

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
 QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE AOS USUÁRIOS DO SUS**

Francisco das Chagas Araujo Sousa¹, Kaiza Vilarinho da Luz², Eliana Campelo Lago²
 Wenderson Costa da Silva³, Francisco Laurindo da Silva², Amanda Laurindo Monteiro⁴
 Hanna Laila da Silveira Santos⁴, João Pedro Pio Rodrigues⁵, Andre Ricardo Ferreira da Silva Rocha⁶
 Vitor Emanuel Sousa da Silva², Victor Mateus Pinheiro Fernandes²

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA (PA \geq 140 x 90 mmHg). O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de qualidade de vida dos pacientes hipertensos, atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Caxias-MA. Trata-se de um estudo descritivo e de intervenção aberto, com abordagem quantitativa. Foram incluídos pacientes diagnosticados com HAS usuários da UBS e que se prontificaram a participar do estudo. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do projeto e aqueles com grave comprometimento neurológico que os impossibilita de participar das palestras e das respostas aos formulários. Pôde-se entrevistar 76 pacientes hipertensos, dentre eles, 54 (71,05%) do sexo feminino e 22 (28,95%) do sexo masculino, com predomínio na faixa etária de 51 a 70 anos e média de 63 anos. Por meio do Spanish Short Form of Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension (Minichal), o presente estudo buscou compreender como a HAS afeta a vida cotidiana do paciente. Esta avaliou o estado mental, as manifestações somáticas e como a hipertensão e o tratamento. A partir do período de observação na UBS do bairro Trizidela, foi possível identificar fatores influenciadores da limitação do adequado autocuidado. Além disso, a aplicação das palestras educativas contribuiu de forma efetiva para a redução de limitações, bem como abre espaço para a solidificação de vínculo entre os participantes e os membros do projeto e até mesmo melhora da adesão ao tratamento medicamentoso.

Palavras-chave: Pacientes. Hipertensão. Qualidade de Vida.

- 1 - Universidade Estadual do Piauí, Piauí, Brasil.
- 2 - Universidade Estadual do Maranhão-UEMA, Maranhão, Brasil.
- 3 - UniFacema, Maranhão, Brasil.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension: quality of life and health promotion to SUS user carriers

Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained levels of blood pressure - BP (BP \geq 140 x 90 mmHg). The aim of this study was to describe the quality of life profile of hypertensive patients, attended by a Basic Health Unit (UBS) in Caxias-MA. This is a descriptive and open intervention study, with a quantitative approach. Patients diagnosed with SAH who were users of the BHU and who volunteered to participate in the study were included. Those who did not accept to participate in the project and those with severe neurological impairment that prevented them from participating in the lectures and responses to the forms were excluded. It was possible to interview 76 hypertensive patients, among them, 54 (71.05%) female and 22 (28.95%) male, with a predominance in the age group of 51 to 70 years old and average of 63 years old. Through the Spanish Short Form of Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension (Minichal), the present study sought to understand how SAH affects the patient's daily life. The latter assessed mental status, somatic manifestations and hypertension and treatment. From the observation period at the BHU in the Trizidela neighborhood, it was possible to identify factors influencing the limitation of adequate self-care. In addition, the application of educational lectures effectively contributes to the reduction of limitations, as well as opens space for the solidification of the bond between the participants and the project members and even improves adherence to drug treatment.

Key words: Patients. Hypertension. Quality of Life.

- 4 - Unifacid - Wyden, Maranhão, Brasil.
- 5 - AESPI, Piauí, Brasil.
- 6 - Universidade Federal de Viçosa - UFV, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

A incidência e a prevalência das doenças crônicas têm aumentado muito nos últimos anos.

Dentre elas destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que é associada a severas complicações, constituindo-se em um dos principais problemas de saúde pública do Brasil.

O insucesso no controle da afecção acarreta incapacitações que podem levar o indivíduo ao óbito, somando-se à redução na qualidade e expectativa de vida.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA (PA \geq 140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). A SBC (2010) ainda demonstra que a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017) mostram que a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular encefálico do tipo hemorrágico são os maiores assassinos do mundo, representando um total de 15 milhões de mortes em 2015.

Essas doenças têm permanecido como as principais causas de morte global nos últimos 15 anos. Assim, é válido elucidar que a HAS não controlada é a principal causa de complicações como estas citadas, que tanto contribuem para as altas taxas de morbimortalidade.

Pesquisas demonstraram que alguns dos principais fatores que impactam na qualidade de vida dos hipertensos são as complicações da doença e os efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos (Youssef, Moubark e Kamel, 2005).

Em um estudo realizado por Soares et al (2012) no estado do Maranhão, encontrou-se a prevalência total de HAS de 23,1% (IC95-20,5% - 25,6%), com prevalência maior no sexo masculino (25,7%) do que no feminino (21,3%).

Este dado pode ser considerado alarmante, em decorrência das elevadas taxas de complicações que a doença possui.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) notificaram em torno de 14.949 hipertensos em Caxias-MA. Quanto ao diabetes, a estimativa é de 3.765.

Dados alarmantes, tendo em vista a vasta possibilidade de complicações, se a adesão terapêutica for falhar e não houver eficácia dos cuidados da Atenção primária.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida (QV) representa a soma de sensações subjetivas relacionadas ao bem-estar.

Assim, duas pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre sua qualidade de vida, o que não permite que se façam extrapolações de um paciente para outro.

Além disso, várias podem ser as interpretações de pacientes, família e equipe de saúde, gerando discrepâncias de avaliação, o que reforça a importância de o próprio paciente avaliar sua condição (Jurado e Figueroa, 2002).

De forma clássica, Lohr e colaboradores (1996) já afirmavam que os instrumentos para medir a qualidade de vida foram criados para que o profissional da saúde possa medir efetivamente o impacto das intervenções em saúde sobre a qualidade de vida e, mais especificamente, a qualidade de vida relacionada à saúde.

A magnitude desse estudo mostra os altos índices da HAS na região.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil de qualidade de vida dos pacientes hipertensos, atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Caxias-MA, bem como conhecer os fatores relacionados à inadequada adesão terapêutica que se relacionam com a descontinuidade da assistência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e de intervenção aberto, com abordagem quantitativa.

Foram incluídos pacientes diagnosticados com HAS usuários de uma UBS localizada em um bairro na cidade de Caxias do Estado do Maranhão, e que se prontificaram a participar do estudo. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do estudo, bem como aqueles com grave comprometimento neurológico que o

impossibilitasse de participar das palestras e das respostas aos formulários.

Para traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, foram realizadas entrevistas com respostas ao formulário, o qual envolveu tópicos referentes à idade, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação, religião, número de pessoas que convivem no domicílio, renda familiar, tipos de comorbidades, tempo de diagnóstico de HAS, monitorização e mensuração de peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), circunferência abdominal e pressão arterial média.

Com relação à aferição da pressão arterial, a verificação foi realizada em ambos os braços. Quando diferença entre os valores, foi considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente.

Ademais, averiguou-se o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes. A câmara inflável cobriu pelo menos dois terços da circunferência do braço. Palpou-se o pulso braquial e inflou-se o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido. Desinflou-se o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg). A pressão sistólica corresponde ao valor em que começam a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I). Já a pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V) (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010).

Por meio do Spanish Short Form of Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension (MINICHAL), o presente estudo buscou compreender como a HAS afeta a vida cotidiana do paciente.

Nesse sentido, o MINICHAL contém 17 itens. Dez itens referem-se ao domínio "estado mental" (state of mind); seis itens, a "manifestações somáticas" (somatic manifestations) e um item, se a hipertensão e o tratamento têm afetado a qualidade de vida do paciente.

Este instrumento é de origem espanhola e já foi validado no Brasil.

A escala de pontuação é do tipo likert com quatro possíveis respostas (0= não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, médio; 3=sim, muito). Os pontos variam de 0

(melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão "estado mental", e para a dimensão "manifestações somáticas" variam de 0 (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde).

Aliadas às entrevistas foram desenvolvidas palestras educativas, as quais tiveram finalidades terapêuticas, incluindo diversas temáticas que abrangeram tanto o tratamento medicamentoso e não farmacoterapêutico, envolvendo a discussão sobre práticas de atividade física e de outras atividades saudáveis que combatem o sedentarismo.

As atividades do projeto ocorreram semanalmente com duração aproximada de duas horas na referida UBS. Essas atividades focalizaram ainda a promoção da saúde, a solidificação do autocuidado e a adesão significativa ao tratamento.

Quanto às abordagens das palestras, foram realizadas as de impacto não medicamentoso, em que os pacientes foram estimulados à prática de atividade física regular associada a um modelo de alimentação equilibrado e saudável, com redução da ingestão de gorduras saturadas e da ingestão de sódio. Já em relação à abordagem medicamentosa, foram confeccionados juntos aos pacientes, materiais didáticos e informativos, que os auxiliaram no ajuste correto dos horários da ingestão das medicações em uso, com vistas ao não esquecimento, bem como à eficácia da adesão terapêutica.

O presente estudo foi realizado de acordo com os aspectos éticos seguindo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado com o número de CAAE: 77158817.7.0000.5554 e parecer 2.325.263, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA.

RESULTADOS

Foram realizados 16 encontros na UBS. Pôde-se entrevistar 76 pacientes hipertensos, dentre eles, 54 (71,05%) do sexo feminino e 22 (28,95%) do sexo masculino, com predomínio na faixa etária de 51 a 70 anos e média de 63 anos, conforme demonstrado na Tabela 1.

A maioria (72%) eram idosas casadas, com ensino fundamental incompleto, católicas e que convivem com uma a quatro pessoas no seu domicílio. Em relação ao tempo de diagnóstico de HAS a média de tempo nos

indivíduos do sexo masculino foi de sete anos e meio e feminino de seis anos. Houve predomínio, ainda, da associação de

comorbidades, destacando-se o Diabetes mellitus (DM), dislipidemia e a obesidade.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes analisados na UBS, Caxias-MA, Brasil, 2018.

| Variáveis | n | % |
|--------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 54 | 71,05 |
| Masculino | 22 | 28,95 |
| Total | 76 | 100,0 |
| Faixa etária | | |
| <50 | 15 | 19,74 |
| 51 – 70 | 34 | 44,74 |
| 71 – 90 | 27 | 35,52 |
| Total | 76 | 100,0 |

Já em relação às medidas antropométricas da amostra, as mulheres tiveram média de 64 kg de peso, 1,50 m de altura e 99, 25 cm de circunferência abdominal. Os homens, 66,15 kg de peso, 1,57 m de altura e 96 cm de circunferência abdominal. Ao investigar sobre as medicações de uso contínuo, percebeu-se à associação de várias classes de medicamentos, destacando-se os betabloqueadores e os bloqueadores dos receptores da angiotensina dentre os anti-hipertensivos.

Neste estudo foi utilizada a versão brasileira do MINICHAL, porém, para o cômputo dos escores, foi considerada a composição das dimensões do instrumento

original, uma vez que, no estudo de validação para o contexto brasileiro, o item 10 foi excluído da dimensão Estado Mental e incluído na dimensão Manifestações Somáticas, e a questão referente à percepção geral de saúde foi incluída como a 17ª questão.

Em relação QV medida através do MINICHAL. Pode-se observar que 74,07% do sexo feminino obtiveram escore de zero a 10, para o domínio “estado mental” e 87,04% para “manifestações somáticas”; 24,07% apresentaram escore significativamente mais elevado (pior QV) para “estado mental” e 12,96% para “manifestações somáticas”, respectivamente.

Tabela 2 - Qualidade de vida das mulheres hipertensas atendidas na UBS, Caxias-MA, Brasil, 2018.

| Variáveis | n | % |
|-------------------------|----|--------|
| Estado Mental | | |
| 0 – 10 | 40 | 74,07 |
| 11 – 20 | 13 | 24,07 |
| 21 – 30 | 1 | 1,86 |
| Total | 54 | 100,0 |
| Manifestações somáticas | | |
| 0 – 10 | 47 | 87,04 |
| 11 – 18 | 7 | 12,96 |
| Total | 54 | 100,00 |

Em relação ao último item sobre a hipertensão e o tratamento, se estas afetam a qualidade vida das pacientes, 25,93% da amostra feminina afirmaram que “sim e muito”. Este foi o segundo maior resultado no quesito em questão, tendo em vista que 48,14%, afirmaram “não, absolutamente”.

Com relação a maior QV do sexo masculino, 77,27% apresentaram escore de zero a 10 para o domínio “estado mental” e 90,90% “para manifestações somáticas”;

18,18% com escore significativamente mais elevado (pior QV) para “estado mental” e 9,10% para “manifestações somáticas”, respectivamente (Tabela 3).

Já em relação ao sexo masculino, o item sobre a hipertensão e o tratamento, se estes afetam a qualidade vida dos pacientes, 40,90% da amostra masculina afirmaram que “não absolutamente”. Este foi o maior resultado no quesito em questão. Em segundo lugar, 31,81% afirmaram que “sim, bastante”.

Tabela 3 - Qualidade de vida dos homens hipertensos atendidos na UBS, Caxias, MA, Brasil, 2018.

| Variáveis | n | % |
|-------------------------|----|--------|
| Estado Mental | | |
| 0 – 10 | 17 | 77,27 |
| 11 – 20 | 4 | 18,18 |
| 21 – 30 | 1 | 4,55 |
| Total | 22 | 100,0 |
| Manifestações somáticas | | |
| 0 – 10 | 20 | 90,90 |
| 11 – 18 | 2 | 9,10 |
| Total | 22 | 100,00 |

Logo após a coleta de dados, já se oportunizando dos encontros semanais na UBS, foi realizada a aplicação de palestras educativas.

Estas enfocaram desde as medidas preventivas da HAS à forma correta de adesão ao tratamento medicamentoso.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que dos 76 pacientes hipertensos houve prevalência do sexo feminino (71,05%). Este dado encontra-se em conformidade com estudos prévios.

Como no estudo de Melchior e colaboradores (2010), realizado no sistema público de saúde de Curitiba-PR com 191 pacientes com HAS do qual 72,8% eram mulheres. Andrade e colaboradores (2014) também revelam essa prevalência, onde dos 294 indivíduos residentes de Montes Claro-MG, 61,2% eram do sexo feminino.

Maciel, Pimenta e Caldeira (2016) apresentaram resultados semelhantes (71,8%).

A literatura internacional também revela essa prevalência, como no estudo realizado em Bogotá Colombia por Guarín-Loaiza e Pinilla-Roa (2016) com 242 indivíduos com HAS, onde 66,12% eram mulheres.

Tais dados evidenciam um sério problema de saúde pública, tendo em vista a baixa procura pelos serviços de saúde pela população masculina, conforme Silva e colaboradores (2012a), pode-se notar essa incongruência quando se verificam os programas relacionados com prevenção e campanhas de autocuidado, as quais são dirigidas especialmente para as categorias de pacientes considerados mais suscetíveis (criança, mulher, idoso, etc.), deixando de lado a saúde do homem.

Ainda de acordo com os autores, é necessário desestruturar a ideia de invulnerabilidade, que impossibilita o homem de buscar a prevenção em saúde. É essencial permitir aos homens a expressão de suas fragilidades, ansiedades, medos, para que percebam o acolhimento e possam ir a busca de ajuda às suas questões de saúde.

Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, retardatária, é fundamental para que comece uma alteração na maneira de tratar e acolher esse grupo nos serviços de saúde.

Entretanto, há indispensabilidade de se investir na divulgação dessa ação tanto para o pessoal de saúde como para a população.

Em relação a faixa etária analisada, houve predomínio de indivíduos de 51 a 70 anos e média de 63 anos, constituindo-se principalmente por idosos.

Esses dados corroboram com os de Carvalho e colaboradores (2012), onde foi realizado em Presidente Dutra com 100 pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial, em que a média de idade dos pacientes foi de 61,7 anos. Andrade e colaboradores (2014) e Maciel, Pimenta e Caldeira (2016) apresentaram resultados semelhantes.

Nessa perspectiva esta e outras investigações evidenciaram maior acesso aos serviços de saúde pela população idosa com HAS, de acordo com Ciosak e colaboradores (2011), a senescência é um processo orgânico que provoca mudanças gradativas e inevitáveis associadas à idade e transcorre a despeito de o sujeito gozar de boa saúde e ter um padrão ativo e saudável de vida. O que causa principalmente para o aparecimento de patologias crônicas não transmissíveis.

Ainda de acordo com os autores, o crescimento proporcional dos idosos, associado a queda das taxas de fecundidade

e ao desenvolvimento da tecnologia e terapias no tratamento de patologias, principalmente as crônicas, a tendência de alteração pirâmide etária populacional, principalmente no Brasil, com o conseqüente acréscimo do contingente de idosos, resultado do envelhecimento populacional que ocorreu em um curto período, trazendo importante impacto para o sistema de saúde.

Com relação ao estado nutricional, foi observado uma circunferência abdominal média de 99,25cm para os homens e 96 cm para mulheres, caracterizando-os com risco para doença cardiovascular (DCV) para o sexo masculino e risco muito alto para DCV para o feminino, respectivamente, de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000).

Nesse contexto, a identificação das condições de risco cardiovascular possibilita a criação de um planejamento preventivo contra as DCV, além de financiar programas de saúde pública contra esses agravos.

Considerando que o surgimento das DCV tem se observado cada vez mais, torna-se imprescindível estudar como se dá a correlação entre estas doenças e os indicadores antropométricos (Carvalho e colaboradores, 2015).

Conforme Barroso e colaboradores (2017), o acúmulo de lipídios na região do abdômen, associada a patologias como HAS, DM e dislipidemias, são fatores importantes, uma vez que, estão relacionados ao risco de desenvolvimento de DCV, aumento de problemas metabólicos, entre outros agravos.

Houve predomínio, ainda, da associação de comorbidades, destacando-se o DM, a dislipidemia e a obesidade.

Maciel, Pimenta e Caldeira (2016), apresentaram resultados similares, em que 42,1% dos entrevistados referiram ter colesterol elevado; 31,7% relataram DM como morbidade associada e 27,3% informaram algum problema cardíaco.

No estudo de Carvalho e colaboradores (2012), dentre as comorbidades houve predomínio de obesidade, depressão, insuficiência renal em tratamento conservador, DM, dislipidemia e obesidade.

Nesse contexto, o excesso de peso se configura como um grave problema de saúde, o que exige estratégias de promoção de hábitos nutricionais saudáveis, bem como, um estilo ativo de vida. A programação de medidas de prevenção deverá ser uma das

prioridades dos serviços de saúde (Mártires, Costa, Santos, 2013).

A HAS foi associada ao aumento da idade, excesso de peso, circunferência abdominal elevada, baixo nível de instrução, tabagismo e ingestão alcoólica. Várias pesquisas mostram essa associação entre o estilo de vida adotado e o aumento de níveis da PA. Sendo o excesso de peso, um dos fatores mais agravantes. Estando em conformidade com este e com outros estudos supracitados.

Frente a esse contexto, a redução do sedentarismo e a prática regular de atividade física, tem apontado a influência na melhoria da QV dos idosos, atuando de forma eficaz no combate do excesso de peso, na redução dos triglicerídeos e colesterol total nos níveis do sangue, aumento da lipoproteína de alta densidade (HDL) e melhoria dos valores da PA (Mártires, Costa e Santos, 2013).

Com relação a QV medida através do MINICHAL, notou-se que, de forma geral, é boa entre os idosos, quando os resultados são analisados em conjunto para homens e mulheres. Porém quando realizado análises separadamente por gênero, homens apresentaram melhor QV.

De acordo com Silva e colaboradores (2013), isso pode ser observado, possivelmente, em razão da mulher apresentar menor aceitação em relação a senescência, e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes.

Foi observado que 74,07% do sexo feminino obtiveram escore de zero a 10, para o domínio "estado mental" e 87,04% para "manifestações somáticas". Já no sexo masculino, 77,27% para "estado mental" e 90,90% para "manifestações somáticas", respectivamente. Com melhor desempenho em ambos os sexos para "manifestações somáticas".

Esses dados corroboram com os de Maciel, Pimenta e Caldeira (2016), em que o grupo investigado apresentou uma média geral de QV de 12,35 com melhor desempenho para o domínio de "Manifestações somáticas".

Na análise de Melchioris e colaboradores (2010) o escore original do instrumento foi convertido para uma escala de zero a 100, sendo zero o pior nível e 100, o melhor nível de QV.

A medida pelo escore total do MINICHAL foi de 69,1% para o "estado mental" e 69,9% para o domínio

manifestações somáticas. Estando em conformidade com os dados deste estudo, no que diz respeito, ao desempenho do domínio Manifestações somáticas. Silva e colaboradores (2013) apresentaram resultados semelhantes.

O MINICHAL é um método que pode ser empregado de maneira complementar para verificar a QV em pacientes com HAS (Melchior e colaboradores, 2010).

A QV é um constructo difícil e subjetivo que avalia diversos fatores na saúde do indivíduo, no seu estado físico, psíquico, social, nível de independência, crenças e a sua relação com o ambiente (Hanus e colaboradores, 2015).

Serve como indicador nos julgamentos clínicos de patologias específicas, avalia a influência física, psíquica e social que as patologias podem provocar para os indivíduos acometidos, possibilitando uma melhor compreensão acerca do enfermo de sua adaptação à condição de estar doente (Carvalho e colaboradores, 2015).

Em relação ao último item sobre a hipertensão e o tratamento, se estas afetam a qualidade de vida das pacientes, 25,93% da amostra feminina afirmaram que “sim e muito”. Já em relação ao sexo masculino, o item sobre a hipertensão e o tratamento, se estes afetam a qualidade de vida dos pacientes, 31,81% afirmaram que “sim, bastante”

Conforme Silva e colaboradores (2012b), apesar da farmacoterapia ser uma estratégia eficaz para tratamento enfermidades, o maior uso por indivíduos com 60 ou mais anos, possibilita muitas vezes uma relação risco-benefício desfavorável e com consequências negativas quanto ao estado de saúde e QV deste grupo etário.

Dessa forma, Jannuzzi e colaboradores (2014) escrevem que é essencial investigar se essa apreensão se reporta, de fato, a uma eventualidade clínica, como sintomas de hipotensão, por exemplo.

Se a apuração apontar indicar para reações adversas que agrava o quadro clínico ou implicam o bem-estar do indivíduo, o esquema farmacoterapêutico deverá ser corrigido.

Se a percepção não estiver relacionada a nenhuma eventualidade que figure comprometimento clínico, deverão ser planejadas intervenções de promoção da saúde direcionadas para a autoavaliação de sinais e sintomas, controle da PA, bem como estratégias que permitam aprimorar a

autoeficácia do cliente no manejo correto da farmacoterapia.

CONCLUSÃO

A extensão na universidade tem fundamental importância na formação e capacitação de discentes para que a inclusão social e a participação no cotidiano da população caxiense.

A partir do período de observação na UBS, foi possível identificar fatores influenciadores da limitação do adequado autocuidado.

Além disso, a aplicação das palestras educativas contribui de forma efetiva para a redução de limitações, bem como abre espaço para a solidificação de vínculo entre os participantes e os membros do projeto e até mesmo melhora da adesão ao tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS

- 1-Andrade, J.M.O.; Rios, L.R.; Teixeira, L.S.; Vieira, F.S.; Mendes, D.C.; Vieira, M.A.; Silveira, M.F. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol. 19. Num. 8. 2014. p.3497-3504.
- 2-Barroso, T.A.; Marins, L.B.; Alves, R.; Gonçalves, A.C.S.; Barroso, S.G.; Rocha, G.S. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. Vol. 30. Num. 5. 2017. p.416-424.
- 3-Carvalho, C.A.; Fonseca, P.C.A.; Barbosa, J.B.; Machado, S.P.; Santos, A.M.; Silva, A.A.M. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 20. Num. 2. 2015. p.479-490.
- 4-Carvalho, M.A.N.; Silva, I.B.S.; Ramos, S.B.P.; Coelho, L.F.; Gonçalves, I.D.; Figueiredo Neto, J.A. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 98. Num. 5. 2012. p.442-451.
- 5-Ciosak, S.I.; Braz, E.; Costa, M.F.B.N.A.; Nakano, N.G.R.; Rodrigues, J.; Alencar, R.A.;

Rocha, A.C.A.L. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 45. 2011. p.1763-1768.

6-Guarín-Loaiza, G.M.; Pinilla-Roa, A.E. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 64. Num. 4. 2016. p.651-657.

7-Hanus, J.S.; Simões, P.W.; Amboni, G.; Ceretta, L.B.; Tuon, L.G.B. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 28. Num. 4. 2015. p.381-387.

8-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. IBGE. 2010.

9-Jannuzzi, F.F.; Cintra, F.A.; Rodrigues, R.C.M.; São-João, T.M.; Gallani, M.C.B.J. Adesão medicamentosa e qualidade de vida em idosos com retinopatia diabética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 22. Num.6. 2014. p.902-910.

10-Jurado, E.V.; Figueroa, C.A. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. Vol. 44. Num 4. 2002. p. 349-361.

11-Lohr, K.N.; Aaronson, N.K.; Alonso, J.; Burmam, M.A.; Patrick, D.L.; Perrin, E.B.; Roberts, J.S. Evaluating quality of life and health status instruments: development of scientific review criteria. *ClinTher*. Vol. 18. Num. 5. 1996. p.979-992.

12-Maciel, A.P.F.; Pimenta, H.B.; Caldeira, A.P. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 29. Num. 5. 2016. p.542-548.

13-Mártires, M.A.R.; Costa, M.A.M. Santos, C.S.V. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Vol. 22. Num. 3. 2013. p.797-803.

14-Melchior, A.C.; Correr, C.J.; Pontarolo, R.; Santos, F.O.S.; Souza, R.A.P. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq. Bras. Cardiol*. Vol. 94. Num. 3. 2010. p.357-364.

15-Silva, A.G.; Pereira Junior, A.A.F.; Siqueira, A.E.O.; Zozimo, J.P.; Silva, N.F.; Ferreira, K.E.T.; Leal, L.B. estudo da qualidade de vida de idosos hipertensos cadastrados na USF Boa ideia Bongi, Recife, Brasil. Vol. 7. Num. 2013. p. 120-124.

16-Silva, P.A.S.; Furtado, M.S.; Guilhon, A.B.; Souza, N.V.D.O. David, H.M.S.L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery*. Vol. 16. Num. 3. 2012a. p. 561-568.

17-Silva, G.O.B.; Gondim, A.P.S.; Monteiro, M.P.; Frota, M.A. Meneses, A.L.L. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 15. Num. 2. 2012b. p.386-395.

18-SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 95. Num. 1. 2010. p.1-51.

19-WHO. World Health Organization. Health statistics and information systems. Geneva. WHO. 2017.

20-WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Num. 894. Geneva. WHO. 2000.

21-Youssef, R.M.; Moubarak, I.I.; Kamel, M.I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterr Health J*. Vol. 11. Num. 1-2. 2005. p. 109-118.

E-mail dos autores:

franciscoaraujo@ccs.uespi.br

anaileogal@gmail.com

anaileogal@gmail.com

wendersoncosta09@hotmail.com

flspb@yahoo.com.br

flspb@yahoo.com.br

anaileogal@gmail.com

joao.pedro.pio@hotmail.com

andrecrd06@gmail.com

anaileogal@gmail.com

anaileogal@gmail.com

Recebido para publicação em 07/06/2020

Aceito em 11/12/2021