







## Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos

Treatment adherence and frailty syndrome in hypertensive older adults

Adherencia al tratamiento y síndrome de fragilidad en adultos mayores hipertensos

### Como citar este artigo:

Silva LM, Souza AC, Fhon JRS, Rodrigues RAP. Treatment adherence and frailty syndrome in hypertensive older adults. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03590. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018048903590>

-  Luípa Michele Silva<sup>1,2</sup>
-  Ana Carolina de Souza<sup>2</sup>
-  Jack Roberto Silva Fhon<sup>2</sup>
-  Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás Regional Catalão/Universidade Federal de Catalão em implantação, Departamento de Enfermagem, Catalão, GO, Brasil

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the association between adherence to antihypertensive treatment and frailty syndrome in hypertensive older adults. **Method:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach with older adults. The data collection took place between November 2017 and March 2018, evaluating sociodemographic information, adherence to antihypertensive treatment, lifestyle and frailty through the Edmonton Frail Scale. The Kruskal-Wallis test and the Chi-squared test were used for data analysis, considering a 95% confidence interval and a significance level of  $p < 0.05$ . **Results:** There were 193 older adults who participated in the study. The average age was 80.94 (sd  $\pm$  7.17) years, with a predominance of females (72%) and widows (43.5%). The factors which were associated with adherence to treatment were diastolic blood pressure, education and the time that the older adult had smoked ( $p < 0.05$ ). Frailty was not associated with treatment adherence levels ( $p = 0.095$ ). **Conclusion:** There was no association between frailty scores and control of arterial hypertension; however, adequate monitoring and nursing care are essential in assessing adherence to treatment in order to reduce the aggravations of the disease and frailty syndrome development.

### DESCRIPTORS

Aged; Hypertension; Medication Adherence; Frailty; Geriatric Nursing.

### Autor correspondente:

Luípa Michele Silva  
Campus I – Bloco M – Sala 156  
Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1120  
CEP 75704-020 – Catalão, GO, Brasil  
[luipams@gmail.com](mailto:luipams@gmail.com)

Recebido: 05/11/2018  
Aprovado: 30/09/2019

## INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa, no mundo e no Brasil, afeta diretamente o sistema de saúde pública, pois no decorrer do processo do envelhecimento as condições patológicas podem comprometer o sistema vascular, tornando o idoso mais suscetível às morbidades, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS)<sup>(1)</sup>.

Atualmente, essa enfermidade é estimada como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, por possuir uma alta prevalência e baixas taxas de controle, resultando em números significativos de morbidade e mortalidade cardiovascular<sup>(2)</sup>. No Brasil, estima-se que 25% da população adulta possui o diagnóstico de HAS e, em 2025, calcula-se que a sua prevalência será de 40%<sup>(3)</sup>. Estudo brasileiro de base populacional estima que entre os idosos a prevalência seja de 75,6% (IC95% = 71,1-77,9)<sup>(4)</sup>.

A associação entre envelhecer e prevalência de hipertensão arterial é direta e linear, pois está relacionada ao aumento da expectativa de vida da população<sup>(5)</sup>. Em um estudo de metanálise realizado com idosos de áreas urbanas no Brasil, os pesquisadores estimaram uma prevalência de hipertensão arterial de 68%<sup>(6)</sup>. Além da idade, a raça, o sexo, a predisposição genética, o estresse, o sobrepeso, a obesidade e os hábitos de vida considerados pouco saudáveis, tais como o sedentarismo e a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, também são considerados como fatores de risco ou preditores da doença o tabagismo e o consumo excessivo de sal<sup>(5)</sup>.

A não adesão ou uma adesão inadequada aos tratamentos medicamentosos são as principais causas na ineficácia da terapêutica no Brasil e no mundo<sup>(1)</sup>. O melhor controle da hipertensão arterial visa, como potencial, diminuir a incidência de doença e evitar um número substancial de mortes. Neste sentido, a Enfermagem tem um papel fundamental na prática assistencial, com a utilização do diagnóstico de enfermagem, ferramenta que direciona as ações e o plano de cuidados, tendo como intervenções as ações educativas como principais estratégias para aumentar adesão ao tratamento anti-hipertensivo<sup>(7)</sup>.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo no idoso diminui, consideravelmente, o risco de acidente vascular cerebral, controla a insuficiência cardíaca e reduz a mortalidade por doenças cardiovasculares<sup>(8)</sup>. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, tanto o diagnóstico quanto o tratamento da hipertensão arterial têm sido desafiadores em idosos, pois são pacientes que precisam de uma farmacoterapia cuidadosa; o ideal é que seja a monoterapia com baixas doses de medicamento anti-hipertensivo<sup>(9)</sup>.

Em idosos, a adesão e a ingestão de medicamentos de forma regular são primordiais na terapêutica eficaz; portanto é necessário que o idoso envolva-se no seu tratamento, compreenda os objetivos da terapêutica adotada e sinta-se bem durante o processo de cuidado<sup>(10)</sup>. Alguns obstáculos encontrados para que haja eficácia no tratamento medicamentoso são doses “esquecidas”, situação econômica, efeitos colaterais dos fármacos, presença de comorbidades, idade avançada e ser considerado frágil<sup>(11)</sup>.

O idoso frágil, de acordo com o consenso proposto por um grupo de pesquisadores, é aquele que apresenta diminuição da força e da resistência; e o declínio nas funções fisiológicas, tornando-o vulnerável e, conseqüentemente, com aumento da dependência e/ou morte<sup>(12)</sup>. Neste sentido, pode-se compreender a fragilidade como uma síndrome multidimensional de etiologia complexa, que requer uma avaliação por meio de instrumentos que possuam a visão holística do idoso, determinada ou modificada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, que geram uma condição de natureza multifatorial, desconfortável e dinâmica de acordo com a história ou trajetória do indivíduo<sup>(13-15)</sup>.

Para o idoso frágil devem ser considerados os seguintes critérios: cinco ou mais doenças, fazer uso de pelos menos cinco medicações, apresentar mobilidade física prejudicada, ter histórico de quedas e de internações recorrentes, relações familiares precárias, déficit cognitivo e dependência funcional presentes<sup>(16)</sup>.

A síndrome da fragilidade em idosos tem sido amplamente discutida nos últimos anos, uma vez que ela afeta 15% a 20% destas pessoas, com idade acima dos 60 anos e 30% das que têm mais de 80 anos<sup>(17)</sup>. E a presença da síndrome tem sido considerada como fator causal e prognóstico de doenças cardiovasculares; a prevalência estimada é de que entre 25 a 50% dos idosos com problemas cardíacos são frágeis e, quando se trata de adesão, apenas 21% apresentam-na em baixo nível, enquanto no grupo não frágil, apenas 12,3% dos idosos apresentam este nível<sup>(18)</sup>.

Avaliar a associação da fragilidade e da adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser o primeiro passo para compreender se há uma interação entre elas e em última análise, pode otimizar o tratamento da hipertensão existente e estabelecer metas terapêuticas em pessoas com fragilidade. Entretanto, no Brasil, ainda são escassos os estudos que demonstrem a relação entre o idoso frágil, a doença hipertensiva e a adesão ao tratamento farmacológico, de forma que se possa pensar nos fatores de risco e fomentar meios para uma intervenção na síndrome de fragilidade.

Diante da problemática apresentada, esta investigação justifica-se diante da alta prevalência de HAS em idosos e a possível relação entre a adesão e a presença de fragilidade que requer atenção dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Neste intuito, o objetivo do estudo foi analisar a associação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a síndrome da fragilidade no idoso hipertenso.

## MÉTODO

### TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

### POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por idosos com idade igual ou superior a 65 anos, que moram na zona urbana do município de Ribeirão Preto – SP.

A amostra foi definida em 2007, na primeira fase dessa investigação, que se tratou de um projeto financiado.

Entretanto, este estudo compõe a terceira etapa dessa pesquisa, na qual foram avaliados os idosos entrevistados em 2017/2018, que totalizaram 262 da amostra inicial.

Em todas as etapas, foi seguido o processo de amostragem da pesquisa, o qual era probabilístico por conglomerado em duplo estágio; primeiro foram sorteados os 30 setores censitários, entre os 600 existentes no município. No segundo estágio, foi visitado um número fixo de domicílios, o que garantiu a auto ponderação da amostra. Como forma de prevenir recusas, foram sorteados 515 idosos, número que resulta na taxa prevista em 80%.

Como o estudo é de seguimento, com as perdas e os óbitos, a amostra mantida foi de 262 idosos, dentre os quais 193 (73,3%) atenderam ao critério de inclusão estabelecido, que era ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica.

## COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada entre os meses de dezembro de 2017 e março de 2018, nos domicílios, por meio de entrevista estruturada realizada por graduandos e pós-graduandos de enfermagem previamente treinados pela coordenadora do projeto, com a utilização de um questionário com instrumentos validados. As entrevistas duraram, em média, 50 minutos.

Para avaliar a adesão ao tratamento hipertensivo medicamentoso foi utilizada a *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), validada no Brasil<sup>(19)</sup>, que constou das seguintes perguntas: 1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? 2) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento? 3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento? 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? Considerou-se boa adesão quando todas as respostas foram negativas e baixa adesão quando duas ou mais respostas foram afirmativas na MMAS.

A adesão também foi avaliada a partir da contagem manual de comprimidos para verificar o grau de coincidência entre a quantidade de comprimidos utilizada pelo idoso em um determinado intervalo de tempo e a quantidade que deveria ter sido utilizada neste mesmo intervalo de tempo (de acordo com o regime terapêutico prescrito). Assim, foi realizada a contagem manual dos comprimidos que estavam na cartela de cada medicamento e comparada com o regime terapêutico prescrito<sup>(20)</sup>.

O cálculo utilizado foi:

Grau de concordância entre comprimidos utilizados e prescritos =  $(NCA - NCR) \times 100 / NCP$ , em que:

NCA = número de comprimidos adquiridos pelo paciente no último atendimento.

NCR = número de comprimidos que restaram na embalagem.

NCP = número de comprimidos que deveriam ter sido consumidos, segundo prescrição, no intervalo entre aquisição e contagem dos comprimidos.

Informa-se que para os idosos que utilizam mais de um medicamento, o cálculo foi feito separadamente para cada um.

Para a criação da variável adesão, levou-se em consideração, a pontuação da MMSA: Aderente - nenhuma questão positiva; Adesão moderada - 1 a 2 respostas positivas; e Adesão baixa - 3 a 4 respostas positivas. A partir da discrepância e desta pontuação obteve-se: Adesão ótima - sem discrepância e aderente na Morisky; Adesão boa - sem discrepância e moderada adesão ou com discrepância e aderente na Morisky; Adesão regular - com discrepância e moderada adesão na Morisky ou sem discrepância e baixa adesão; e Adesão ruim - com discrepância e baixa adesão na Morisky. A partir da adesão de cada medicamento foi criada a adesão ponderada (média das pontuações) que vai de 0 a 100% para cada participante, que resultou nos valores: acima de 75% boa; 74 a 50% regular; abaixo de 50% ruim<sup>(20)</sup>.

A avaliação da fragilidade foi realizada pela *Edmonton Frail Scale*<sup>(15)</sup>, validada para a língua portuguesa<sup>(21)</sup>. Essa escala possui nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional<sup>(15,21)</sup>. A pontuação da escala<sup>(15,21)</sup> varia de 0 a 17 pontos, sendo o valor máximo indicativo de nível mais elevado de fragilidade.

As variáveis independentes utilizadas para fins de análise foram: sexo (masculino, feminino), idade autoreferida (anos), situação conjugal (solteiro, casado, viúvo, divorciado), anos de estudo, total de doenças autorreferidas, renda (em reais), uso de álcool (quantidade ingerida por semana ou mês) e uso de tabaco (sim ou não) e por quanto tempo faz ou fez esse uso.

A pressão arterial foi aferida três vezes conforme recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, com esfigmomanômetro aneróide calibrado, Medidor de Pressão de Braço Digital da Techline BP-1305, com o indivíduo, sentado, em repouso por pelo menos quinze minutos. Foram verificadas três medidas de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), com intervalo de um a dois minutos obtendo-se, assim, as médias para cada uma destas variáveis<sup>(5)</sup>.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a elaboração do banco de dados, construiu-se uma planilha eletrônica no programa Excel®, na qual foi realizada dupla digitação. Os dados foram importados para um programa estatístico, para a realização da análise descritiva. As variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de tendências centrais (média e mediana) e de dispersão ( $dp$  = desvio padrão) e, as variáveis categóricas, em frequência absoluta e relativa. O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para analisar a adesão, que possui três grupos e as variáveis independentes. E o teste de qui-quadrado foi empregado para comparar a adesão e as variáveis relacionadas aos hábitos de vida dos idosos como o uso de fumo (tabaco), a realização de algum tipo de atividade e a ingestão de bebida alcoólica. Para ambos os testes foram considerados o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância  $p < 0,05$ .

## ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão

Preto da Universidade de São Paulo sob o Protocolo nº 089/2017, seguindo o preconizado na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 193 idosos. Os resultados apontaram que os idosos do estudo possuem uma média de idade de 80,94 ( $\pm 7,17$ ) anos, sendo a mínima 65 e a máxima 97 anos. A maioria era do sexo feminino (72%), viúvas (43,5%) e que fazem uso de convênio de saúde (49,2%) e, também, do Sistema Único de Saúde (SUS) (48,2). A média de anos de estudo desses idosos foi de 5,28 anos ( $dp \pm 4,87$  anos). A renda mensal em salários-mínimos variou de um (18,1%) a mais de 10 (4,7%), sendo a maior concentração entre três e cinco salários (33,2%). O número de doenças autorreferidas foi em média de 6,03 ( $dp=3,84$ ). Entre os idosos, apenas 9,3% fazem uso de automedicação e a maioria (57,5%) apresentou uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização dos idosos hipertensos e que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017-2018.

Variáveis sociodemográficas	n	%	Média (dp)	Mín	Máx
<b>Idade (anos)</b>			80,94 (7,17)	65	97
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>			5,28 (4,87)	0	22
<b>Total de doenças autorreferidas</b>			6,03 (3,84)	1	18
<b>Sexo</b>					
Masculino	54	28,0			
Feminino	139	72,0			
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	16	8,3			
Casado	77	39,9			
Divorciado/ Separado	14	7,3			
Viúvo	84	43,5			
Outro	2	1,0			
<b>Renda Mensal do idoso (em salário-mínimo)</b>					
Até um	35	18,1			
02	51	26,4			
03 a 05	64	33,2			
06 a 09	30	15,5			
Mais de 10	9	4,7			
Não sabe ou não respondeu	4	2,1			
<b>Serviços de saúde</b>					
SUS	93	48,2			
Convênio de Saúde	95	49,2			
Particular	2	1,0			
Outro	3	1,6			
<b>Automedicação</b>					
Sim	18	9,3			
Não	175	90,7			
<b>Adesão</b>					
Boa	111	57,5			
Regular	65	33,7			
Ruim	17	8,8			

Quando verificada a associação entre os hábitos de vida, como o uso de fumo (tabaco), a realização de algum tipo de atividade e a ingestão de bebida alcoólica, com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos, não houve associação estatisticamente significativa. (Tabela 2).

**Tabela 2** – Associação entre o sexo e os hábitos de vida e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos hipertensos – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Adesão						p*
	Boa		Regular		Ruim		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	29	53,7	20	37,0	5	9,3	0,573
Feminino	82	59,0	45	32,4	12	8,6	
<b>Faz uso de fumo (Tabaco)</b>							
Sim	6	46,2	5	38,5	2	15,4	0,579
Não	105	58,3	60	33,3	15	8,3	
<b>Realiza algum tipo de atividade</b>							
Não	89	58,2	50	32,7	14	9,2	0,830
Sim	22	55,0	15	37,5	3	7,5	
<b>Ingestão de bebida alcoólica</b>							
Nunca	90	59,6	51	33,8	10	6,6	0,123
Uma vez por mês	12	48,0	9	36,0	4	16,0	
Duas a quatro vezes no mês	5	55,6	3	33,3	1	11,1	
Duas a três vezes por semana	2	50,0	2	50,0	0	0	
Quatro ou mais vezes por semana	2	50,0	0	0	2	50,0	

\*Teste de Qui-Quadrado.

Observou-se que houve associação estatisticamente significativa entre a média da pressão arterial diastólica e a adesão ao medicamento anti-hipertensivo, sendo a PAD menor nos idosos com boa adesão ( $p < 0,05$ , 70,95 vs 80,65). Na relação entre os anos de escolaridade e a adesão ao tratamento medicamentoso, os idosos que apresentaram uma boa adesão possuíam uma média maior de anos em que frequentaram a escola ( $p < 0,05$ , 5,85 vs 2,94). E o tempo em que o indivíduo fumou também apresentou relação estatística significativa com a adesão, pois os idosos que fumaram por menos tempo apresentaram uma boa adesão ao tratamento ( $p < 0,05$ , 17,05 vs 18,86) (Tabela 3).

Ao serem analisados os escores de fragilidade e a sua relação com os resultados da adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo, não foi identificada significância estatística, demonstrando que não houve uma associação entre a fragilidade e a adesão do idoso hipertenso ao tratamento anti-hipertensivo, conforme a Tabela 3.

**Tabela 3** – Associação entre os fatores que interferem na adesão e a adesão ao tratamento anti-hipertensivos – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Adesão			p*
	Boa (dp)	Regular (dp)	Ruim (dp)	
Pressão Arterial Sistólica	142,52 (22,67)	140,38 (22,30)	155,78 (30,56)	0,271
Pressão Arterial Diastólica	70,95 (11,34)	73,39 (11,13)	80,64 (14,27)	0,032
Escolaridade	5,85 (5,08)	4,92 (4,60)	2,94 (3,75)	0,011
Doenças autorreferidas (Total)	5,64 (3,26)	6,34 (3,41)	7,35 (4,77)	0,255
Tempo que fumou (Anos)	17,05 (20,74)	32,19 (20,10)	18,86 (5,55)	0,035
Escore de Fragilidade	5,50 (3,12)	6,12 (2,35)	6,82 (2,878)	0,095

\*Teste de Kruskal-Wallis.

## DISCUSSÃO

Na população de estudo, verificou-se uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e os fatores associados foram a escolaridade e o tempo do uso do tabaco. Entretanto, não foi constatada a associação entre o escore de fragilidade e a adesão a esse tratamento.

No presente estudo, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi 57,5% sendo superior à encontrada em idosos taiwaneses de um centro médico sob tratamento de diálise<sup>(22)</sup> e de adultos e idosos camaroneses<sup>(23)</sup>. Entretanto, foi inferior aos dados da investigação realizada em Vitória, ES, que foi 73,3%<sup>(24)</sup>.

Outro estudo mostrou que a porcentagem de pessoas acima dos 55 anos que aderiram ao tratamento anti-hipertensivo em Nova Iorque conforme a escala de Morisky foi de apenas 18,8%, bem abaixo da encontrada nesta investigação<sup>(11)</sup>. A dificuldade em fazer a comparação entre os dados é que os estudos envolvendo hipertensos, seja no Brasil ou em outros países, envolve participantes com idade acima dos 55 anos. A Organização Mundial da Saúde recomenda que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja de 80%<sup>(9)</sup>. Em todas as pesquisas, fica evidente que ainda há uma necessidade de se trabalhar a adesão em pacientes idosos para evitar a piora do quadro clínico e agravos, como a descompensação da hipertensão arterial ou de outra condição clínica que estava controlada.

Entre os idosos, os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os índices mundiais indicam que a diferença na prevalência de hipertensão arterial entre os sexos é pequena<sup>(9)</sup>; entretanto, as mulheres aparecem com uma adesão mais satisfatória quando comparadas aos homens nos tratamentos medicamentosos<sup>(25)</sup>.

Uma boa adesão depende de como os idosos encaram o tratamento. Algo que foi consenso nesse estudo e nos dados internacionais, foi o uso de métodos que dependem do envolvimento do idoso durante o tratamento, da sua compreensão a respeito de como ocorrerá esse processo e do seu bem-estar geral. Na Itália, autores verificaram que a falha da adesão ao tratamento deve-se às doses omitidas devido aos efeitos adversos do tratamento, às considerações financeiras, o avanço da idade, à presença de doenças concomitantes e à instalação da síndrome da fragilidade<sup>(10)</sup>.

Já no Brasil, a não adesão ao tratamento medicamentoso está relacionado ao desemprego, à baixa renda, ao uso do tabaco, à diminuição ou ausência de atividade física, e às condições de saúde mediante o aumento do número de doenças crônicas e de consultas médicas nos últimos 12 meses<sup>(26)</sup>.

Neste estudo verificou-se que a escolaridade foi associada à adesão ao tratamento, corroborando com os dados de investigação da Polônia<sup>(11)</sup>, em que a influência da síndrome da fragilidade na adesão medicamentosa em idosos com hipertensão mostrou que a alta escolaridade é um preditor para uma boa adesão. O mesmo estudo aponta que a presença de doenças afetou negativamente a adesão, bem como o fato de viver sozinho, a falta de apoio social, a morte do companheiro, o divórcio e o evento traumático.

No Brasil, estudo de base populacional apontou associação entre a adesão e a escolaridade<sup>(26)</sup>, corroborando com os achados da presente pesquisa. Para os pesquisadores da Etiópia<sup>(27)</sup>, a escolaridade está relacionada à compreensão que o idoso tem sobre o seu diagnóstico e à importância de se tratar a doença, conforme a prescrição do médico.

Quanto ao tempo que o participante fez uso de cigarros, identificou-se a diminuição do seu consumo melhorando a adesão ao tratamento hipertensivo e diferindo dos achados de Vitória-ES<sup>(24)</sup>, os quais mostraram que tanto o uso do fumo, quanto a ingestão de bebida alcoólica não interferiram na adesão. Importante frisar que o tabagismo está entre os fatores de risco, listados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, no controle e prevenção da hipertensão arterial<sup>(5)</sup>.

Assim mesmo, verificou-se que a medida da pressão arterial diastólica teve associação com a adesão ao tratamento. Pesquisa sobre a hipertensão autorreferida da população brasileira mostrou que em 2/3 dos casos a monoterapia medicamentosa não é suficiente para a diminuição dos níveis pressóricos; além disso os idosos necessitam de terapia combinada para o controle adequado da PA sistólica<sup>(28)</sup>. Tais resultados corroboram com os dados da presente pesquisa, pois os idosos com boa adesão apresentam menores valores de PA diastólica e manutenção dos valores de PA sistólica.

Revisão integrativa sobre a adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos, apontou que quando essas pessoas aderem ao tratamento, os valores da Pressão Arterial Sistólica ficam abaixo de 140mmHg e 90mmHg para a Pressão Arterial Diastólica<sup>(29)</sup>. Esses achados diferem dos encontrados no estudo em questão, mas podem ser explicados devido as pesquisas existentes, no Brasil e em outros países, que avaliaram a adesão de idosos hipertensos por meio de diferentes métodos e populações, dificultando a comparação entre os achados.

Investigação realizada no Ceará com os usuários da Atenção Básica, que são acompanhados pelo Hiperdia mostra que, mesmo com o diagnóstico e o tratamento da HAS, apenas 25% dos usuários mantêm os níveis pressóricos de forma desejável. E a proporção de usuários com PA < 140x90 mmHg após o início do tratamento variou entre 6% e 25%, deixando evidente a baixa adesão ao tratamento a partir do não controle pressórico<sup>(30)</sup>. No presente estudo, os idosos com melhores valores pressóricos, principalmente diastólicos tiveram boa adesão ao tratamento.

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial é indicado que, para os idosos hipertensos com idade inferior a 80 anos, a PA recomendável seja < 145/85 mmHg. O ideal é que o idoso faça a adesão ao tratamento para evitar o aumento do risco cardiovascular e, associado ao tratamento farmacológico, deve ser implementado o não farmacológico em todos os estágios de hipertensão e quando o paciente apresentar uma PA de 135-139/85-89 mmHg<sup>(5)</sup>.

Em relação à síndrome da fragilidade não foi verificada uma associação com a adesão ao tratamento, mas clinicamente, a falta de adesão aos medicamentos prescritos reduz os benefícios da terapia e pode diminuir a eficácia terapêutica<sup>(11)</sup>. Os autores internacionais reforçam essa importância ao afirmarem que a não adesão corresponda a 30% a 50% das falhas no tratamento de idosos<sup>(26)</sup>.

No estudo de Taiwan<sup>(22)</sup>, a melhor adesão ao tratamento estava relacionada aos pacientes frágeis com idade avançada, por serem esses mais atenciosos com a sua saúde e mais complacentes com os tratamentos prescritos. Segundo pesquisadores da Etiópia<sup>(27)</sup>, países desenvolvidos e em desenvolvimento tem melhores cuidados de saúde e um acesso diferenciado nas unidades de saúde, elementos esses que afetam positivamente na adesão, em comparação com este estudo e os realizados em países com dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Usando a escala de Tilburg na identificação da fragilidade, pesquisadores verificaram que os idosos não frágeis apresentaram uma média inferior ( $4,1 \pm 2,0$ ) associada à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão, enquanto os frágeis obtiveram uma média superior ( $6,1 \pm 2,1$ )<sup>(17)</sup>. Neste estudo, foi utilizada a Escala de Edmonton e os idosos com uma boa adesão apresentaram uma média inferior ( $5,50 \pm 3,12$ ) em relação aos que apresentaram uma adesão considerada ruim ( $6,82 \pm 2,878$ ).

A literatura apresenta dados conflitantes na relação fragilidade e adesão ao tratamento. Um estudo realizado em Taiwan<sup>(22)</sup> identificou uma adesão ao tratamento significativamente pior entre os pacientes não frágeis, enquanto na Polônia<sup>(17)</sup> pesquisadores encontraram os maiores escores de fragilidade entre os pacientes idosos, sendo considerado um fator determinante de menor aderência ao tratamento. Assim como neste estudo, há publicações que não relatam correlação entre fragilidade e adesão<sup>(12,27)</sup>.

Em um ambulatório Kosmonautów em Wrocław, na Polônia foi comprovado que houve uma associação negativa entre a fragilidade e a adesão medicamentosa em pacientes idosos hipertensos; entretanto, os autores afirmam que estudos sobre a presença da síndrome da fragilidade e a adesão em pacientes com hipertensão não foram realizados até o momento<sup>(17)</sup>.

Embora não haja uma relação estatisticamente significativa entre a adesão e os escores de fragilidade em Ribeirão Preto (SP), uma pesquisa realizada na Polônia aponta que o diagnóstico precoce da fragilidade e as dificuldades associadas com a adesão ao tratamento medicamentoso por idosos, permite inferir na conduta terapêutica daqueles que apresentam diagnóstico de fragilidade e riscos de complicações cardiovasculares por uma hipertensão não tratada e planejar, de maneira eficaz, as intervenções que venham a melhorar o controle da hipertensão<sup>(31)</sup>.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a associação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a síndrome da fragilidade no idoso hipertenso. **Método:** Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa com idosos. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2017 e março de 2018, avaliando as informações sociodemográficas, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, os hábitos de vida e a fragilidade, por meio da *Edmonton Frail Scale*. Para a análise dos dados utilizou-se o teste de Kruskal Wallis e o teste de qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** Participaram do estudo 193 idosos. A média de idade foi de 80,94 ( $dp \pm 7,17$ ) anos, com predomínio do sexo feminino (72%) e de viúvas (43,5%). Os fatores que apresentaram associação com a adesão ao tratamento foram a pressão arterial diastólica, a escolaridade e o tempo que o idoso fuma ( $p < 0,05$ ). A fragilidade não apresentou associação com os níveis de adesão ao tratamento ( $p = 0,095$ ). **Conclusão:** Não se constatou associação entre os escores de fragilidade e o controle da hipertensão arterial; entretanto, é fundamental na avaliação da adesão ao tratamento, o acompanhamento adequado e a assistência de enfermagem para reduzir os agravos da doença e o desenvolvimento da síndrome de fragilidade.

## DESCRITORES

Idoso; Hipertensão; Adesão à Medicação; Fragilidade; Enfermagem Geriátrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el síndrome de la fragilidad en el adulto mayor con hipertensión. **Método:** Estudio descriptivo, transversal de abordaje cuantitativa con adultos mayores. La recolección de los datos ocurrió entre noviembre de 2017 y marzo de 2018, evaluando las informaciones sociodemográficas, la adherencia al

Por ser um estudo do tipo transversal, não foi possível afirmar que houve uma inferência causal entre as associações das variáveis estudadas, mas a opção metodológica possibilitou que o objetivo fosse respondido e os resultados encontrados foram compatíveis com estudos realizados em diversos países. Outra limitação que deve ser considerada, é a menor chance da participação de homens com mais de 65 anos por terem uma sobrevida menor quando comparadas as mulheres da mesma idade, como aponta um estudo brasileiro<sup>(4)</sup>.

A temática é complexa e envolve diversos fatores para a não adesão ao tratamento medicamento de idosos hipertensos; neste sentido o presente estudo pode contribuir para a prática interdisciplinar dos profissionais de saúde que prestam assistência aos idosos nos diversos contextos do sistema de saúde e que eles estejam atentos aos fatores que predispoem à má adesão e fragilidade. Outra forma de estimular a adesão é o uso de ações estratégicas como grupos de orientação realizados por profissionais da saúde e a inclusão da família no tratamento, no intuito de minimizar as dificuldades, as ansiedades e promover a adesão e a segurança do paciente na terapêutica medicamentosa.

## CONCLUSÃO

Os idosos apresentaram uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A fragilidade mesmo não resultando como um fator que interferiu na adesão neste estudo, é uma síndrome que deve ser avaliada e acompanhada nos idosos, pois é um preditor de risco das doenças cardiovasculares.

O enfermeiro e a equipe multiprofissional devem ter conhecimento sobre a síndrome da fragilidade, pois ela pode ser considerada um fator independente e significativo na baixa adesão ao medicamento anti-hipertensivo. Assim, considerando-se que quanto maior a escolaridade do idoso maior será a contribuição para uma boa adesão ao tratamento farmacológico, a adoção de hábitos saudáveis também pode contribuir para uma melhor adesão dessas pessoas aos tratamentos farmacológicos prescritos e a conseqüente melhoria nos níveis pressóricos. Mesmo não sendo encontrada uma relação direta entre a fragilidade e a adesão, um diagnóstico precoce dessa síndrome pode nortear uma assistência que possa impedir a fragilização do idoso e garantir uma adesão ao tratamento terapêutico.

tratamiento antihipertensivo, los hábitos de vida y la fragilidad, por medio de *Edmonton Frail Scale*. Para el análisis de los datos fueron utilizados el teste de Kruskal-Wallis y el teste de qui-quadrado. Para los dos testes el intervalo de confianza fue del 95% y el nivel de significancia  $p < 0,05$ . **Resultados:** Participaron en el estudio 193 adultos mayores. La media de edad fue de 80,94 ( $dp \pm 7,17$ ) años, con predominio del sexo femenino (72%) y de viudas (43,5%). Los factores que presentaron asociación con la adherencia al tratamiento fueron la presión arterial diastólica, la escolaridad y el tiempo que el adulto mayor fuma ( $p < 0,05$ ). La fragilidad no presentó asociación con los niveles de adherencia al tratamiento ( $p = 0,095$ ). **Conclusión:** No se ha constatado asociación entre los escores de fragilidad y el control de la hipertensión arterial; asimismo, es fundamental en la evaluación de la adherencia al tratamiento, del acompañamiento conveniente y la asistencia de enfermería para reducir la gravedad de la enfermedad y el desarrollo del síndrome de fragilidad.

## DESCRIPTORES

Anciano; Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Fragilidad; Enfermería Geriátrica.

## REFERÊNCIAS

- Cabral AC, Moura-Ramos M, Castel-Branco M, Fernandez-Llimos F, Figueiredo IV. Cross-cultural adaptation and validation of a European Portuguese version of the 8-item Morisky medication adherence scale. *Rev Port Cardiol*. 2018;37(4):297-303. DOI: 10.1016/j.repc.2017.09.017.
- Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da amazônia legal. *Rev Bras Epidemiol* 2016;19(1):38-51. DOI: 10.1590/1980-5497201600010004
- Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2013;29(1):62-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100008>.
- Menezes TN, Oliveira ECT, Fischer MATS, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Rev Port Saúde Pub*. 2016;34(2):117-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.04.001>
- Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Suppl 3):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160151>
- Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Am J Hypertens*. 2013;26(4):541-8. DOI: 10.1093/ajh/hps076
- Alves ACP, Nascimento ACG, Angélica Almeida IM, Costa FBC, Oliveira CJ. Ações de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial que apresenta o diagnóstico "falta de adesão". *Rev Enferm UFPE On line*. 2015;9 Supl. 2:806-13. DOI: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201505
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier MI, et al. 2018 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2018 Nov 12]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?sequence=1)
- Corrao G, Rea F, Ghirardi A, Soranna D, Merlino L, Mancia G. Adherence with antihypertensive drug therapy and the risk of heart failure in clinical practice. *Hypertension*. 2015;66(4):742-9. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.05463>
- 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*. 2014;20(1):58-65. DOI: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.1.58>
- Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7. DOI:10.1016/j.jamda.2013.03.022
- Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, et al. Prevalence, attributes and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(12):1310-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1310>
- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(7):722-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9. DOI: 10.1093/ageing/af l023
- Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>
- Jankowska-Polańska B, Zameła K, Uchmanowicz I, Szymańska-Chabowska A, Morisky D, Mazur G. Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of frail hypertensive patients. *Am J Geriatr Cardiol*. 2018;15(2):153-61. DOI: 10.11909/j.issn.1671-5411.2018.02.002
- Jankowska-Polańska B, Dudek K, Szymanska-Chabowska A, Uchmanowicz I. The influence of frailty syndrome on medication adherence among elderly patients with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 1781–1790. DOI: 10.2147/CIA.S113994
- Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2979-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200030>.
- Lee JY, Kusek JW, Greene PG, Bernhard S, Norris K, Smith D, et al. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Am J Hypertens*. 1996;9(8):719-25. DOI: [https://doi.org/10.1016/0895-7061\(96\)00056-8](https://doi.org/10.1016/0895-7061(96)00056-8)

21. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2009;17(6):1043-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.
22. Chao CT, Huang JW; COGENT (Cohort of Geriatric Nephrology in NTUH) study group. Geriatric syndromes are potential determinants of the medication adherence status in prevalent dialysis patients. *Peer J*. 2016;14:e2122. DOI: [10.7717/peerj.2122](https://doi.org/10.7717/peerj.2122). ECollection 2016
23. Adidja NM, Agbor VN, Aminde JA, Ngwasiri CA, Ngu KB, Aminde LN. Non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy in Buea, Cameroon: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2018;18(1):150. DOI: [http://doi.org/10.1186/s12872-018-0888-z](https://doi.org/10.1186/s12872-018-0888-z)
24. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):327-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074>.
25. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Abreu DPG, Vaz JC, Mello MCVA, Xavier DM. Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52:e03374. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017048303374>
26. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(4):815-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00160512>
27. Asgedom SW, Atey TM, Desse TA. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11:27. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3139-6>
28. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):297-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>.
29. Freitas JGA, Sylvia EON, Celmo CP. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015;13(1):75-84.
30. Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e0560015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>
31. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Łoboz-Rudnicka M, Gobbens R. Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg frailty indicator for optimizing care of Polish patients with frailty syndrome. *Clin Interv Aging*. 2014;9:997-1001. DOI <https://doi.org/10.2147/CIA.S64853>

---

#### Apoio financeiro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo nº 305565/2016-8.

---



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.