve considerar e valorizar tais aspectos⁽²²⁾, o que pode refletir positivamente nas relações sociais.

Na comparação dos grupos, o menor escore no domínio físico entre aqueles não aderentes foi semelhante a estudo internacional que identificou entre os idosos com HAS o menor nível de adesão à medicação associado à menor pontuação no componente físico⁽¹⁰⁾. O maior controle da doença, ainda que não tenha sido alvo deste estudo, por meio do tratamento medicamentoso pode impactar a QV favoravelmente⁽²⁴⁾. Acredita-se que esse dado pode ser explicado pelo menor acometimento dos idosos que aderem ao tratamento da HAS por outras doenças crônicas, que podem influenciar no domínio físico, uma vez que múltiplas morbidades associadas podem limitar a funcionalidade do idoso⁽²⁶⁾. Nesse contexto, reforça-se a necessidade de investigação dos aspectos comprometidos nesse domínio, no intuito de elaborar estratégias para minimizar o seu impacto.

Referente ao domínio psicológico, pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos identificou que os idosos que possuíam menor adesão à medicação anti-hipertensiva obtiveram menor pontuação no componente mental⁽¹⁰⁾, condizente com esta investigação. Considerando a maior prevalência de indicativo de depressão entre os idosos não aderentes nessa investigação, infere-se que esse fato possa ocasionar um menor comprometimento com o tratamento, devido a alteração do estado emocional. O enfermeiro pode criar estratégias que vislumbrem a identificação dos componentes envolvidos nesse domínio no intuito de desenvolver ações de apoio e acompanhamento psicológico junto à equipe interdisciplinar, com vistas à melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

Para o domínio relações sociais, semelhante a este resultado, pesquisa com idosos com HAS nos Estados Unidos identificou que sujeitos não aderentes ao tratamento apresentaram menor apoio social⁽²⁴⁾. As mudanças emocionais e nervosismo de alguns idosos comprometem as relações sociais e levam a menor adesão ao tratamento da HAS⁽¹⁰⁾. Tais mudanças podem ser amparadas por relações de confiança, desenvolvidas pelo papel educador e motivador do profissional de saúde.

Cabe enfatizar que a rede de apoio representada pelas relações sociais pode promover melhoria da saúde e maior adesão à terapêutica medicamentosa⁽²²⁾. A educação em saúde se destaca nesse contexto, fortalecendo vínculos entre profissionais de saúde, família e idosos, favorecendo as relações pessoais e confiança, com vistas a esclarecer sobre a HAS, orientar sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso, assim como possíveis complicações oriundas do não controle da HAS.

O menor escore no meio ambiente dentre os não aderentes pode indicar maior dificuldade nas modificações de hábitos de vida que exigem adaptação do cotidiano⁽²⁴⁾, tais como mudanças alimentares e prática de atividade física. Soma-se a terapia complexa e de alto custo, que pode não ser compatível com a realidade econômica dos indivíduos, em especial para

aqueles com múltiplas morbidades crônicas⁽¹⁾, considerando o maior número de doenças dentre os não aderentes no presente estudo. Assim, podem ser indicados medicamentos compostos, em geral não disponíveis gratuitamente nos serviços públicos, refletindo de forma negativa nos recursos financeiros, item avaliado neste domínio⁽¹⁴⁾.

O menor escore na participação social em ambos os grupos pode ser decorrente da modificação na rotina alimentar, autocuidado e tratamento medicamentoso, os quais podem influenciar na participação de eventos sociais, no intuito de evitar alimentos que influenciam no controle pressórico⁽²⁷⁾, impactando negativamente na participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade, aspecto avaliado nessa faceta⁽¹⁵⁾. De tal maneira, a participação de grupos de saúde e o compartilhar de receios e inseguranças podem possibilitar trocas de experiências e estratégias de enfrentamento das situações vivenciadas.

Os maiores escores na faceta morte e morrer para ambos os grupos podem ser justificados devido ao maior percentual de idosos com 70 a 79 anos. Acredita-se que nessa faixa etária eles tenham maior reflexão acerca da finitude da vida. Inquérito realizado com idosos de 75 anos e mais em Tocantins evidenciou que a maioria dos entrevistados não se amedrontava com essa possibilidade, mas com outras questões, como doenças graves causadoras de dependência física e psíquica⁽²⁶⁾.

O menor escore na faceta funcionamento dos sentidos entre os idosos não aderentes ao tratamento, embora não investigado, pode estar relacionado à maior perda visual identificada pelo autorrelato dos idosos, fato esse que pode interferir no autocuidado e tratamento medicamentoso. Os problemas visuais podem interferir tanto na compreensão do tratamento como na correta utilização do medicamento quanto ao horário e nome das medicações⁽¹⁷⁾. Dessa maneira, o enfermeiro pode utilizar estratégias educativas no intuito de esclarecer alterações dos sentidos, seja proveniente das mudanças fisiológicas, seja das medicações anti-hipertensivas, possibilitando adaptações às perdas e constituindo-se em rede de apoio a esses idosos. No entanto, salienta-se a necessidade de se investigar esse aspecto da terapêutica anti-hipertensiva.

Referente à faceta autonomia enfatiza-se que a doença crônica e outras morbidades associadas requerem maior atenção à saúde do idoso, o que pode levar a família a interferir na tomada de decisões do idoso e contribuir para a menor autonomia e a não motivação para o autocuidado⁽²⁸⁾. Cabe ressaltar que dentre os idosos que não aderem ao tratamento medicamentoso se identificou maior número de morbidades associadas requerendo maior atenção à saúde. Assim, investigar as ações de autocuidado e apoiá-lo na melhoria da autonomia do idoso frente à família e a sociedade⁽²⁸⁾, torna-se prioridade da assistência de enfermagem e equipe de saúde.

Quanto à faceta atividades passadas, presentes e futuras, o maior impacto pode estar relacionado ao maior percentual de idosos com múltiplas comorbidades e indicativo de depressão, que poderiam minimizar suas perspectivas em relação ao futuro, aspecto mensurado nessa faceta⁽¹⁵⁾. Assim, os maiores gastos com saúde entre os idosos não aderentes ao tratamento podem acarretar em menores escores nessa faceta. Além disso, pode-se refletir sobre as dificuldades que os hipertensos

apresentam na adoção de medidas de controle, exigindo engajamento e persistência⁽²⁹⁾, que podem ser afetados pelos aspectos psicológicos. Nesse sentido, o cuidado da equipe de saúde da família, que inclui visitas domiciliares, e as consultas médicas e/ou de enfermagem são estratégias que podem favorecer o processo de adesão efetivo, minimizando os impactos, tanto para o sistema de saúde quanto para os usuários⁽²⁹⁾.

No que concerne à faceta participação social, o menor escore dentre os idosos que não aderiram ao tratamento também pode estar relacionado ao maior autorrelato de problemas de saúde, que podem ser considerados limitantes para a participação de determinadas atividades. As múltiplas morbidades e suas consequências, como comprometimento físico, emocional e social, podem interferir nas atividades rotineiras dos idosos⁽²⁶⁾. Ademais, as relações adquiridas ao longo da vida podem ser fortalecidas nessa fase, tais como laços familiares, religiosos e com serviços de saúde⁽²⁶⁾, podendo ser decisivos na procura de atividades sociais. Nesse contexto, destaca-se que atividades grupais contribuem para a socialização dos idosos, assim como para a interação com pessoas que vivenciam as mesmas dificuldades. Trata-se de um meio de superação dos problemas, podendo encorajar o enfrentamento da doença crônica, o tratamento e a melhor adesão à medicação⁽²⁵⁾.

Referente à faceta intimidade, ressalta-se que a medicação anti-hipertensiva pode causar efeitos colaterais que comprometem a QV⁽²⁰⁾. Essa faceta avalia a capacidade de se terem relações pessoais e íntimas⁽¹⁵⁾, com destaque para familiares. Cabe elucidar que o apoio familiar por meio de relações de confiança e incentivo se faz essencial para o enfrentamento da HAS, aumentando a confiança⁽²²⁾ e conseqüentemente interferindo de forma positiva na QV.

Enfatizam-se, nesse contexto, as atividades voltadas para a saúde dos idosos envolvendo familiares. Compartilhar dúvidas e experiências vividas pode nortear os profissionais de saúde envolvidos no cuidado desses idosos. Assim, podem ser identificados aqueles não aderentes e, por meio da consulta individual, esclarecer acerca dos riscos e sensibilizar para a correta adesão ao tratamento medicamentoso, abordando também os benefícios para a saúde e QV.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos evidencia-se a necessidade de ações de saúde voltadas à identificação precoce dos agravos e complicações que podem impactar negativamente na adesão ao tratamento farmacológico para HAS, como a presença de comorbidades. Ressalta-se a relevância do acompanhamento desses idosos de forma individual ou por meio dos grupos oferecidos nos serviços de saúde, como o Hipertensão, favorecendo o maior entendimento sobre a doença e a adesão ao tratamento farmacológico. A família também deve ser envolvida nesse processo, auxiliando o idoso, se necessário, e estimulando-o a utilizar corretamente os medicamentos prescritos para a HAS, além de oferecer suporte emocional para as adequações nos hábitos de vida.

Devido ao delineamento transversal desta pesquisa não é possível estabelecer a relação de causa e efeito entre as variáveis associadas; porém, foi possível ampliar o conhecimento sobre os fatores que podem contribuir para a menor adesão ao tratamento farmacológico para HAS para os idosos investigados. Assim, esses resultados podem oferecer subsídios para o delineamento de ações específicas em saúde voltadas à manutenção da terapêutica farmacológica para HAS.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 supl.1):1-51.
2. Bastos-Barbosa RG, Ferioli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J et al. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];99(1):636-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/en_aop05112.pdf
3. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. [Characteristics of an elderly hypertensive population assisted at a family health unit]. *Rev Rene* [Internet]. 2010[cited 2015 Feb 02];11(2):72-8. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a08v11n2.htm Portuguese.
4. Cunha PRMS, Branco DRC, Bernandes ACF, Aguiar MAF, Rolim ILTP, Linard AG. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];13(3):11-6. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455>
5. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Pharm* [Internet]. 2014[cited 2015 Feb 02];20(1):58-65. Available from: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=17481>
6. Soares MM, Silva LOL, Dias CA, Rodrigues SM, Machado CJ. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];17(1):144-50. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26389/17582>
7. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];25(4):322-9. <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/V25n04a08.pdf>
8. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Araújo RMA. [Social representation of women with hypertension in relation to the disease: unraveling the adherence to the

- treatment in relation to the schedule of the Family Health]. *Physis* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 02];21(1):87-112. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a05.pdf> Portuguese.
9. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ANL, Jardim PCBV. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013[cited 2015 Feb 02];100(2):164-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/en_v100n2a09.pdf
 10. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing* [Internet]. 2010[cited 2015 Feb 02];39(4):481-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886202/pdf/afq040.pdf>
 11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994[cited 2015 Feb 02];52(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
 12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* [Internet]. 1986[cited 2015 Feb 02];24(1):67-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>
 13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1999[cited 2015 Feb 02];57(2-B):421-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
 14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life "WHOQOL-bref"]. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000[cited 2015 Feb 02];34(2):178-83. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/25001/26829> Portuguese.
 15. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006[cited 2015 Feb 02];40(5):785-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/07.pdf>
 16. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adherence to pharmacological and non pharmacological treatment for arterial hypertension and associated factors in primary care. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013[cited 2015 Feb 02];18(6):1763-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf> Portuguese.
 17. Marques EIW, PetucoVM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH*. 2010; 7(2):267-79.
 18. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. [Self-reported hypertension and non-adherence to continuous-use medication in Brazil: a population-based study]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2015 Feb 02];30(4):815-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0815.pdf> Portuguese.
 19. Carvalho F, Telarolli Junior R, Machado JCMS. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):617-21.
 20. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODPC, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Scientiarum Health Sciences* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 02];33(1):9-17. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708>
 21. Sandri R, Bernardi JR, Siviero J. Consumo de fibras e líquidos em mulheres participantes de uma universidade da terceira idade no Sul do Brasil. *RBCEH* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];9(2):213-25. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/213-225/pdf>
 22. Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. [The social network as a health support strategy for hypertensive patients]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 02];64(5):849-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf> Portuguese.
 23. Krousel-Wood M, Islam T, Muntner P, Holt E, Joyce C, Morisky DE, et al. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO. *Ann Behav Med* [Internet]. 2010[cited 2015 Feb 02];40(3):248-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3109732/pdf/nihms291208.pdf>
 24. Rabelo DR, Lima CFM, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *RKG* [Internet]. 2010[cited 2015 Feb 02];13(2):115-30. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5370/3850>
 25. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];11(3):581-7. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf>
 26. Cótica CS. [Perception of quality of life and finitude of middle-aged adults and elderly practitioners and non-practitioners of physical activity]. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 02];5(4):201-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/07.pdf> Portuguese.
 27. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA. [Quality of Life of Hypertensive Patients and Comparison of two Instruments of HRQOL Measure]. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012[cited 2015 Feb 02];98(5):442-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop03112> Portuguese.
 28. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NMF. [Quality of life of the elderly with hypertension]. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 02];19(3):438-44. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a17.pdf> Portuguese.
 29. Coutinho FHP, Sousa IMC. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. *Rev Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2015 Feb 02];35(2):397-411. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/314/pdf_123