

Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro¹

Darlene Mara dos Santos Tavares²
Mariana Mapelli de Paiva³
Flavia Aparecida Dias⁴
Marina Aleixo Diniz⁵
Nayara Paula Fernandes Martins⁶

Objetivo: descrever as características sociodemográficas e a qualidade de vida dos idosos com hipertensão arterial sistêmica, correlacionar a qualidade de vida com o tempo de diagnóstico e com o número de medicamentos e comparar a qualidade de vida com tipo de medicamento. Método: trata-se de estudo do tipo inquérito domiciliar, transversal, realizado com 460 idosos da zona rural. Coletaram-se os dados por meio dos instrumentos: World Health Organization Quality of Life-bref e World Health Organization Quality of Life Olders. Realizaram-se análise descritiva, correlação de Pearson e teste t de Student ($p < 0,05$). Resultados: predominaram: sexo feminino, 60-70 anos, casados, 4-8 anos de estudo, renda de um salário-mínimo e morar com cônjuge. O tempo de diagnóstico associou-se à menor qualidade de vida no domínio físico. Os idosos que utilizavam inibidores da enzima conversora de angiotensina e não utilizavam bloqueador AT1 apresentaram menor escore no funcionamento dos sentidos. Os que utilizavam bloqueador do canal de cálcio apresentaram maior escore na autonomia. Conclusão: são necessárias ações para controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, de forma a favorecer a qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; População Rural; Enfermagem.

¹ Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 503646/2009-1.

² PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

³ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

⁴ MSc, Professora Substituta, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁵ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ MSc, Bolsista de Apoio Técnico, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

Endereço para correspondência:

Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Pç. Manoel Terra, 330
Bairro: Abadia
CEP: 38100-000, Uberaba, MG, Brasil
E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br

Introdução

O processo de envelhecimento humano é uma realidade das sociedades mundiais⁽¹⁾. O aumento de expectativa de vida se deve à interação dinâmica das taxas de natalidade e de mortalidade, associada ao aperfeiçoamento técnico-científico e melhoria das condições de saneamento básico⁽²⁾.

A mudança na composição etária da população foi acompanhada de alterações nas causas de morbimortalidade, em que se verifica a maior ocorrência de doenças crônicas. Dentre essas, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição clínica multifatorial que pode levar a alterações funcionais de órgãos-alvo como o coração, o encéfalo, os rins e os vasos sanguíneos⁽³⁾. No Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a HAS atinge, aproximadamente, 60,2% da população acima de 65 anos⁽²⁾.

Vários fatores podem contribuir para a ocorrência da HAS, aqueles considerados não modificáveis como a herança genética, a idade, o sexo e a etnia, e os modificáveis como grande ingestão de sal, estresse, o sedentarismo, bebidas alcoólicas, tabagismo, dentre outros⁽⁴⁾. Os fatores modificáveis são passíveis da atuação do profissional de saúde, visando a prevenção da HAS e a manutenção da Qualidade de Vida (QV).

O conceito de QV é considerado subjetivo, multidimensional, com aspectos positivos e negativos. Foi definido por um grupo de estudiosos, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como: "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁽⁵⁾. No entanto, entre aqueles com HAS, a QV tem sido relacionada à terapêutica, alterações no estilo de vida, hábitos pessoais bem como à organização da atenção à saúde, que podem contribuir para o alívio dos sintomas⁽⁶⁾. Estudo conduzido entre adultos e idosos com HAS, utilizando o instrumento *Short-Form-36* (SF-36), verificou que a HAS compromete a QV nos aspectos: estado geral de saúde, desempenho físico, emocional e social, dor, vitalidade e saúde mental⁽⁷⁾.

Além disso, a QV das pessoas com HAS pode ser influenciada pela renda, tempo de diagnóstico, comorbidades e efeitos colaterais do uso dos medicamentos^(4,8).

Nesse contexto, destaca-se que estudos conduzidos na zona rural são escassos, em especial aqueles que avaliam a QV de idosos com HAS. O processo de envelhecimento da população que reside na zona rural é semelhante ao daqueles que vivem na zona urbana;

entretanto, pode evidenciar maiores dificuldades, devido à pobreza, ao isolamento social, à baixa escolaridade, à presença de casas com maior precariedade, ao limitado acesso ao transporte e à distância dos recursos sociais e das instituições de saúde^(1,9).

Os objetivos consistiram em descrever as características sociodemográficas e econômicas, e a QV dos idosos com HAS residentes na zona rural do município de Uberaba, correlacionar os escores de QV com o tempo de diagnóstico da HAS e o número de medicamentos utilizados, e comparar os escores de QV dos idosos com o tipo de medicamento utilizado.

Métodos

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, de base populacional, analítico, transversal e observacional, desenvolvido com 850 idosos residentes na zona rural do município de Uberaba, MG.

Foram critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, morar na zona rural de Uberaba, MG, obter pontuação mínima na avaliação cognitiva, autorreferir HAS e concordar em participar da pesquisa. Atenderam os critérios de inclusão 460 idosos.

A avaliação cognitiva foi realizada por meio do Miniexame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil⁽¹⁰⁾. O MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, agrupados em sete categorias. Foram considerados os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade de um a 11 anos e 26 para escolaridade superior a 11 anos⁽¹⁰⁾.

Para se descrever o perfil dos idosos utilizou-se o instrumento estruturado, baseado no questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University, e adaptado à realidade brasileira⁽¹¹⁾. As características socioeconômicas e demográficas estudadas foram: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade em anos de estudo, arranjo domiciliar e renda individual mensal em salários-mínimos.

A QV foi avaliada por meio do *World Health Organization AVALITY OF LIFE-bref* (WHOQOL-BREF), genérico e validado no Brasil⁽¹²⁾. Esse instrumento é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁽¹²⁾. Já o instrumento *World Health Organization AVALITY OF LIFE Olders* (WHOQOL-OLD) é específico para idosos, também validado no Brasil⁽¹³⁾. Mensura a QV utilizando-se de seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade⁽¹³⁾.

Para as questões relacionadas à HAS, foi utilizado um instrumento construído pelos pesquisadores, a saber:

tempo de diagnóstico (em anos), como descobriu a doença, o uso e o tipo de medicamentos, motivos para a interrupção da medicação, hábito de aferir a PA e ingestão de sal na comida. Foi realizado teste-piloto para verificar a adequação do referido instrumento aos objetivos propostos.

Utilizou-se a classificação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão para realizar a classificação dos medicamentos para terapia anti-hipertensiva: diuréticos, inibidores adrenérgicos, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), bloqueadores do canal de cálcio, Bloqueadores do Receptor de AT1 (BRA II) e vasodilatador direto⁽³⁾.

Os dados foram coletados no domicílio por 14 entrevistadores previamente treinados, no período de junho de 2010 a março de 2011.

Foi construída uma planilha eletrônica, no programa Excel®. Os dados coletados foram processados em microcomputador, em dupla entrada. Posteriormente, para a realização da análise, os dados foram transportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0.

Os dados foram analisados por meio de frequências absolutas, percentuais e média e desvio-padrão. Utilizaram-se os testes t de Student e a correlação de Pearson ($p < 0,05$). A intensidade da correlação foi interpretada segundo os seguintes critérios: muito baixa ($r = 0 \text{ H } 0,25$), baixa ($r = 0,26 \text{ H } 0,49$), moderada ($r = 0,5 \text{ H } 0,69$), alta ($r = 0,7 \text{ H } 0,89$) e muito alta ($r = 0,9 \text{ H } 1,0$). Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com suas respectivas sintaxes. Os escores variam de zero a 100, sendo que os maiores corresponderam à melhor QV.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Protocolo nº1477. Somente após a

anuência do entrevistado e assinatura do referido termo, conduziu-se a entrevista.

Resultados

Houve prevalência do sexo feminino (53,9%), 60|-70 anos (59,1%), casados (65,1%), com 1|-4 anos de escolaridade (32,3%), renda individual de um salário-mínimo (49,6%) e daqueles que viviam somente com o cônjuge (45,7%).

A maioria dos idosos referiu ter o diagnóstico de HAS há mais de 10 anos (52,9%), descoberta durante o exame médico de rotina (43,8%) e quando os idosos procuraram o serviço de saúde por sentirem-se mal (41,6%). A maioria tinha hábitos de aferir a PA (95,9%) e faziam uso de medicamento (95,9%), sendo que, desses, 51,3% referiram monoterapia.

Destaca-se que 21,3% dos idosos referiram já terem interrompido o tratamento alguma vez; desses, 15,2% por esquecimento, 13,1% por não apresentarem sintomas e 12% por acharem que estavam curados. A maioria referiu utilizar pouca quantidade de sal na comida (90,5%).

Concernente à QV, os idosos avaliaram-na como boa (57,1%) e estavam satisfeitos com a sua saúde (59,9%).

Acerca da QV e tempo de diagnóstico da HAS, observou-se que quanto maior o tempo menor o escore de QV no domínio físico, sendo a correlação muito baixa ($r = -0,11$; $p = 0,019$); nos demais domínios e facetas não houve correlação.

Destaca-se que não houve correlação entre o número de medicamentos com a QV.

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se os escores de QV, segundo a classe de medicamentos utilizados.

Na Tabela 2, a seguir, encontram-se os escores de QV (WHOQOL-OLD), segundo o tipo de medicamento utilizado pela população estudada.

Tabela 1 - Distribuição dos escores de QV (WHOQOL-BREF), segundo o tipo de medicamento utilizado para o tratamento da HAS. Uberaba, MG, Brasil, 2011

Medicação	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
IECA				
Sim	66,48	69,04	73,34	61,53
Não	64,59	68,80	74,03	63,24
	t=1,280	t=0,202	t=-0,579	t=-1,558
	p=0,201	p=0,840	p=0,563	p=0,120
Bloqueador do canal de cálcio				
Sim	62,75	68,6	76,49	62,28
Não	66,03	68,98	73,26	62,30
	t=-1,460	t=-0,205	t=1,786	t=-0,014
	p=0,145	p=0,838	p=0,075	p=0,989

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Medicação	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Vasodilatador direto				
Sim	50	47,91	66,66	54,68
Não	65,70	69,02	73,68	62,33
	t=-1,406	t=-2,290	t=-0,779	t=-0,921
	p=0,160	p=0,022	p=0,436	p=0,357
Diuréticos				
Sim	64,84	67,96	73,55	62,23
Não	66,39	69,85	73,74	62,35
	t=-1,058	t=-1,560	t=-0,160	t=-0,110
	p=0,291	p=0,119	p=0,873	p=0,912
Inibidor adrenérgico central + betabloqueador				
Sim	66,05	69,20	73,84	62,25
Não	63,33	67,49	72,65	62,59
	t=-1,341	t=1,015	t=-0,721	t=-0,227
	p=0,181	p=0,311	p=0,471	p=0,821
BRA II				
Sim	64,08	68,45	73,69	61,74
Não	65,92	69,03	73,64	62,40
	t=-0,896	t=-0,336	t=0,027	t=-0,432
	p=0,371	p=0,737	p=0,979	p=0,666
Inibidor adrenérgico				
Sim	61,94	68,53	74,71	61,85
Não	65,88	68,96	73,58	62,33
	t=-1,303	t=-0,171	t=0,464	t=-0,211
	p=0,193	p=0,864	p=0,643	p=0,833

Tabela 2 - Distribuição dos escores de QV (WHOQOL-OLD), segundo a classe de medicamento utilizado para o tratamento da HAS. Uberaba, MG, Brasil, 2011

Medicação	Funcionamento dos sentidos	Autonomia	Ativ. pas, pres, futuras	Participação social	Morte e morrer	Intimidade
IECA						
Sim	68,40	67,27	69,24	66,02	70,20	72,59
Não	73,13	67,12	70,07	67,33	73,70	74,15
	t=-2,208	t=0,074	t=-0,763	t=-1,091	t=-1,544	t=-0,959
	p=0,028	p=0,941	p=0,446	p=0,276	p=0,123	p=0,338
Bloqueador do canal de cálcio						
Sim	70,76	73,66	68,52	67,52	70,53	72,99
Não	70,48	66,31	69,76	66,48	71,93	73,33
	t=0,085	t=2,448	t=-0,733	t=0,569	t=-0,405	t=-0,139
	p=0,932	p=0,015	p=0,464	p=0,569	p=0,686	p=0,889
Vasodilatador direto						
Sim	40,62	37,5	71,87	59,37	21,87	87,50
Não	70,64	67,32	69,60	66,63	71,98	73,22
	t=-1,848	t=-1,994	t=0,271	t=-0,800	t=-2,940	t=1,182
	p=0,65	p=0,47	p=0,786	p=0,424	p=0,003	p=0,238
Diuréticos						
Sim	70,61	66,47	69,63	66,97	71,47	74,19
Não	70,42	67,88	69,59	66,26	72,04	72,44
	t=-1,210	t=-0,498	t=0,405	t=-0,567	t=-0,593	t=-0,707
	p=0,227	p=0,618	p=0,685	p=0,571	p=0,554	p=0,480

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Medicação	Funcionamento dos sentidos	Autonomia	Ativ. pas, pres, futuras	Participação social	Morte e morrer	Intimidade
Inibidor adrenérgico central + betabloqueador						
Sim	70,96	66,94	69,72	66,85	72,48	73,63
Não	68,04	68,66	69,01	65,23	67,78	71,39
	t=-0,984 p=0,326	t=-0,631 p=0,528	t=0,463 p=0,644	t=0,987 p=0,324	t=1,507 p=0,133	t=1,020 p=0,308
BRA II						
Sim	75,53	67,23	68,92	67,94	71,96	76,52
Não	69,62	67,19	69,73	66,37	71,73	72,72
	t=1,990 p=0,047	t=0,013 p=0,462	t=-0,525 p=0,600	t=0,949 p=0,343	t=0,074 p=0,941	t=1,723 p=0,086
Inibidor adrenérgico						
Sim	65,52	65,30	68,75	65,30	69,18	71,12
Não	70,85	67,33	69,67	66,69	71,94	73,43
	t=0,047 p=0,962	t=0,594 p=0,553	t=-0,254 p=0,800	t=1,110 p=0,268	t=-0,088 p=0,930	t=-0,719 p=0,473

Discussão

O predomínio do sexo feminino tem sido obtido em outros estudos realizados no Brasil. Em pesquisa da Vigitel, a HAS representou 64,7% entre idosas⁽²⁾. Outra investigação entre adultos e idosos com HAS, de uma comunidade rural do nordeste de Minas Gerais, também apresentou predominância do sexo feminino (51,6%)⁽¹⁴⁾.

Referente à faixa etária, observou-se semelhança em pesquisa com idosos da zona rural de Taquarituba, SP, com predomínio de 60-70 anos (57,7%)⁽¹⁵⁾. Cabe o acompanhamento desses idosos na atenção primária, tendo como meta a prevenção de comorbidades, evitando-se o comprometimento funcional em idades mais avançadas.

Em relação ao estado conjugal, estes achados corroboram estudo realizado entre idosos da zona rural de Taquarituba, SP, dos quais 53,8% referiram ser casados ou viverem em concubinato⁽¹⁵⁾. Nesse contexto, destaca-se a visita domiciliária que constitui um momento privilegiado para investigação do potencial do companheiro na colaboração do tratamento da HAS, graças à maior possibilidade de identificar, *in loco*, as relações estabelecidas pelos membros familiares.

A escolaridade assemelha-se ao encontrado em pesquisa com adultos e idosos com HAS, de uma comunidade rural do nordeste de MG, em que 39% referiram 1-4 anos de estudo⁽¹⁴⁾. As maiores dificuldades para controle de PA relacionam-se à menor escolaridade⁽⁴⁻¹⁶⁾.

Referente à renda, resultado divergente foi obtido em estudo realizado com idosos do meio rural de Taquarituba, SP, no qual 36,5% referiram renda de um a dois salários-

mínimos⁽¹⁵⁾. A baixa renda pode comprometer o tratamento do idoso com HAS, em especial no que concerne à dieta alimentar e ao uso de medicamentos, quando não oferecido pelo sistema público de saúde. Ademais, a realização de exames médicos, necessários ao acompanhamento e controle da HAS, também é dificultada em decorrência de esses serviços estarem localizados na área urbana.

Ressalta-se a necessidade de que os profissionais de saúde, em parceria com a comunidade, adotem estratégias para o enfrentamento desses desafios relacionados à população de menor nível socioeconômico, de acordo com a disponibilidade de recursos de cada localidade e do serviço de saúde.

Para o arranjo de moradia, resultado superior (52,8%) foi obtido em pesquisa realizada em Campinas, SP, entre idosos urbanos com HAS⁽¹⁶⁾. O companheiro pode ser envolvido visando a maior adesão ao tratamento do idoso com HAS, em caso de relação favorável; e, caso não seja, tentar sensibilizar os cônjuges para a colaboração, com o objetivo de obter melhores condições de saúde para ambos.

Estudo em um centro de saúde, que teve como predominância os idosos, verificou-se que um grupo descobriu ter HAS por procurar atendimento médico com relato de sinais e sintomas (dor de cabeça, dor na nuca, tontura, amortecimento do braço), e outro grupo durante a triagem nos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Em estudo internacional, conduzido na Austrália, com adultos e idosos da zona rural, observou-se que a maioria das idosas (77%) verificou a PA, em média, uma vez ao ano⁽¹⁸⁾. Alguns fatores podem dificultar a aferição da PA, como a grande distância de determinadas fazendas dos

serviços de saúde e o escasso acesso a transportes. Por outro lado, é possível que o idoso não considere relevante o acompanhamento dos níveis pressóricos, tendo em vista que a HAS, por vezes, é assintomática.

No estudo da zona urbana de Presidente Venceslau, SP, percentual superior a 50% referiu já ter abandonado o tratamento medicamentoso, tendo como principais motivos para a interrupção: efeitos colaterais, não sentiam nada e acreditavam estar curados. Tais achados denotam que o fator que influenciou a adesão ao tratamento da HAS esteve relacionado ao entendimento do idoso acerca do processo de saúde/doença⁽¹⁹⁾.

A literatura evidencia que o consumo de sal ainda é muito maior entre as pessoas com HAS do que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde⁽³⁾. O que não dispensa o incentivo à redução do consumo de sal e de produtos industrializados que apresentem alto teor de sódio, ressaltando-se a importância da modificação desse hábito para o controle da PA.

No que concerne à QV, estudo entre idosos do meio rural observou que a QV foi considerada satisfatória, podendo estar relacionada à melhor adaptação desses idosos ao envelhecimento⁽²⁰⁾. A satisfação com a saúde pode estar relacionada à assistência recebida pelos idosos em relação à saúde, considerando-se a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

O maior escore no domínio relações sociais pode estar associado ao maior vínculo afetivo com vizinhos, amigos e família, proveniente da estabilidade da população idosa no meio rural⁽²⁰⁾. As relações sociais dos idosos influenciam de forma positiva a saúde mental e psicológica⁽²¹⁾, o que favorece a compreensão sobre a doença e o seu enfrentamento, contribuindo para a adesão ao tratamento.

O domínio meio ambiente analisa, entre outros fatores, os recursos financeiros, a disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde, cuidados sociais e os relacionados ao transporte⁽¹²⁾, que podem estar dificultados nessa região, impactando negativamente a QV.

Em outro estudo, realizado em uma comunidade pesqueira de Santa Catarina, verificou-se que os idosos com doenças crônicas sentem-se mais preocupados, em decorrência das dificuldades de acesso a outros recursos de saúde e agravamento dos problemas de saúde, o que supostamente influencia a QV⁽²¹⁾. Além disso, evidencia-se que idosos residentes na zona rural vivenciam maior pobreza, com casas mais precárias, isolamento social, limitado acesso aos meios de transporte e distância dos centros de saúde⁽¹⁾.

Já a faceta intimidade avalia a capacidade para manter as relações pessoais e íntimas⁽¹³⁾. O tratamento da HAS requer mudanças no comportamento em saúde,

dentre eles a alimentação e a realização de atividades físicas. Nessa perspectiva, os dados da presente pesquisa denotam boas relações pessoais, evidenciando a possibilidade de se trabalhar com os familiares, em especial, os cônjuges, tendo em vista que a maioria é casada, e esses, os cônjuges, se tornam corresponsáveis no cuidado à saúde dos idosos.

A faceta participação social avalia a participação em atividades da comunidade⁽¹³⁾. Em outra investigação verificou-se que os idosos com menor escolaridade e renda apresentavam mais dificuldades de acesso à oportunidade de lazer e diversão, e isso pode influenciar as suas condições de saúde⁽¹⁵⁾. O espaço rural possui poucas oportunidades de atividades sociais em relação à área urbana. O fato de a maioria dos idosos deste inquérito possuir renda mensal de um salário-mínimo pode dificultar as atividades na comunidade e o acesso a transporte para outras localidades, o que limita a participação social e compromete a QV.

Observou-se em estudo realizado em uma comunidade pesqueira com idosos que a QV está relacionada à energia e ao trabalho, ou seja, à capacidade física⁽²¹⁾. Tal fato pode estar associado à cronicidade da HAS, que progressivamente acarreta lesões de órgãos-alvo, comprometendo a QV dos idosos.

O tratamento medicamentoso visa diminuir os eventos cardiovasculares, por meio do controle da PA e, conseqüentemente, a menor morbimortalidade da HAS⁽³⁾. A utilização da monoterapia baseia-se no mecanismo fisiopatológico do cliente e suas características pessoais, número de morbidades associadas ou não e condições econômicas⁽³⁾. A utilização da terapia medicamentosa pode ser compreendida pela especificidade de cada idoso, pela ação do anti-hipertensivo e pela disponibilidade do medicamento pelo serviço público de saúde.

Cabe à equipe multiprofissional atentar para o controle da PA, por meio da verificação do controle da HAS sem a utilização de medicamentos e a adoção das mudanças nos hábitos de vida, além de sensibilizar esses idosos sobre os riscos que a HAS pode causar quando não tratada. Em pesquisa de revisão, acerca da abordagem multiprofissional no controle da HAS entre idosos, destacou-se que o enfermeiro estabelece uma relação de confiança que inclui aspectos socioeconômicos, físicos e psicológicos⁽²²⁾.

Referente aos medicamentos utilizados, o vasodilatador direto atua sobre a musculatura da parede vascular, a qual relaxa com vasodilatação e reduz a resistência periférica; como consequência, pode promover a retenção hídrica e taquicardia reflexa⁽³⁾. Tais reações adversas associadas à dependência de medicamentos

podem interferir no domínio psicológico que avalia a autoestima, imagem corporal, sentimentos positivos e negativos⁽¹²⁾.

Em relação aos IECAs, podem apresentar como reações adversas alteração no paladar⁽³⁾ que influenciam o funcionamento dos sentidos.

Quanto aos bloqueadores dos canais de cálcio, destaca-se que são eficazes no tratamento da HAS e diminuem a incidência de Acidente Vascular Encefálico (AVE), embora apresentem algumas reações adversas, como cefaleia e tontura⁽³⁾. O maior escore de QV na faceta autonomia pode estar relacionado à escolha da medicação para o tratamento da HAS, o que pode promover a maior capacidade de decisão desse idoso em relação ao seu tratamento, de tal maneira, que o critério para adoção da terapia medicamentosa pelo médico deve envolver as características individuais e adaptação ao medicamento.

Devido à vasodilatação, esse medicamento pode causar taquicardia reflexa e retenção hídrica⁽³⁾, o que pode influenciar a comparação da QV entre os grupos que utilizam esse medicamento. Além das reações adversas que causam desconforto, o uso de outros medicamentos associados pode influenciar a QV. Em pesquisa de revisão sobre HAS com idosos evidenciou-se como limitador no tratamento anti-hipertensivo a polifarmácia, frequentemente encontrada entre os idosos⁽²²⁾.

Em relação aos BRA II, esses bloqueiam os receptores AT1, impedindo os efeitos da angiotensina II, sendo muito utilizados nos clientes com alto risco cardiovascular e comorbidades, apresentando menor intolerância e poucas reações adversas⁽³⁾. O maior escore na faceta funcionamento dos sentidos pode estar associado à melhor adaptação à medicação por esses idosos, devido a menores reações adversas do BRA II.

Os resultados da presente pesquisa mostram o desconhecimento do idoso sobre a sua doença, impondo a necessidade de implementar ações educativas que abordem a HAS. Evidencia-se a relevância do papel educativo do enfermeiro na compreensão do processo saúde/doença, pelos idosos com HAS. Por outro lado, o enfermeiro deve propor estratégias que auxiliem o idoso a se lembrar de tomar o medicamento, como colocá-lo sempre no mesmo lugar ou mesmo buscar a contribuição de algum membro familiar. Há de se trabalhar, também, a memória recente do idoso, por meio de jogos e leituras, de forma a favorecer a sua independência no cuidado à saúde. Destaca-se, ainda, a necessidade de ações como as consultas de enfermagem, as visitas domiciliares e as atividades de educação em saúde, no intuito de sensibilizar os idosos acerca da prevenção de complicações da HAS e comorbidades. Soma-se a utilização diária dos

medicamentos e seus efeitos colaterais, assim como as consequências sobre os órgãos-alvo que a HAS pode causar em longo prazo.

É oportuno destacar que o enfermeiro deve estabelecer vínculo com o idoso e seu familiar para que, juntos, desenvolvam estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da HAS, contudo, incentivando a autonomia do idoso. Devem-se ser ressaltadas as vantagens da adesão ao tratamento, assim como a aferição mensal da PA, bem como a diminuição do consumo de sódio e prática de atividade física. Tais estratégias podem ser incentivadas individual e coletivamente, envolvendo familiares e por meio da valorização do espaço rural. Ao verificar os medicamentos utilizados pelos idosos, o enfermeiro pode informar sobre as principais reações adversas que interferem na QV, de forma a minimizar o seu impacto no cotidiano do idoso. Para tal, cabe maior observação acerca do dinamismo e autonomia dos idosos, visando melhor tratamento e, conseqüentemente, melhor QV. Ademais, faz-se pertinente aos cuidados da enfermagem, após prescrito o medicamento anti-hipertensivo, esclarecer o mecanismo de funcionamento dos medicamentos e acompanhar a adaptação do idoso.

Conclusões

Diante desses dados, é necessário que se realizem ações voltadas para os idosos com HAS da zona rural, com o intuito de contribuir para a melhoria das questões relacionadas à HAS e incentivar as consultas e participação desses idosos nas unidades de saúde, a fim de promover melhor QV dessa população. É necessário que os profissionais da área de saúde, principalmente o enfermeiro, tenham conhecimentos científicos para auxiliar na proposição do tratamento. Deve-se conhecer os principais benefícios e malefícios que a medicação acarreta nos idosos, assim como as questões relacionadas à adaptação e ao impacto causado sobre a QV.

Referências

1. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):374-83.
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações em Saúde. População residente – Brasil. [Internet]; 2009 [acesso 19 maio 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 supl 1):1-51.

4. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):269-75.
5. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-9.
6. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: Percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2001;9(3):51-7.
7. Brito DMS, Araujo TL, Galvano MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(4):933-40.
8. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *Eastern Mediterranean Health J.* 2005;11(1/2):109-8.
9. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(1):11-7.
10. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
11. Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica.* 2008;23(2):109-15.
12. Fleck MPA, Louzada SXM, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
13. Fleck MPA, Chamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module / Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):785-91.
14. Pimenta AM, Kac Gilberto, Gazzinelli A, Oliveira RC, Melendez GV. Associação entre obesidade central, triglicédeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(6):419-25.
15. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistido pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):753-64.
16. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(2):285-94.
17. Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Perception on arterial hypertension and quality of life: Contribution to nursing care. *Cogitare Enferm.* 2008;13(4):526-34.
18. Janus ED, Bunker SJ, Kilkinen A, Namara KMc, Philpot B, Tirimacco R, et al. Prevalence, detection and drug treatment of hypertension in a rural Australian population: the Great Green Triangle Risk Factor Study 2004-2006. *Intern Med J.* 2008;38:879-86.
19. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):62-70.
20. Martins CR, Alburquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2007;11:135-54.
21. Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Condições associadas com à qualidade de vida dos idosos com doenças crônicas. *Cogitare Enferm.* 2010;15(3):433-40.
22. Lyra DP Júnior, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(3):435-41.

Recebido: 2.2.2012

Aceito: 11.1.2013

Como citar este artigo:

Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* mar.-abr. 2013 [acesso em: / /];21(2):[08 telas]. Disponível em: _____

dia | ano
mês abreviado com ponto

URL