

Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos

Depression and its relationship with adherence to antihypertensive pharmacotherapy in elderly

Débora Dornelas Belchior Costa Andrade¹, Camila Serra Rodrigues², Alice Garbi Novaes³, Carmelia Matos Santiago Reis⁴, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes⁵

Como citar:

Andrade DDBC, Rodrigues CS, Novaes AG, Reis CMS, Novaes MRCG. Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos. REVISA. 2019; 8(3):305-15. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p305a315>

REVISA

1. Estratégia de Saúde da Família de Brazilândia e Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.
2. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Brasília, Brasil.
3. Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.
4. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Brasília, Brasil.
5. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Brasília, Brasil

Recebido: 4/04/2019
Aprovado: 8/06/2019

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e a depressão em idosos hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Brazilândia, Distrito Federal. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, transversal. Foi realizada entrevista estruturada e aplicação de questionários (EDG-15 e MMAS-8) em idosos hipertensos (n=261). **Resultados:** A análise mostrou 59% do sexo feminino, 90% de baixa escolaridade, 53% eram aposentados, 68% eram casados, 13% moravam sozinhos, 78% recebiam até 2 salários mínimos, 68% não faziam automedicação, 38% obtinham o medicamento no posto de saúde, 88% era sedentário, 81% não era tabagista, o medicamento mais usado foi o diurético 60%, 22% estava em monoterapia. **Conclusão:** A análise comparativa evidenciou que a medida de pressão arterial e a forma como adquire o medicamento são variáveis independentes da adesão ao tratamento. A prevalência de depressão foi de 37%. A razão de prevalência mostrou maior risco de depressão em pacientes com pressão arterial inadequada, com circunferência abdominal inadequada, com sobrepeso e que não aderem ao tratamento. A razão de prevalência mostrou menor risco de depressão nos homens e tabagistas. **Descritores:** Idoso; Depressão; Adesão à medicação; Hipertensão; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between adherence to antihypertensive drug treatment and depression in hypertensive elderly assisted by the Family Health Strategy in the city of Brazilândia, Federal District. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study. Structured interviews and questionnaires (EDG-15 and MMAS-8) were performed in hypertensive elderly (n = 261). **Results:** The analysis showed 59% female, 90% low educated, 53% were retired, 68% were married, 13% lived alone, 78% received up to 2 minimum wages, 68% did not self-medicate, 38% obtained 88% sedentary, 81% non-smoker, 60% diuretic, 22% monotherapy. **Conclusion:** The comparative analysis showed that the measurement of blood pressure and the way you buy the drug are independent variables of treatment adherence. The prevalence of depression was 37%. The prevalence ratio showed a higher risk of depression in patients with inadequate blood pressure, inadequate waist circumference, overweight and not adhering to treatment. The prevalence ratio showed lower risk of depression in men and smokers. **Descriptors:** Elderly; Depression; Medication adherence; Hypertension; Primary Health Care.

ORIGINAL

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que decorre da redução nas taxas de natalidade e mortalidade, associado ao aumento da expectativa de vida.¹ Esta mudança no perfil demográfico acarretou também alterações no perfil epidemiológico e de morbidade, destacando o aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como a necessidade de adequações nos encargos familiares, desafios para as áreas da saúde, da previdência, da educação, do transporte, da moradia, do lazer, entre outros, no intuito de assegurar qualidade de vida no idoso.^{2,3} Esse quadro suscitou também modificações nas demandas das políticas públicas de saúde.^{4,5}

O envelhecimento é um processo natural com diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo e acarreta diferentes síndromes geriátricas, como instabilidade postural, envelhecimento vascular, incapacidade cognitiva e comunicativa.^{6,7} Este processo não ocorre de forma homogênea variando no tempo histórico, culturas, classes sociais, história de vida pessoal, condições educacionais, estilos de vida, determinações genéticas, gênero, profissões, entre outros aspectos.³

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica não transmissível altamente prevalente na população geriátrica, podendo ultrapassar 60%.^{2,7} Trata-se de uma condição clínica multifatorial que leva a níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), acarretando em alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e alterações metabólicas, sendo considerada fator de risco para doença cardiovascular⁷. No Distrito Federal, as doenças cardiovasculares são as mais prevalentes e a principal causa de morte na população idosa.⁴ Apesar do fundamentado conhecimento do tratamento e de sua importância, o percentual de controle da pressão arterial é baixo, sobretudo por não adesão ao tratamento.⁸

Diversos fatores influenciam na adesão ao tratamento, necessária para efetividade terapêutica e qualidade de vida do paciente⁸. Classificam-se os fatores relacionados à adesão em externos (como acesso aos medicamentos, característica da doença e do regime terapêutico), internos (incluem fatores socioeconômicos e psicológicos, locus de controle e crenças de saúde) e ainda, fatores relacionais, abrangendo apoio social e relação profissional de saúde-paciente.⁹ A não adesão ao tratamento tem consequências importantes como maior risco de complicações cardiovasculares e hospitalizações, além do impacto no custo associado à saúde⁸.

A depressão é outra doença crônica de surgimento comum durante o envelhecimento e tem sido associada à hipertensão arterial por aspectos psicossociais e genéticos¹⁰. A depressão vem apresentando prevalência crescente, até 15% em idosos vivendo na comunidade, levando a consequências negativas na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.^{11, 12} A ocorrência da depressão varia de acordo com sexo, escolaridade, nível socioeconômico, condições de saúde e está relacionada a prejuízo cognitivo¹¹. A depressão é fator de risco independente para hipertensão arterial, especialmente se sucederem episódios recorrentes, e está relacionada ao estilo de vida¹⁰.

A depressão é um importante problema de saúde pública ressaltando que compromete a qualidade de vida do indivíduo e do seu relacionamento social

^{11,12}. A depressão em idosos é subdiagnosticada no Brasil e tem sua importância subestimada pelos profissionais de saúde.¹²

A atuação da atenção primária à saúde (APS) é relevante na promoção de saúde mental nas comunidades, sublinhando o papel das equipes de estratégia saúde da família (ESF), no intuito de rastrear, encaminhar e monitorar os indivíduos portadores de doença mental.¹² As equipes de ESF são também fundamentais no acompanhamento dos indivíduos com outras doenças crônicas, destacando-se a hipertensão arterial^{6,12}.

A ESF é um modelo de organização dos serviços da APS, baseado em equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção integral e contínua aos indivíduos das famílias cadastradas em área adstrita ⁶. Considerando que os idosos são acompanhados pela ESF, a equipe de saúde deve estar atenta para detecção precoce, acompanhamento e tratamento de agravos como hipertensão arterial e depressão, fazendo a busca ativa dos casos. Atenção especial deve ser dada à avaliação de adesão aos tratamentos propostos.

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é analisar a relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e a depressão em idosos hipertensos assistidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em Brazlândia, Distrito Federal, a fim de qualificar a assistência aos idosos.

Método

Estudo descritivo e transversal, realizado em idosos hipertensos assistidos pelas 11 equipes de ESF de Brazlândia, Distrito Federal. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a abril de 2016.

A amostra, calculada por amostragem aleatória simples sem reposição, foi constituída por 261 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos portadores de hipertensão arterial em uso de medicamento anti-hipertensivo.

Foram excluídos do estudo os idosos que se recusaram a participar e aqueles portadores de diabetes mellitus (DM), uma vez que há associação entre DM e depressão, o que poderia ser um viés neste estudo.¹²

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este sistema foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pela Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS) possibilitando o acompanhamento das atividades realizadas pela equipe de saúde e perfil populacional.¹³ É composto por um programa de computador, fichas (A, B, C e D) e relatórios (SSA-2 e PMA-2). Este banco de dados de saúde nacional é alimentado por cada equipe de ESF mensalmente a partir das informações dessas fichas atualizadas. Neste estudo destaca-se a ficha de acompanhamento dos hipertensos que é a ficha B-HA.

Foram aplicados três instrumentos aos participantes da pesquisa. O primeiro foi uma entrevista estruturada com todos os 261 idosos que investigou o perfil sociodemográfico, econômico, epidemiológico e farmacoterapêutico. O segundo instrumento foi a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15) para classificar os participantes em dois grupos: sem depressão e com depressão. E o terceiro instrumento foi a Escala de Adesão Terapêutica de 8 itens de Morisky (MMAS-8) classificando os participantes em dois grupos:

indivíduos com adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial e indivíduos com adesão insatisfatória ao tratamento medicamentoso para a mesma doença. No dia da entrevista foi aferida a pressão arterial e mensurados os dados antropométricos.

A EDG-15 é um instrumento frequentemente utilizado para o rastreamento de depressão em idosos com medidas válidas e confiáveis.^{14,15} Esta é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage em 1986, a partir de itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão, sendo atraente para o rastreamento da depressão em ambientes não especializados, com boa acurácia diagnóstica e com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.^{16,17}

A MMAS-8 foi desenvolvida a partir de uma escala previamente validada com 4 itens e complementada com itens adicionais para captar, de forma mais abrangente, as barreiras relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso.¹⁸ Esta é uma escala de determinação da adesão muito usada e de grande confiabilidade.

Os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) e analisados de acordo com os critérios de Beers para medicamentos potencialmente inapropriados para uso em idosos.¹⁹

A pressão arterial foi aferida pelo pesquisador no momento da entrevista com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio calibrado com medida em milímetros de mercúrio com o indivíduo sentado e após repouso de 5 minutos. As medidas antropométricas foram realizadas em balança digital com medida em quilograma e fita métrica inextensível com medida em centímetro. Os idosos foram pesados descalços trajando roupas leves.

A organização e a análise dos dados foram conduzidas no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 18).

Na análise descritiva foi analisada a frequência de observações em cada categoria e calculado percentual que esta representa na população estudada. Foram analisadas as variáveis sexo, escolaridade, aposentadoria, estado civil, mora sozinho, renda familiar (em salários mínimos), acesso ao medicamento, automedicamento, sedentarismo, tabagismo, classes medicamentosas em uso, quantidade de medicamentos em uso.

Nas análises comparativas foi realizado teste qui-quadrado para tabelas de dupla entrada. Foram comparadas as variáveis adesão ao tratamento versus pressão arterial e adesão ao tratamento versus forma acesso ao medicamento (como se adquire, aquisição pessoal, obtenção na farmácia popular ou adquirir no posto, podendo haver uma combinação dessas opções).

Para análise de prevalência foi calculada a frequência de cada categoria para as categorias das outras variáveis relacionadas. Foi calculada a razão de prevalência (RP) com 95% de confiança. Nestas análises foram observadas as variáveis pressão arterial (PA), circunferência abdominal (CA), circunferência braquial (CB), circunferência de panturrilha (CP), índice de massa corporal (IMC), sedentarismo, tabagismo, sexo, idade, adesão ao tratamento e depressão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o número de CAEE 51576715.6.0000.5553. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como preconiza a Resolução CNS nº

466/2012.

Resultados

O perfil epidemiológico dos 261 indivíduos participantes demonstrou que 59% eram mulheres e 90% da amostra possuía até primeiro grau completo. Quanto ao estado civil, 68% da amostra era casada e 20% viúva. Em relação à ocupação dos idosos entrevistados, 53% eram aposentados e 78% informaram renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos idosos hipertensos assistidos pelas equipes de ESF em Brazlândia, DF, 2016

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	154	59
Masculino	107	41
Escolaridade		
Analfabeto	73	30,3
1º grau incompleto	124	47,5
1º grau completo	32	12,3
2º grau incompleto	8	3,1
2º grau completo	8	3,1
Superior completo	1	0,4
Estado Civil		
Casado	176	67,4
Divorciado	16	6,1
Solteiro	13	5,0
União estável	3	1,1
Viúvo	53	20,3
Renda Familiar		
Sem renda	3	1,1
1-2 salários mínimos	205	78,5
3-4 salários mínimos	48	18,4
Acima de 4 salários mínimos	5	1,9

Sedentarismo		
Sim	229	87,7
Não	32	12,3
Tabagismo		
Sim	49	18,8
Não	212	81,2

Ademais, 38% dos entrevistados adquiria medicamento exclusivamente no posto de saúde. A maioria, 68%, respondeu que não fazia uso de automedicamento. Quanto ao número de medicamentos em uso para tratamento da hipertensão arterial, apenas 22% estão em monoterapia. Com relação aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, 88% dos idosos eram sedentários e 19% eram tabagistas.

Vale ressaltar que a pressão arterial e a adesão ao tratamento medicamentoso são variáveis independentes (p-valor de 12%), bem como a forma como adquire o medicamento e a adesão ao tratamento (p-valor de 56%).

Neste estudo foi calculada a prevalência dos casos de depressão em cada variável e categoria, sendo a prevalência em cada 100 casos representada pelo símbolo %. A razão de prevalência (RP) que mensura o risco que o paciente tem de apresentar depressão motivado pela categoria das outras variáveis também foi assim representada, com apresentação do intervalo de confiança (IC) associado (Tabela 2).

Os resultados deste estudo identificaram a prevalência de idosos com depressão de 37%, destacando-se a maioria do sexo feminino. Entre os pacientes diagnosticados com depressão, 53% tiveram níveis inadequados de pressão arterial e esse valor diminuiu para 47% entre os indivíduos sem depressão.

Quanto aos parâmetros antropométricos, os valores de circunferência abdominal foram inadequados em 57% dos indivíduos sem depressão, em comparação a 43% dos indivíduos com depressão. No que corresponde à circunferência braquial, apresentaram valores inadequados 32% dos indivíduos com depressão e 68% dos indivíduos sem depressão. No que toca à circunferência de panturrilha, 42% dos idosos com depressão e 58% dos idosos sem depressão apresentaram valores fora do limite, ou seja, menor que 31cm. Quanto ao IMC apenas 29% eram eutróficos entre os indivíduos com depressão e este valor aumentou para 71% naqueles sem depressão.

Com relação aos fatores de risco para doenças crônicas, o sedentarismo foi identificado em 69% dos idosos sem depressão. Deve-se frisar que o tabagismo foi encontrado em maior percentual entre os idosos sem depressão, com prevalência de 66%. Com relação a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, o percentual de idosos que aderiam ao tratamento foi significativamente maior naqueles sem depressão, correspondendo a 86%.

Tabela 2- Razão de Prevalência da depressão em idosos com hipertensão (n=261) assistidos pela atenção primária a saúde em Brazlândia, Distrito Federal.

	Suspeita	%	Ausência	%	Total	RP	IC	
Pressão Arterial								
<i>Adequado</i>	62	32%	131	68%	193	1,000	-	-
Não adequado	36	53%	32	47%	68	1,648	1,216	2,233
Circunferência Abdominal								
<i>Adequado</i>	30	29%	72	71%	102	1,000	-	-
Não adequado	68	43%	91	57%	159	1,454	1,024	2,064
Circunferência Braquial								
<i>Adequado</i>	85	39%	135	61%	220	1,000	-	-
Não adequado	13	32%	28	68%	41	0,821	0,508	1,325
Circunferência Panturrilha								
<i>Adequado</i>	80	37%	138	63%	218	1,000	-	-
Não adequado	18	42%	25	58%	43	1,141	0,770	1,690
IMC								
Baixo peso	15	35%	28	65%	43	1,208	0,717	2,034
<i>Eutrófico</i>	26	29%	64	71%	90	1,000	-	-
Sobrepeso	57	45%	71	55%	128	1,541	1,057	2,248
Sedentário								
Sim	10	31%	22	69%	32	0,813	0,474	1,395
<i>Não</i>	88	38%	141	62%	229	1,000	-	-
Tabagismo								
Sim	73	34%	139	66%	212	0,675	0,485	0,940
<i>Não</i>	25	51%	24	49%	49	1,000	-	-
Sexo								
<i>Feminino</i>	66	43%	88	57%	154	1,000	-	-
Masculino	32	30%	75	70%	107	0,698	0,495	0,983
Idade								
<i>Idoso</i>	57	36%	103	64%	160	1,000	-	-
Muito Idoso	41	41%	60	59%	101	0,923	0,723	1,177
Adesão ao Tratamento								
<i>Adesão insatisfatória</i>	94	40%	139	60%	233	2,824	1,125	7,091
<i>Adesão satisfatória</i>	4	14%	24	86%	28	1,000	-	-

Entre os achados mais relevantes, destaca-se que a prevalência de depressão foi 2,3 vezes maior nos pacientes com pressão arterial inadequada; 1,79 vezes maior nos pacientes com circunferência abdominal inadequada; 4 vezes maior nos pacientes com adesão insatisfatória ao tratamento. Identificou-se também associação 2 vezes menor entre depressão em pacientes tabagistas e 1,75 vezes menor nos homens, em relação às mulheres.

Com relação aos medicamentos usados no tratamento da hipertensão arterial, considerando a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* - ATC, foram encontradas 5 classes de medicamento anti-hipertensivo e outros que fazem parte da prevenção de complicações da hipertensão arterial, classificados como grupo B (sangue e órgãos hematopoéticos) e do grupo C (aparelho cardiovascular). Do grupo B foi encontrado o subgrupo B01 - antitrombóticos. Do grupo C foram encontrados os subgrupos C02 - anti-hipertensivos, C03 - diuréticos, C07 - betabloqueadores, C08 - bloqueadores dos canais de cálcio, C09 - agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina e C10 - hipolipemiantes, conforme descrição: Diuréticos: 59%; Bloqueador do receptor de angiotensina (BRA): 46%; Inibidores adrenérgicos (betabloqueadores e centrais): 36%; Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA): 30%; Antagonistas dos canais de cálcio (ACC): 13%; Vasodilatadores diretos: 1%. Quanto aos medicamentos relacionados à prevenção de complicações da hipertensão arterial, apenas 22% dos pacientes estão em monoterapia no que tange o tratamento de HA e suas complicações, conforme descrição: Antiplaquetários (AAS): 35%; Estatinas: 28%.

Discussão

Os resultados encontrados concordam, em sua maioria, com a literatura. A maior parte da população nesta amostra foi do sexo feminino, o que é corroborado na literatura nacional e internacional e se relaciona à maior expectativa de vida nas mulheres e sobremortalidade masculina, levando a uma feminização do envelhecimento.^{4,10}

A prevalência de depressão foi de 37%, com predominância em mulheres, semelhante a outros estudos recentes^{10,20}. A alta prevalência de depressão nesta população assevera a necessidade de intervenções específicas das equipes de saúde, destacando a importância de equipe multidisciplinar, disponível sobretudo na Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família⁶. Vale ressaltar que apesar de oferecer estratégias adequadas para o tratamento de depressão, tem sido constatada dificuldade de diagnóstico dessa doença pela equipe da Atenção Primária²⁰.

O diagnóstico da depressão não depende de avaliação clínica de especialista. A alta prevalência deste agravo na população requisita outros meios de detecção, uma vez que a oportunidade de consulta com o especialista é remota nos serviços públicos de saúde. Nesse contexto a identificação de depressão pode ser facilitada pelo uso de instrumentos validados como a EDG-15, de rápida aplicação e baixo custo, tornando-se um valioso instrumento de saúde pública para detecção da doença em ambientes não especializados¹⁶. Esta escala vem sendo largamente utilizada em diversos países e em diferentes tipos de serviço de saúde apresentando boa performance na detecção de depressão em idosos e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo.¹⁵ Depreende-se dessas informações a importância e a utilidade da aplicação dessa escala pelos profissionais de saúde da APS, incluindo a ESF, a fim de melhor identificar e tratar essa doença⁶.

No que concerne à adesão medicamentosa, definida como a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com o prescrito pelo profissional de saúde⁹, constatou-se que pacientes de adesão insatisfatória apresentaram maior

associação aos quadros de depressão. A adesão foi considerada insatisfatória quando nota inferior a 8 na MMAS-8.¹⁹ Em ambos os grupos, com e sem depressão, as taxas de adesão insatisfatória foram altas corroborando dados da literatura que mostram taxa de adesão menor que 50%.^{6,10}

Dentre as opções de formas para adquirir os medicamentos, a maior parte o obtinha exclusivamente no posto de saúde, sendo que 33% dos idosos obtinha parte medicamentos por meios próprios e parte no posto. Apenas 5% dos entrevistados tinham como única opção comprar os próprios medicamentos, o que é concordante com os dados de renda familiar.

A maioria, 68%, afirmou não fazer uso de automedicamento quando questionado. É factível conjecturar que este valor deve estar superestimado, devido à limitação do estudo de possível negação de automedicamento pelo paciente por se sentir inibido, posto que o entrevistador era um médico.

Uma vez que o intuito do trabalho foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, usando escala validada e específica para este tema, os medicamentos analisados foram aqueles relacionados ao tratamento de hipertensão arterial.

A respeito das classes de medicamentos encontradas, as 5 classes de medicamento anti-hipertensivo e os que fazem parte da prevenção de complicações da hipertensão arterial, são classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* - ATC: os medicamentos utilizados por este grupo de idosos são do grupo B (sangue e órgãos hematopoéticos) e do grupo C (aparelho cardiovascular). Do grupo B foi encontrado o subgrupo B01 - antitrombóticos. Do grupo C foram encontrados os subgrupos C02 - anti-hipertensivos, C03 - diuréticos, C07 - betabloqueadores, C08 - bloqueadores dos canais de cálcio, C09 - agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina e C10 - hipolipemiantes.

De acordo com os critérios de Beers¹⁹, o AAS para prevenção primária de eventos cardíacos deve ser usado com cautela em idosos acima de 80 anos por falta de evidências quanto ao risco versus benefício. Os vasodilatadores também devem seguir a mesma lógica na população geriátrica, pois podem exacerbar episódios de síncope. A clonidina, por sua vez, é um inibidor adrenérgico de ação central e é considerado potencialmente inadequado para uso em idosos segundo os critérios de Beers, tem forte recomendação de ser evitado pois pode causar hipotensão ortostática, bradicardia, síncope, sedação e prejuízo da função cognitiva, não é recomendado como primeira linha no tratamento da hipertensão.

A conscientização dos pacientes tanto a sua enfermidade e ao tratamento farmacoterapêutico associado a ações educativas quanto ao uso correto dos medicamentos são fundamentais para o acompanhamento da adesão ao tratamento medicamentoso.^{6,8} Os profissionais de saúde devem considerar a cultura e as crenças dos pacientes sobre os medicamentos para tratamento efetivo da hipertensão arterial, processo viável por meio da Estratégia Saúde da Família, na qual o atendimento do paciente deve ser integral e longitudinal.¹⁰

Não existe forma ideal de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, visto que o tema está sujeito a características multifatoriais como acesso aos medicamentos, crenças de saúde, efeitos colaterais dos medicamentos, entre outros ^{9,10}. Não obstante, a aplicação do instrumento MMAS-8 demonstrou ser satisfatória e relevante na triagem clínica e identificação

de pacientes que não aderem ao tratamento, sendo ferramenta importante para o uso no âmbito do SUS.¹⁹

Não foi encontrada relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e o controle da pressão arterial. Valores inadequados de pressão arterial são pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg.⁷ É ainda importante refletir que mesmo entre pacientes considerados aderentes pela MMAS-8, estes podem tomar o medicamento de forma incorreta.¹⁹

Não foi estabelecida relação entre a forma de obtenção do medicamento e a adesão ao tratamento. A literatura evidencia que o custo é o fator preditivo de não adesão mais extensamente estudado, contudo, em acordo com este estudo, há indícios de que o acesso gratuito ao tratamento não implicou em níveis satisfatórios de controle da PA e, conseqüentemente, relação direta com a adesão ao tratamento.¹⁹

Não houve variação significativa nos percentuais de tabagistas e sedentários.

A limitação para generalização destes achados decorre do fato de a amostra do estudo ter sido constituída somente por idosos assistidos pela ESF, não retratando a população total de idosos do Distrito Federal, uma vez que a cobertura da ESF não é absoluta. Além disso, como a entrevista foi realizada por um profissional de saúde, as respostas sobre seus comportamentos como pacientes podem apresentar vies. Não obstante, as características da amostra foram semelhantes à de outros estudos nacionais e internacionais. Vale ressaltar que estudos com essas relações especificamente na população idosa são escassos.

Conclusão

Existe maior chance dos idosos apresentarem depressão quando estes não aderem ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

No que tange à associação de depressão e hipertensão na população geriátrica, os idosos têm com frequência sintomas depressivos e esta associação tende a levar a um curso mais prolongado ou recorrente da depressão. Ademais, a depressão aumenta a incidência de hipertensão arterial.

É importante frisar que cabe às equipes de saúde identificar precocemente a hipertensão arterial, a depressão e qualquer outro fator que possa comprometer a qualidade de vida dos idosos acompanhados na sua equipe e promover hábitos de vida saudável no intuito de manter a autonomia desses indivíduos.

É mandatório um esforço contínuo e intenso por parte da equipe de saúde para desenvolver estratégias para melhorar a adesão ao tratamento uma vez que este tem impacto no prognóstico da doença e na qualidade de vida do paciente.

Referências

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e conseqüências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(3):507-519
2. Costa EM, Lourenço RA. Hipertensão arterial no idoso saudável e no idoso frágil: uma revisão narrativa. *Revista HUPE.* 2017; 16(1):37-43
3. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Publica.* 2009; 43(3):548-554.
4. Danilow MZ, Moreira ACS, Vilela CG, Barra BB, Novaes MRCCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde.* 2007; 18(1):9-16.

5. Oliveira MPFO, Novaes MRCCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(4):1069-1078.
6. Brasil. Diretrizes para cuidados das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral. Ministério da Saúde. 2014.
7. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(supl. 3).
8. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT et al. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 116-127
9. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCCG, Trindade EMV. O paciente idoso e a adesão a tratamentos. In: Novaes MRCCG, organizadora. *Assistência farmacêutica ao idoso. Uma abordagem multiprofissional*. Brasília: Thesaurus; 2007. p.207-219.
10. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene*. 2014; 15(1):151-7.
11. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão no idoso: revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016; 6(2): 97-103.
12. Madeira TCS, Aguiar MIF, Bernardes ACF, Rolim ILTP, Silva RP, Braga VAB. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. *Rev APS*. 2013; 16(4):393-398.
13. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2005; 21(6): 1821-1828.
14. Almeida OP, Almeida AS. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(10):858-856.
15. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2B):421-426.
16. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JWO, Noleto JCS, Ribeiro KG, Siqueira-Neto JI. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(1):109-113.
17. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986; 5:165-173.
18. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(1):649-658.
19. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003; 163:2716-2724.
20. Hajjar R, Nardelli GG, Gaudenci EM, Santos AS. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2017; 18(6):727-33.

Autor de Correspondência

Camila Serra Rodrigues
Escola Superior de Ciências da Saúde,
Departamento de Medicina. Samambaia Sul. CEP:
72300-537. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
camilaserrarodrigues@gmail.com