

Orientação farmacêutica de idosos com hipertensão arterial: relação com a adesão e conhecimento da doença

Beatriz Vieira de Moura¹
Guiomar Silva Lopes²

Resumo

O envelhecimento da população brasileira é um fato marcante das últimas décadas, que veio acompanhado de grande incidência das doenças crônicas, em especial da hipertensão arterial sistêmica (HAS). No Brasil, registra-se a prevalência da HAS que pode acometer até 50% da população idosa, o que tem motivado a atenção da saúde pública para evitar as intercorrências e os agravos da doença. O tratamento da HAS, em geral, é medicamentoso com alvo na redução e controle da PA, cujo sucesso do resultado depende da adesão à terapêutica. A orientação farmacêutica tem sido empregada como recurso para aumentar a adesão ao tratamento dos idosos hipertensos que, com frequência, apresentam mais de uma comorbidade e estão submetidos à polifarmácia.

Palavras-chave: Envelhecimento; Hipertensão arterial sistêmica; Orientação farmacêutica; Adesão à medicação; Conhecimento da doença

Abstract

Aging of the Brazilian population is a striking fact of the last decades, which is accompanied by a high incidence of chronic diseases, especially systemic arterial hypertension (SAH). In Brazil, the prevalence of hypertension is high and can affect up to 50% of the elderly population, which has motivated the attention of public health to avoid the intercurrents and the aggravations of the disease. In general, SAH demands a drug treatment with the target in the reduction and control of BP and the success of this reduction depends on the adherence to therapy. Pharmaceutical orientation has been used as a resource to increase adherence to the treatment of elderly hypertensive patients who frequently present more than one comorbidity and are submitted to polypharmacy.

Keywords: Aging. Systemic arterial hypertension; Pharmaceutical orientation; Drug adherence; Hypertension knowledge.

¹ Doutora – Escola Paulista de Enfermagem. E-mail: b_moura@uol.com.br

² Pós-Doutora em Farmacologia (USP)

Introdução

O Brasil tem vivenciado, no período recente da sua história, mudanças no perfil demográfico e na estrutura etária populacional, com queda da mortalidade e da natalidade, levando a um aumento da expectativa de vida, sendo que em 2017 o número de pessoas com 60 anos ou mais superou 30 milhões (CAMARANO, 2014a; IBGE PNAD, 2018).

Por outro lado, as doenças infecciosas deram lugar ao crescimento das doenças crônicas, e esse conjunto de fatores fundamentou o processo de transição demográfica e epidemiológica do país com início do envelhecimento da população (CAMARANO, 2014b).

Dentre as doenças crônicas associadas ao envelhecimento, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é prevalente, sendo que no Brasil pode acometer mais de 50% dos idosos (MENDES, et al., 2014). A frequência da hipertensão referida entre as mulheres idosas aumenta com a idade, a cor negra e a menor escolaridade (OLIVEIRA, et al., 2008). Nos Estados Unidos, mais de dois terços da população com 65 anos ou mais apresentam hipertensão arterial (SUN, 2015).

A HAS é definida como uma doença de natureza multifatorial e multicausal, caracterizada por níveis pressóricos sustentados e, quando não controlados, levam ao comprometimento de órgãos-alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos (LEBRÃO, et al., 2003a; FERREIRA, 2016a).

O tratamento da hipertensão está baseado na farmacoterapia com o objetivo de reduzir os riscos de complicações e a mortalidade (FERREIRA, 2016b; PONT, 2017; MOROZ, et al., 2016). No entanto, a efetividade do resultado e o controle da doença dependem da adesão ao tratamento (GAUTÉRIO-ABREU, et al., 2015). A adesão é conceituada como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam medicamentosas ou não, e que incluem a concordância com as recomendações da equipe de saúde, envolvendo também mudanças no estilo de vida (OMS, 2013).

A orientação farmacêutica tornou-se, assim, um instrumento que compreende medidas educacionais em saúde para estimular a adesão ao tratamento, promover o

controle adequado da pressão arterial assim como aumentar o conhecimento sobre a doença (LU, et al., 2015).

O objetivo deste estudo foi promover a orientação farmacêutica dos idosos acompanhados por equipe multiprofissional no ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unifesp e avaliar a influência sobre a adesão ao tratamento, controle da PA e conhecimento da doença.

Método

Trata-se de um estudo randomizado não duplo cego. A amostra foi selecionada por conveniência (não probabilística) exploratória e descritiva. Foram selecionados 104 pacientes, sendo que destes, somente 73 idosos permaneceram no estudo. Os idosos hipertensos eram acompanhados por uma equipe multiprofissional do ambulatório da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A coleta de dados foi realizada de janeiro de 2015 a outubro de 2016, por meio de entrevistas, utilizando-se o questionário do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (LEBRÃO et al., 2003b), sob forma reduzida e adaptado a este trabalho. O questionário abordou questões sociodemográficas; condições de saúde que incluíram as comorbidades existentes, medicamentos utilizados, alimentos consumidos com muito sal e gordura e hábitos. Foram determinadas: as medidas antropométricas, IMC; circunferência abdominal (CA); circunferência da panturrilha (CP) e pressão arterial. Foram incluídos os dados de exames laboratoriais como glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos.

A pressão arterial (PA) dos pacientes foi verificada por meio da técnica auscultatória, por esfigmomanômetro aneroide ou oscilométrica, usando o aparelho esfigmomanômetro automático (Dynamapa®, validado pela AAMI (*Association for the Advancement of Medical Instrumentation*) e pela BHS (*British Hypertension Society*)).

Foram utilizados: o questionário para identificação do grau de adesão à terapêutica - *Morisky Medication Adherence Scale* MMAS-8 (MORISKY, et al., 2008) e o questionário para avaliação do conhecimento sobre a hipertensão arterial. O

questionário sobre adesão contém oito perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico (sim/não), com sete questões que devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente. Questão 1 – O (A) Sr. (a) às vezes esquece-se de tomar os seus medicamentos para pressão? 2 – Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que o (a) Sr. (a) não tomou seus medicamentos para pressão alta? 3 – O (A) Sr. (a) já parou de tomar seus medicamentos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? 4 – Quando o (a) Sr. (a) viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos? 5 – O (A) Sr. (a) tomou seus medicamentos para pressão alta ontem? 6 – Quando sente que sua pressão está controlada, o (a) Sr. (a) para de tomar seus medicamentos? 7 – O (A) Sr. (a) já se sentiu incomodado (a) por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? 8 – Com que frequência o (a) Sr. (a) têm dificuldade para se lembrar de tomar todos os seus medicamentos para pressão?

A pontuação é resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos), sendo considerados como aderentes aqueles pacientes com pontuação igual a oito e não aderentes aqueles que apresentaram menor que oito pontos.

O questionário sobre conhecimento da hipertensão arterial contém dez perguntas com respostas tipo sim ou não. Questão: 1 – Pressão alta é uma doença para toda a vida? 2 – Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente? 3 – A pressão é alta quando for maior ou igual a 14 por 9? 4 – Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins? 5 – O tratamento para pressão alta é para toda a vida? 6 – A pressão alta também pode ser tratada sem medicamentos? 7 – Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta? 8 – Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta? 9 – Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta? 10 - Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta? Sendo classificados como nível de excelente conhecimento da doença (hipertensão) com 10 pontos (100%), o conhecimento da doença foi considerado satisfatório para os pacientes que alcançaram valores igual ou maiores que 7 pontos (70%) e considerados insatisfatório para aqueles cujo conhecimento

sobre a doença foi menor que 7 pontos (70%) (STRELEC, 2000; STRELEC, et al., 2003).

No primeiro momento, com 104 idosos, foram efetuadas: avaliação gerontológica, avaliação antropométrica, verificação da PA; aplicação do questionário de escala de adesão (MMAS-8) e do questionário para avaliar o grau de conhecimento da própria doença (hipertensão). Ao final desta etapa houve desistência de 31 idosos, permanecendo no estudo 73 idosos, que foram divididos em dois grupos: grupo 1 – controle e grupo 2 – intervenção. No primeiro momento, somente o grupo 2 recebeu orientação farmacêutica e, no segundo momento, somente o grupo 1 recebeu orientação farmacêutica. A intervenção educativa foi constituída por palestras que ocorreram quinzenalmente com seis encontros, com duração de aproximadamente 60 minutos, abordando informações sobre: envelhecimento, hipertensão e fatores de risco; ação dos medicamentos anti-hipertensivos, metabolismo e eliminação; ressaltando a importância da adesão terapêutica, cuidados com o armazenamento e descarte do medicamento. Os dois grupos foram reavaliados ao final de cada etapa, utilizando-se os mesmos instrumentos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, parecer 647480/2014, de acordo com a norma Conselho Nacional de Saúde n°. 196/96, e n°. 466/2012, como parte dos procedimentos de pesquisa, os idosos e/ou acompanhantes responsáveis foram solicitados a manifestar sua concordância com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise estatística

Foi utilizado o software SPSS versão 21.0. Para a verificação da distribuição da normalidade dos dados, recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov. A padronização dos dados não paramétricos foi feita por meio do z score. Os dados contínuos foram representados por média e DP. Os dados categóricos foram representados por frequência relativa (%) e absoluta (n). Os dados contínuos foram analisados pelo Modelo Linear Geral (GLM) univariado, assim como para os dados ajustados pelos fatores confundidores. O teste GLM para medidas repetidas foi

adotado para análise das avaliações. O teste de qui Quadrado de Pearson foi utilizado para comparação entre dados categóricos. O nível de significância a ser considerado é de $\alpha \leq 0.05$. A partir dos dados prévios do estudo piloto, sendo a redução da PAS considerada o desfecho primário, foi estimado o cálculo amostral de acordo com os seguintes parâmetros calculados no software G Power, versão 3.1: teste: ANOVA, bicaudal, $\alpha=0.05$, Power $(1-\beta) = 0.80$ e tamanho do efeito (d): 0.10 foi estimado o $n= 126$ voluntários.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de saúde dos idosos.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde dos idosos hipertensos, distribuídos de acordo com os grupos, São Paulo, SP, 2016 (n=104).

Grupos	Controle		Intervenção		p
	Masculino (%)	Feminino (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	
Sexo	5 (10,2)***	44 (89,8)	15 (27,35)***	40 (72,7)	0,02***
Masculino	Não	Sim	Não	Sim	
Atualmente vive com quem?					
Sozinho	16 (32,7)	11 (20,0)		0,65	
Esposo(a)	17 (34,7)	24 (43,6)			
Com um ou mais filhos casados	2 (4,1)	3 (5,5)			
Com um ou mais filhos solteiros	10 (20,4)	11 (20)			
Com familiar	4 (8,2)	6 (10,9)			
Estado conjugal					
Casado	13 (26,5)	24 (43,6)		0,46	
Divorciado	2 (4,1)	3 (5,5)			
Companheiro	3 (6,1)	1 (1,8)			
Separado	3 (6,1)	3 (5,5)			
Viúvo	22 (44,9)	20 (36,4)			
Solteiro	6 (12,3)	4 (7,2)			
Raça/Cor					
Branca	22(44,9)	26 (47,3)		0,85	
Parda	18 (36,7)	19 (36,5)			
Preta	7 (14,3)	6 (10,9)			
Amarela	2 (4,1)	4 (7,3)			
Renda					

Menos de 1 SM	3 (6,1)	0(0)			0,02**
1 SM	31 (63,3)	46 (86,3)			
1 ½ SM	13 (26,5)**	6 (10,9)**			
2 SM	2 (4,1)	3 (5,5)			
Moradia Própria					
Sim	41 (83,7)	49 (89,1)			0,41
Não	8 (16,3)	6 (10,9)			
Comorbidades autorreferidas	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	p
DM1	45 (91,8)	4 (8,2)	48 (87,3,)	7 (12,7)	0,45
DM2	35 (71,4)	14 (28,6)	35 (63,6)	20 (36,4)	0,39
Colesterol	28 (57,1)	21 (42,9)	19 (34,5)**	36 (65,5)**	0,02**
Ansiedade	29 (59,2)	20 (40,8)	25 (45,5)	30(54,5)	0,16
Depressão	34 (69,4)	15 (30,6)	35 (63,6)	20 (36,4)	0,53
Artrose	31 (64,6)	17 (35,4)	39 (70,9)	16 (29,1)	0,49
Bronquite	46 (93,9)	3(6,1)	50 (90,9)	5 (9,1)	0,57
Asma	46 (93,9)	3 (6,1)	53 (96,4)	2 (3,6)	0,55
Osteoporose	32 (65,3)	17 (34,7)	40 (72,7)	15 (27,3)	0,41
Tempo internado em 6 meses	46 (93,9)	3 (6,1)*	43 (78,2)	12 (21,8)*	0,02*

* Diferença entre a frequência de 7,4% e 3,9%

Teste Qui Quadrado, * P<0,05

SM = Salário Mínimo

Os dados mostram uma diferença significativa entre gêneros, com predominância significativa do sexo feminino representando 80,8% da amostra. Os resultados indicaram que 75,2% dos idosos apresentavam escolaridade incompleta, sendo que, desse contingente, 7% eram analfabetos, e 64,4% tinham Ensino Fundamental incompleto. O grau de instrução variou de acordo com as faixas etárias, revelando que os idosos mais jovens com idade entre 60-69 anos frequentaram por mais tempo a escola do que os idosos acima de 80 anos, e 62,0% apresentaram baixa escolaridade. Em relação à renda, foi observado que 47,1% recebiam até um salário mínimo provindo da aposentadoria, 48,3% das mulheres recebiam 1,48 salários e somente 6,7% dos homens recebiam aproximadamente três salários.

As comorbidades crônicas mais frequentes identificadas na população do estudo foram as doenças cardiovasculares (35,7%) e metabólicas (36,5%). A média das comorbidades no grupo controle foi de $3,33 \pm 1,62$ vs. intervenção $3,74 \pm 1,63$, não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,20$).

Na primeira avaliação, foi observado que 21 idosos apresentavam valores da PA dentro dos padrões da normalidade; destes, 4,9% estavam representados por homens e 15,3% por mulheres.

Tabela 2. Dados clínicos dos idosos hipertensos, distribuídos de acordo com o sexo, São Paulo, SP, 2016 (n=104).

Variáveis	Masculino (n=20) Média/Desvio padrão	Feminino (n=84) Média/Desvio padrão	p	Poder observado
Peso (kg)	69,1 ± 12,9	68,6 ± 13,9	0,55	0,09
IMC (kg/m ²)	26,8 ± 2,5	29,1 ± 5,1	0,05*	0,48
CA (cm)	99,3 ± 7,6	97,6 ± 11,4	0,82	0,05
CP (cm)	36,2 ± 2,6	36,9 ± 6,8	0,91	0,05
PAS (mmHg)	127,7 ± 17,3	132,5 ± 23,7	0,38	0,13
PAD (mmHg)	77,7 ± 11,0	74,0 ± 12,9	0,25	0,20
FC	63,7 ± 11,2	69 ± 12,2	0,08	0,41
Colesterol Total (mg/dL)	145,8 ± 22,0	177,7 ± 35,5	0,003*	0,86
HDL (mg/dL)	52,7 ± 7,7	60,0 ± 15,9	0,09	0,37
LDL (mg/dL)	72,5 ± 22,6	92,9 ± 31,6	0,02*	0,61
Triglicerídeos (mg/dL)	90,7 ± 33,1	123,0 ± 56,7	0,05*	0,49
Glicemia (mg/dL)	107,9 ± 34,7	105,0 ± 26,1	0,73	0,06
HbA1c (mg/dL)	6,3 ± 1,4	7,0 ± 5,3	0,66	0,07

Dados apresentados em média e DP. p ≤ 0,05*

IMC (Kg/m²) normal 18-24; sobrepeso-25-30; obesidade >30; CA normal- mulheres < 88 cm e homens <102 cm; CP normal, >31cm; PAS(mmHg) normal <120; elevada 120-129; HA estágio 1: 130-139; estágio 2 > 140; PAD (mmHg) normal < 80; HAS estágio 1: 80-89; HAS estágio 2: >90; CT - Desejável: < 190 mg/dL; HDL desejável > 40 mg/dL; LDL- desejável 100 mg/dL; Triglicerídeos desejável < 150mg/; Glicemia(mg/dL)- normal até 99; Glicemia 100 a 125 glicemia de jejum alterada; Glicemia ≥ 126 diabetes; HbA1c normal: até 5,7 % ; HbA1c- 5,8 a 6,4 % pré-diabetes; HbA1c >6,5 % - diabetes.

A tabela acima mostra que as mulheres apresentavam sobrepeso com valor significativamente maior do que os homens. A média da PAS mostrou-se elevada e no estágio 1 da hipertensão nos homens e mulheres respectivamente.

Em relação aos exames laboratoriais, foi observado que a média da glicemia das mulheres e homens encontrava-se alterada, muito embora 37 idosos apresentassem valores normais, 48 apresentavam alteração da glicemia de jejum e 19 idosos tinham intolerância à glicose. A hemoglobina glicada de 17 idosos estava

dentro dos padrões da normalidade, 33 idosos apresentavam níveis correspondentes à intolerância à glicose e 25 idosos apresentavam níveis correspondentes ao quadro de diabetes. As mulheres apresentavam taxas de colesterol total, LDL e triglicérides significativamente maiores do que os homens e um elevado poder observado, ainda que os níveis médios se encontrassem dentro dos valores referenciais. O teste de Morisky Green revelou, na primeira avaliação, que 89,4% dos idosos não apresentavam pontuação correspondente à classificação de alta adesão.

Após o processo de intervenção educativa, foram realizadas as avaliações da PA cujos resultados estão representados na tabela abaixo.

Tabela 3. Comparação da PAS entre os grupos que apresentavam adesão vs. não adesão dos idosos hipertensos, distribuídos de acordo com o sexo, São Paulo, SP, 2016 (n=73).

	1ª	2ª	3ª	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	p	Efeito tempo	Efeito grupo	Efeito tempo vs. adesão	Interação
	Avaliação		Avaliação									
Controle	Não adesão	Desvio padrão 135,55	n 18,63	22	126,91	13,85	124,23	15,98	0,33			
	Adesão	115,00	9,80	6	126,17	21,76	112,17	12,86		0,37		
	Total	131,14	19,01	28	126,75	15,39	121,64	15,95			0,24	
Intervenção	Não adesão	134,22	24,93	41	127,32	18,15	126,29	17,52				0,43
	Adesão	121,75	11,90	4	118,75	11,50	123,25	16,68				
	Total	133,11	24,24	45	126,56	17,73	126,02	17,28				
Total	Não adesão	134,68	22,78	63	127,17	16,66	125,57	16,89				
	Adesão	117,70	10,61	10	123,20	17,94	116,60	14,74				
	Total	132,36	22,26	73	126,63	16,76	124,34	16,81				

Dados apresentados em média e DP, Teste GLM medidas repetidas p <0,05

* Efeito tempo: significância após a intervenção (pré e pós).

Efeito grupo: comparação entre a intervenção vs. grupo controle.

Efeito interação: efeito entre os 4 grupos: Controle e Intervenção e grupo com adesão ou não adesão ao longo do tempo.

Na tabela 4, estão representados os deltas da PAS e PAD na segunda e terceira avaliação, mostrando que não houve redução significativa, de acordo com a terapêutica e ajuste de fatores confundidores.

Tabela 4. Comparação da variação dos deltas da PAS e PAD, conforme os fatores de ajuste dos idosos hipertensos, São Paulo, SP, 2016 (n=73).

Variável		Média	DP	n	p	p1	p2
Δ PAS_2 avaliação	Controle	-4,39	23,23	28	0,67	0,59	0,62
	Intervenção	-6,56	19,97	45			
	Total	-5,73	21,15	73			
Δ PAD_2 avaliação	Controle	-2,54	11,75	28	0,59	0,93	0,87
	Intervenção	-1,07	11,25	45			
	Total	-1,63	11,39	73			
Δ PAS_3 avaliação	Controle	-9,50	14,83	28	0,61	0,69	0,67
	Intervenção	-7,09	22,46	45			
	Total	-8,01	19,80	73			
Δ PAD_3 avaliação	Controle	-3,57	10,20	28	0,97	0,59	0,62
	Intervenção	-3,47	12,87	45			
	Total	-3,51	11,84	73			

DP = Desvio Padrão

Teste - GLM univariado, $p < 0,05^*$

p: não ajustado

p1: ajustado por medicação cardiológica, HAS;

p2: ajustado por medicação cardiológica, HAS e pontuação da adesão

Δ 2ª avaliação: comparação da 2ª avaliação-basal

Δ 3ª avaliação: comparação da 3ª avaliação-basal

Os testes de conhecimento da doença antes (1ª avaliação) e após a orientação farmacêutica nos dois grupos (2ª e 3ª avaliação) estão representados na tabela 5.

Tabela 5. Conhecimento da doença nas três avaliações dos idosos hipertensos, São Paulo, SP, 2016 (n=73).

	1ª	2ª	3ª	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	p
	avaliação	avaliação	avaliação				
Questão 1	0,88	0,33	0,93	0,25	0,96	0,20	0,72
Questão 2	0,47	0,50	0,73	0,45	0,74	0,44	0,02*
Questão 3	0,68	0,47	0,84	0,37	0,88	0,33	0,29
Questão 4	0,96	0,20	0,99	0,12	0,99	0,12	0,90
Questão 5	0,93	0,25	0,96	0,20	0,97	0,16	0,81
Questão 6	0,19	0,40	0,10	0,30	0,07	0,25	<0,001*
Questão 7	0,89	0,31	0,95	0,23	0,96	0,20	0,72
Questão 8	0,90	0,30	0,92	0,28	0,95	0,23	0,64
Questão 9	0,99	0,12	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Questão 10	0,93	0,25	1,00	0,00	0,99	0,12	0,90

Dados apresentados em média e e Dp, Teste GLzm, $p \leq 0,05$. Questão 2: diferença do momento da avaliação 1 e 3, $p: 0,03^*$ / diferença entre avaliação 2 e 1, $p: 0,05$. Questão 6: diferença entre avaliação 1 e 3, $p: 0,008^*$; diferença entre avaliação 2 e 1, $p: 0,01$.

Na tabela 5, os dados do questionário sobre o conhecimento da doença revelam diferenças nas questões 2 e 6 entre os momentos: 1vs 3ª avaliação e 1 e 2ª avaliação, ou seja, a intervenção influenciou o conhecimento da hipertensão nas duas questões.

Discussão

Foi observado no presente trabalho que os idosos mais velhos tinham menor escolaridade e menor renda, possivelmente pela baixa qualificação profissional. É provável que as condições de vida tenham influenciado também o sobrepeso, visto que os alimentos economicamente mais acessíveis são também mais calóricos. As alterações da glicemia de jejum e da hemoglobina glicada têm sido identificadas com maior frequência na população idosa (DUBOWITZ, et al., 2014). Por outro lado, já foi demonstrado que o sobrepeso aumenta o risco da hiperglicemia de jejum e esta, por sua vez, está relacionada com a hipertensão arterial, achados que corroboram com os resultados deste trabalho (DRAGSBAEK, et al., 2017; YAN, et al., 2016; YANG, et al., 2013).

A associação do aumento da circunferência abdominal e dos níveis de triglicérides é um fenótipo conhecido como cintura hipertrigliceridêmica que se associa ao risco cardiometabólico em hipertensos (CABRAL, et al., 2012a). As mulheres deste estudo apresentaram IMC e a CA alterados e tendência ao aumento dos triglicérides, cujos resultados mostraram-se de acordo com outros autores CABRAL, et al., 2012b; FAGUNDES, et al., 2018). Os níveis de colesterol encontravam-se dentro dos valores referenciais, apesar de quase 50% dos idosos terem relatado “colesterol alto” como uma das comorbidades, estes, porém, faziam uso de medicação anti-hipercolesterolêmica.

Do total da amostra, apenas 21 idosos na primeira avaliação apresentavam a PA dentro dos níveis referenciais da normalidade, fato que suscita a hipótese de adesão comprometida para a maioria da amostra estudada, que foi confirmada pela avaliação do grau de adesão.

Há uma grande variação na prevalência da baixa aderência ao tratamento das doenças crônicas de idosos cujos percentuais têm variado de 22,7% a 63,5% entre os autores (REMONDI, et al., 2014; TAVARES, et al., 2013; SANTA-HELENA e NEMES, 2010).

Revisão mais recente enfatizou que a adesão ao tratamento da hipertensão está vinculada a diversos fatores, mas que dependem da estratégia educacional empregada (ROLDAN, et al., 2018). Assim, uma das experiências que utilizou a metodologia educativa interativa melhorou a aderência ao tratamento, apesar de a

redução dos valores da pressão sistólica não ter sido significativa em relação ao controle (OGEDEGEBE, et al., 2008).

A metodologia de orientação farmacêutica adotada no presente estudo não resultou em valores significativamente reduzidos da PA e nem houve associação com a adesão, mas influenciou o conhecimento da doença, à semelhança dos achados em adultos hipertensos em acompanhamento nos Núcleos de Saúde da Família vinculados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, onde foi observado que, apesar de a maioria dos pacientes afirmar que a hipertensão era uma doença para toda a vida, controlada com dieta e/ou medicamentos, não foi demonstrada a associação do conhecimento da doença com o grau de adesão (UNGARI, 2007). O presente trabalho está em consonância com outros resultados mostrando que a intervenção educativa eleva o grau de consciência da doença mas nem sempre é suficiente para ampliar o grau de adesão ao tratamento (PUCCI, et al., 2012).

Conclusão

A amostra deste estudo era constituída por mulheres na sua maioria, grande parte da amostra apresentava escolaridade incompleta, principalmente entre os mais velhos e a renda estava em torno de 1,5 salários. Em relação à saúde, foi observado que os idosos apresentavam em média três doenças crônicas, com predominância das cardiovasculares e metabólicas, sendo que o diabetes estava presente em 28% da amostra. As mulheres apresentavam sobrepeso com diferença significativa em relação aos homens e alta frequência de alteração da glicemia. Na primeira avaliação, foi constatado que a PAS média dos homens era elevada e a das mulheres encontrava-se em níveis compatíveis com o estágio 1 da hipertensão, sendo que mais de 80% da amostra não apresentava total adesão ao tratamento pelo teste de Morisky. A intervenção farmacêutica foi realizada com metodologia interativa, com foco na conscientização da doença para ampliar o grau de adesão e controlar a PA. Os resultados, no entanto, não puderam comprovar a influência da orientação farmacêutica sobre a adesão e a redução dos níveis da PA. Mas orientação farmacêutica mostrou, de fato, o seu papel conscientizador da

hipertensão arterial. Este trabalho é fundamental, pois demonstra que a estratégia de manter pacientes idosos hipertensos e com comorbidades acompanhados por uma equipe multidisciplinar, na qual o profissional farmacêutico esteja presente e fazendo uso, por exemplo, de intervenções educativas, tem apontado resultados satisfatórios no sentido de minimizar o agravo da doença crônica e promover no paciente a sensibilização da importância do autocuidado. Desta forma, podemos estabelecer que existe uma relação entre a orientação farmacêutica referenciada e o entendimento e conhecimento da doença pelo paciente e, conseqüentemente, melhor adesão ao tratamento proposto.

Referências

CABRAL, N.A.L. et al. Cintura hipertrigliceridêmica e risco cardiometabólico em mulheres hipertensas. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012a-b; 58(5):568-73.

CAMARANO, A. A. *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: IPEA; 2014a-b.

DUBOWITZ, N. et al. Aging is associated with increased HbA1c levels, independently of glucose levels and insulin resistance, and also with decreased HbA1c diagnostic specificity. *Diabet Med.* 2014 Aug; 31(8):927-35.

DRAGSBÆK, K. et al. Weight change and risk of hyperglycaemia in elderly women. *Aging Clin Exp Res.* 2017 Dec; 29(6):1095-104.

FAGUNDES, L.C., et al. Prevalência e fatores associados à cintura hipertrigliceridêmica em idosos: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(2):607-15.

FERREIRA FILHO, S. Hipertensão arterial no idoso. *7ª Diretriz Brasileira de hipertensão arterial* – Arquivos Brasileiros de Cardiologia 107(3):64-66, 2016a-b.

GAUTÉRIO-ABREU, DP et al. Pessoas idosas em atendimento ambulatorial: motivos que levam à adesão/não adesão aos medicamentos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4):1094-103.

IBGE. *PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*, 2017. Disponível em Agência IBGE de Notícias, 2018.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Health Well-Being and Aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil. *OPAS/MS* [internet] 2003a-b. [cited 2017, Mar.] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>.

LUCH, T. et. al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*. 2015; 15:33.

MENDES, G. S.; MORAES, C.F.; GOMES, L. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. Rio de Janeiro 9(32) 273-78, 2014.

MORISKY, D.E., et. al. Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control. *J. Clin. Hypertens*. 2008; 10:348-54. [PMC free article] [PubMed].

MOROZ, M.B.; KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; SCHAFRANSKI, M.D. Controle da pressão arterial em idosas hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, 2016, 24(1):111-17.

OGEGEBE, G., et al. A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans [Internet]. *Am J Hypertens*. 2008 [cited 2017 Mar.]; 21(10):1137-43. Available from: <https://doi.org/10.1038/ajh.2008.240>.

OLIVEIRA, S.M.J.V. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2):241-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Aderência a terapias de longo prazo: evidência de ação*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.

PONT, L.; ALHAWASSI, T. Challenges of management of hypertension of folder populations. *Adv Exp Med Biol* 956:167-80, 2017.

PUCCI, N, et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. *Rev. Bras. Cardiol*. 2012; 25(4):322-29.

REMONDI, F.A.; CABRERA, M.A.S.; SOUZA, R.K.T.. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad. Saúde Pública*. 2014 Jan. 30(1):126-36.

ROLDAN, P.C.; HO, G.Y.; HO, P.M. Updates to Adherence to Hypertension Medications. *Current Hypertension Reports*. 2018; 20:34.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2010 Dez. 26(12):2389-398.

SUN, Z. Aging, arterial stiffness and hypertension. *Hypertension*. 2015 February; 65(2):252-56.

STRELEC, M.A. *A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial* [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, São Paulo; 2000.

STRELEC, M.A.; PIERIN, A.M.; MION JR., D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2003; 81(4): 348-54.

TAVARES, NU et al. Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(6):1092-101.

UNGARI, A.Q. *Adesão ao Tratamento Farmacológico de Pacientes Hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP* [dissertação] 2007 [Internet] [cited 2015 Apr. 21]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde08042008-132951/pt-br.php>.

YAN, Q, et al. Association of blood glucose level and hypertension in elderly Chinese subjects: a community based study. *BMC Endocrine Disorders*. 2016; 16:40.

YANG, Z., et al. Prevalence of Cardiovascular Disease and Risk Factors in the Chinese Population with Impaired Glucose Regulation: the 2007-2008. China National Diabetes and Metabolic Disorders Study. *Exp Clín Endocrinol Diabetes*. 2013; 121:372-74.