



Qualidade de vida de idosas hipertensas de uma instituição de longa permanência

Quality of life of an institution hypertensive older women long stay

Calidad de vida de ancianas hipertensas de una institución de larga permanencia

Angelita Visentin¹, Maria de Fátima Mantovani¹, Cristiano Caveião¹, Thatiane Aparecida Mendes², Aline Silvério Neves², Ana Paula Hey³

Objetivo: identificar a qualidade de vida das mulheres idosas hipertensas em uma instituição de longa permanência.

Método: foi realizado um estudo de caso quantitativo transversal em uma instituição de longa permanência na cidade de Curitiba e os dados foram coletados usando-se um instrumento validado. O estudo incluiu 12 idosas hipertensas. **Resultados:** mostrou que, para as idosas, mesmo com doenças intercorrentes, a qualidade de vida permaneceu em taxas médias quando analisadas as diferentes áreas. O que mais contribui nos resultados foram os fatores sociais, seguido do psicológico e do meio físico. A maioria das idosas está satisfeita com a sua qualidade de vida como mencionado e com sua imagem corporal

Conclusão: o trabalho da enfermagem é identificar os fatores que interferem nas condições de qualidade de vida das idosas propondo intervenções nas instituições.

Descritores: Qualidade de Vida, Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Hipertensão.

Objective: to identifying the quality of life of hypertensive elderly women's residents in a long-stay institution. **Method:** it was conducted a case study, cross-sectional quantitative study. The research began in held in an institution of long stay in the city of Curitiba and data were collected a validated instrument. The study included 12 hypertensive elderly. **Results:** Showed that, for the elderly, even with intercurrent illness, quality of life remained at average rates when analyzed the different areas. That most contributes in the results was the Social, followed by the Psychological and of the Physical Environment. The majority of older women is satisfied with their quality of life as being cited as well with their body image. **Conclusion:** nursing work is identifying the factors that interfere conditions of quality of life of older and proposing interventions in institutions.

Descriptors: Quality of Life; Aged; Homes for the Aged; Hypertension.

Objetivo: identificar la calidad de vida de mujeres ancianas hipertensas residentes en hogares para ancianos. **Método:** estudio de caso, cuantitativo, transversal. Datos recogidos en un hogar para ancianos de Curitiba, Brasil, a través de un instrumento validado. Participaron 12 ancianas hipertensas. **Resultados:** para las ancianas, a pesar de las enfermedades intercorrentes, la calidad de vida se mantuvo en tasas medias cuando se analizaron diferentes dominios. Lo que más ha contribuido en los resultados fue el Social, seguido del Psicológico, Físico y Medio Ambiente. La mayoría de las ancianas se consideraron satisfechas con la calidad de vida y su imagen corporal. **Conclusión:** el trabajo de enfermería es identificar los factores que afectan la calidad de vida de ancianas y proponer estrategias de intervenciones en las instituciones.

Descritores: Calidad de Vida; Anciano; Hogares para Ancianos; Hipertensión.

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²Faculdades Integradas do Brasil. Curitiba, PR, Brasil.

³Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente: Angelita Visentin

Rua Presidente Afonso Camargo, 2467. CEP: 80050-520. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: angevisentin24@gmail.com

Introdução

A Organização das Nações Unidas estabeleceu, em 1985, a idade de 65 anos para a definição de idoso nos países desenvolvidos. No entanto, para os países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é mais curta, adotou-se 60 anos. Em 2000, a população idosa (> 60) no mundo era de 600 milhões de pessoas, e este número pode aumentar para 1,2 bilhão em 2025, e 2 bilhões em 2050⁽¹⁾.

Uma das causas do envelhecimento são doenças crônicas. Com eles há uma grande demanda de atendimento e custos. No contexto da saúde pública, o objetivo é reduzir o impacto destas doenças, em geral, com a promoção da saúde, a prevenção e a redução de complicações, que podem levar à perda de funcionalidade⁽²⁾.

O envelhecimento gera consequências, o que pode levar a um maior risco de transtornos e doenças. A prevalência de doenças crônicas contribui para a redução da capacidade física e biológica, portanto, reduz a independência e autonomia do idoso, comprometendo sua qualidade de vida⁽³⁾.

Alterações morfofuncionais inerentes ao processo de envelhecimento humano, quando associada a doenças crônicas, podem levar à redução da autonomia dos idosos. A prevenção e o controle de doenças crônicas, como hipertensão, podem auxiliar na manutenção da cognição e capacidade funcional⁽⁴⁾.

Envelhecimento é um fenômeno universal, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Em idosas institucionalizadas ou não, vários elementos apontam como indicadores de bem-estar e qualidade de vida na velhice, como a longevidade, a produtividade, relacionamentos com amigos e família, saúde biológica e mental, competência social, eficácia cognitiva, lazer etc⁽⁵⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é a 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⁽⁶⁾.

Qualidade de vida para os idosos está relacionada ao bem-estar, felicidade e realização pessoal. O melhor desta avaliação de qualidade inclui funcionalidades físicas e cognitivas, valores, sentimentos, expectativas. A fim de se avaliar a qualidade de vida dos idosos, o Grupo de Qualidade da Organização Mundial de Saúde desenvolveu o questionário WHOQOL-100. Com a necessidade de se ter um instrumento menor, e pouco tempo para suprir a demanda, o WHOQOL-bref foi desenvolvido, ele inclui 26 questões, sendo duas de qualidade geral de vida e outras 24 que representam as facetas que compõem o instrumento original⁽⁷⁻⁸⁾.

As mudanças da condição cognitiva e não antes das atividades serem realizadas, estão as entre as razões para a hospitalização das idosas. Essa mudança de ambiente, na maioria dos casos, leva as pacientes a terem um baixo desempenho nas suas habilidades físicas e psicológicas, uma vez que a maioria dessas instituições de longa permanência não tem recursos humanos e financeiros para oferecer atenção integral para as idosas⁽⁹⁾.

Claramente, o aumento do número de idosos brasileiros em instituições de longa permanência em que a população tende a crescer mais devido a vários fatores, entre eles: longevidade, fragilidade, desenvolvimento de doenças degenerativas crônicas, deficiência de autonomia e frágil estrutura familiar que podem comprometer a qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

A instituição de longa permanência é um lugar de atenção integral para as residentes, dependentes ou independentes, que não têm condições para viver com a família ou em sua casa. A instituição de longa permanência deve prestar serviços nas áreas de desenvolvimento social, médico, psicológico, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e outras, conforme a necessidade da idosa⁽¹¹⁾.

É necessário que as mudanças nas idosas sejam acompanhadas por exames físicos e avaliações da condição cognitiva empregadas, a fim de se distinguir o envelhecimento da senilidade, permitindo desta

forma o desenvolvimento de atividades específicas para diferentes processos de envelhecimento, saudáveis ou não⁽⁹⁾.

Sabemos que a principal causa de mortalidade e morbidade são doenças crônicas, elas têm um desenvolvimento lento de longo prazo. Condições crônicas estão ligadas à uma sociedade em envelhecimento, mas não só isso, são escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada, inatividade física e predisposição genética. As pessoas mais velhas têm maior chance de desenvolver doenças e incapacidades, de modo que a capacidade funcional surge como um conceito de saúde para a atenção à saúde do idoso⁽²⁾.

Entre os idosos, a hipertensão é uma doença de alta prevalência, afetando cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É uma determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando devidamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e incapacidade. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento⁽¹²⁾.

Viver em instituições de longa permanência por si só pode resultar em alterações nos indicadores de qualidade de vida. Dados da literatura corroboram com tasi fatores e indicam que nessa população é prevalente co-morbidades, tais como hipertensão. Para identificar a interferência de co-morbidades como hipertensão na qualidade de vida dos idosos hospitalizados em uma instituição de longa permanência, exigem-se cuidados de enfermagem e isso foi proposto como estratégias para minimizar as consequências.

Neste contexto, procura-se saber qual a qualidade de vida de idosas hipertensas residentes em uma instituição de longa permanência.

O objetivo deste estudo é identificar a qualidade de vida das idosas hipertensas numa instituição de longa permanência.

Método

Foi um estudo de caso, prospectivo e quantitativo. A pesquisa foi desenvolvida em setembro de 2013, em uma instituição de longa permanência na cidade de Curitiba-PR, Brasil, com 153 idosas residentes. Esta é uma instituição exclusivamente feminina. A amostra foi composta por todas as idosas com diagnóstico de hipertensão com registro institucional e tratamento médico por mais de seis meses, com idades igual ou superior a 60 anos, alfabetizadas, sendo cognitivamente capazes de assinar um formulário de consentimento livre e informado e respondendo ao questionário proposto pelo estudo. Foram excluídas as idosas que se encontravam no hospital no momento da coleta de dados.

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. A primeira consistiu na análise de registros médicos para verificar os critérios de inclusão e exclusão para o estudo. Para medir as características gerais e sociodemográficas, bem como doenças intercorrentes das participantes, foram utilizadas as variáveis: sexo, idade média, estado civil e escolaridade.

A segunda etapa foi realizada utilizando o instrumento WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life)⁽¹²⁾. O questionário foi desenvolvido especificamente para medir a qualidade de vida das idosas e inclui 26 perguntas, duas das quais são de qualidade de vida geral e as restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Os dados foram coletados por meio de entrevista, conduzida por pesquisadores com duração aproximada de 20 minutos cada.

Os dados foram inseridos e tabulados no programa Excel 2010. A avaliação ocorreu como defendido por instruções do WHOQOL-bref. As perguntas das respostas seguem uma escala de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. As 24 facetas

que compõem quatro áreas tem-se os domínios físico, psicológico, social e relações ambientais.

A análise dos dados é apresentada de forma absoluta, descritiva, e variações numéricas calculadas em medidas de valores médios e desvio padrão. Para manter o anonimato das entrevistadas, elas foram identificadas como: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 e E12, como apresentado na tabela 4. O estudo seguiu os preceitos éticos da legislação brasileira e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número 17418113.0.0000.0095.

Resultados

Participaram da pesquisa 12 idosas com idade média de 77 anos, sendo todas senhoras que tinham ensino fundamental incompleto. Entre as entrevistadas quatro são solteiras, duas são casadas, uma é separada e cinco são viúvas (Tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais da amostra(n=12)

Variáveis	Resultados
Idade média (anos)	77
Estado civil	
Solteiras	4
Casadas	2
Separadas	1
Viúvas	5
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	12
Doenças intercorrentes	
Acidente vasculas cerebral	3
Osteoporose	3
Hipotireodismo	3
Falência renal crônica	2
Tosse crônica	2
Diabetes	3
Deficiência de vitamina D	10
Instabilidade motora	5
Dislipidemia	3
Transtornos depressivos	4

A tabela 2 foi elaborada por temas e domínios, inicialmente sem o uso de padronização prevista na escala do WHOQOL-bref, portanto, houve a busca direta para a resposta do propósito do estudo.

Tabela 2 - Os valores médios das diferentes questões e domínios do WHOQOL-bref

Domínios	Variáveis	Média ponderada	Média Simples
QOL Global	QOL	3,75	3,37
	Saúde	3,0	
	Dor e desconforto	3,9	
	Energia e fadiga	3,16	
	Sono e descanso	3,16	
Físico	Mobilidade	3,66	3,47
	Atividades do cotidiano	3,5	
	Tratamento médico	3,41	
	Habilidade para trabalhar	3,54	
	Sentimentos positivos	3,33	
Psicológico	Concentração	4,0	3,43
	Autoestima	3,63	
	Imagem corporal e aparência	3,75	
	Sentimentos negativos	2,66	
	Espiritualidade/Religião	3,25	
Relações Sociais	Relações pessoais	4,33	4,29
	Ajuda social	4,25	
Meio ambiente	Segurança e proteção física	3,91	3,48
	Ambiente familiar	4,0	
	Recursos financeiros	3,0	
	Acesso a serviços de saúde	4,25	
	Informação	3,4	
	Lazer	2,8	
	Meio físico	2,5	
	Transporte	4,0	

No domínio físico, em geral, a média foi 63,16. Uma vez que esta pode ser confirmada na tabela 2, com a média simples de 3,47. Dentro destes resultados, a variável relativa à energia e fadiga de 9 participantes foi considerada a vontade média de desenvolver completamente as atividades da vida cotidiana, o que pode explicar que 7 delas responderam estar satisfeitas com a sua capacidade de trabalho. Os valores padronizados são apresentados na tabela 3.

Através da tabela 4 apresenta-se os índices médios de qualidade de vida das diferentes áreas. Entre eles, o maior contribuinte na qualidade de vida é o Domínio social, seguido pelo psicológico, físico e ambiental.

Tabela 3 - Distribuição das medidas descritivas das questões 1 e 2 do WHOQOL-bref (n=12)

Questões	n
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	
Muito ruim	0
Ruim	0
Nem boa nem ruim	5
Boa	5
Muita boa	2
2. Quão satisfeita você está com sua saúde?	
Muito insatisfeita	1
Insatisfeita	1
Nem satisfeita nem insatisfeita	3
Satisfeita	7
Muito satisfeita	0

Tabela 4 - De acordo com a sintaxe para o cálculo do WHOQOL-bref (n=12)

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente
Entrevistadas	Média: 63,16	Média: 68,83	Média: 82,29	Média: 60,64
	DP: 20,31	DP: 10,85	DP: 12,45	DP: 11,99
E1	92,75	62,5	75	81,25
E2	64,25	80	62,5	60,5
E3	82	75	100	75
E4	53,5	66,5	75	68,75
E5	25	54	87,5	45,75
E6	60,5	62,5	75	56,25
E7	62,5	90	87,5	54
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente
E8	64,25	62,5	100	65,5
E9	89,25	83,25	100	71,75
E10	42,75	58,25	75	50
E11	42,75	66,5	75	56,25
E12	78,5	65	75	42,75

Discussão

A Organização Mundial da Saúde diz que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e autocuidado. Para as idosas, a composição familiar pode ser um fator decisivo para a falta de estímulo ao auto-cuidado e em casa⁽¹³⁾. Quando a idosa vive em uma instituição de longa permanência, a condição de cuidar é mais um fator agravante porque estão longe da família e inseridas nas rotinas da instituição.

Neste mesmo contexto, as características relacionadas às idosas tais como seu endereço, idade, sexo, escolaridade, estado civil, hábitos de vida e aspectos culturais e contexto socioeconômico podem ter interferência na qualidade de vida⁽¹⁰⁾. Tais variáveis podem justificar a necessidade de uma avaliação pré- via de cada um das participantes.

A hipertensão arterial é um fator de risco importante, uma vez não tratada adequadamente, pode evoluir para suas principais complicações como doenças cerebrovasculares e cardiovasculares. A hipertensão pode levar a co-morbidades como diabetes, artrite ou osteoartrite, doença renal crônica e deficiência física⁽¹⁴⁾.

A população idosa é mais suscetível à deficiência de vitamina D devido à menor exposição solar, redução da capacidade de produção de vitamina D, fonte de alimentação inadequada, e vários medicamentos que podem interferir com a absorção de vitamina D. Entre estas características, idosas residentes podem desenvolver hipovitaminose D, o que acarreta um risco aumentado de fraturas⁽¹⁵⁾.

A pessoa com doença crônica é limitada a atividades cotidianas pela necessidade de mudar os seus hábitos e diminuir suas relações sociais, levando ao idoso ao comprometimento da qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

Como a avaliação da qualidade de vida na questão 1, avaliações e intervenções de enfermagem no contexto das instituições de longa permanência devem ser propostas, tendo em conta estes dados, a fim de promover a qualidade de vida para as idosas residentes, especialmente aquelas que consideram sua

qualidade de vida nem boa nem ruim ou ruim. As avaliações e intervenções de enfermagem no contexto das instituições de longa permanência devem ser propostas, levando-se em consideração estes dados, a fim de promover a qualidade de vida das idosas residentes⁽⁹⁾.

Existem índices médios de qualidade de vida por meio da análise das diferentes áreas. Entre eles, o maior contribuinte na qualidade de vida é o Domínio social, seguido pelo psicológico, físico e ambiental. Morar numa instituição faz com que as idosas sejam menos capazes de manter a qualidade de vida. No entanto, a coexistência com pessoas da mesma idade favorece o bem-estar psicológico e social das idosas. Esse fato pode justificar que o domínio social tenha a média mais alta neste estudo.

No domínio psicológico, identifica-se que sete das idosas estão satisfeitas consigo mesmas em sua imagem corporal e aparência; no entanto, na questão da auto-estima, 6 participantes demonstraram aceitar muito ou totalmente sua aparência física.

A questão espiritualidade/religião relatada destacou-se entre as idosas, 4 delas não responderam, uma delas acredita que sua vida tem pouco significado, 4 afirmaram que a vida comum tem sentido e só 3 relataram que a vida tem muito sentido.

Aspectos psicológicos e sociais podem se beneficiar da atividade física, o que proporciona diminuição da ansiedade, depressão, melhora a condição cognitiva, a estética corporal, a auto-estima e auto-imagem, e também proporciona integração e socialização⁽¹⁷⁾.

Destaca-se, que no domínio físico das 8 participantes, elas consideram suas atividades diárias como nem satisfeitas nem insatisfeitas ou satisfeitas. Ao abordar questões relacionadas com a dor e desconforto, sete das entrevistadas consideram que a dor não interfere em coisa alguma em suas necessidades. Esses mesmos dados podem ser comparados com um estudo semelhante que concluiu que as limitações da vida diária oriundas da dor física, não afetam a percepção das idosas em relação à sua saúde⁽⁶⁾.

O domínio meio ambiente apresentou a menor

média entre as facetas devido à satisfação de viver em uma instituição de longa permanência. As idosas que participaram do estudo estão inseguras com as repostas às questões ao domínio mencionado. Observou-se também muitas idosas têm demonstrado aceitar viver em uma instituição de longa permanência: embora elas terem relatado que preferem viver com a família.

Há situações em que a capacidade de uma família pode ser comprometida para o cuidado e as exigências da vida cotidiana, incapaz de conciliar o cuidado, atividade de trabalho e a casa, ou para a incapacidade de encontrar membros disponíveis e responsáveis pelo cuidado das idosas. Deve-se considerar o estereótipo da família que não quer ser responsável pelo cuidado das idosas, sejam elas são independentes ou não. A família e os seus membros devem desempenhar o papel de cuidados e supervisão em todas as situações para as idosas. Entretanto, existe falta de cuidado cuja internação foi a solução do problema⁽¹⁸⁾.

A ausência de rede social (família, cônjuge) associada ao tempo de residência em uma instituição de longa permanência; contribui para o desenvolvimento de doenças, diminuição da capacidade física, e autonomia e intimidade afetam a qualidade de vida⁽⁶⁾. Mesmo a instituição promovendo atividades de lazer e oficinas de estimulação motora e cognitiva, tais como artesanato, consciência corporal, alfabetização, festas e viagens, essa variável quando analisada indica que seis delas acreditam que suas atividades de lazer são médias, pouco ou nada, o que pode indicar que os idosos não participam ativamente das atividades oferecidas.

Medidas para ajudar as atividades recreativas devem ser priorizadas em instituições para idosas, com isso, proporcionando o contato social, a participação da comunidade, autonomia e o sentir-se útil para viver com qualidade de vida e estabelecer relações com outras idosas⁽⁶⁾.

Considerando o estudo, os resultados do WHOQOL-BREF apontaram que todas as áreas mostraram uma média numa escala de 100, até 60. Isto demonstra que as idosas, apesar de serem residentes

em uma instituição de longa permanência, e apresentar doenças intercorrentes do envelhecimento, têm boa qualidade de vida.

Conclusões

As idosas consideraram-se satisfeitas ou muito satisfeitas com a sua qualidade de vida. Elas compreendem quais as principais razões que interferem na sua qualidade de vida; particularmente nos aspectos de capacidade física, a autonomia, a ausência de parentes, longo tempo de residência, entre outros, são as principais razões para interferir na qualidade de vida das idosas.

Percebe-se que, mesmo com muitos fatores que afetam a qualidade de vida das idosas, o setor social é o maior contribuinte para a sua qualidade de vida. Viver com pessoas da mesma idade pode promover o bem-estar psicológico e social das idosas.

Conhecer a qualidade de vida das moradoras idosas hipertensas em uma instituição de longa permanência pode apoiar o trabalho da enfermagem nesta população, cujo objetivo é expandir esse conceito e permitir a melhora dos indicadores que não têm se mostrado satisfatórios.

Colaborações

Visentin AV participou no projeto, análise e interpretação dos dados. Mantovani MF participou da revisão crítica do artigo e no conteúdo intelectual do material escrito. Caveião C participou da revisão crítica do artigo e no conteúdo intelectual do material escrito. Mendes TA e Neves AS participaram no projeto, análise e interpretação dos dados. Hey AP participou na aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Araújo DD, Azevedo RS, Chianca TCM. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. *Rev Enferm Cent O Min*. 2011; 1(4):462-9.

2. Veras RP. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. *Acta Sci Hum Soc Sci.* 2012; 34(1):3-8.
3. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(3):518-23.
4. Santos CCC, Pedrosa R, Costa FA, Mendonça KMPP, Holanda GM. Análise da Função Cognitiva e Capacidade Funcional em Idosos Hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(2):241-50.
5. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Cien Envel Humano.* 2010; 7(3):346-56.
6. Souza ISM, Teixeira KD, Mafra SCT, Tinoco ALA. Qualidade de vida de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Oikos. Rev Bras Econ Domést.* 2011; 22(1):131-52.
7. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalence of functional disability and associated factors among institutionalized elders in the Municipality of Cuiabá, State of Mato Grosso, Brazil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012; 21(3):395-406
8. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013; 21(spec):3-11.
9. Santos SSC, Tier CG, Silva BT, Barlem ELD, Felicianni AM, Valcarenghi FV et al. Diagnóstico e intervenção de enfermagem para idosos deprimidos e residentes em instituição de longa permanência (ILP). *Rev Enferm Global.* 2010; 20:1-14.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. The WHOQOL-BREF. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). [Internet]. 2008 [citado 2014 dez 14]; Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html>.
12. Menezes Júnior JE, Queiroz JC, Fernandes SCA, Oliveira LC, Coelho SQF et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *Rev Rene.* 2011; 12 (n.esp.):1045-51.
13. Oliveira Neto, Carvalho DA, Sá GGM, Monteiro MM, Lopes KDCL, Martins MCC et al. Pressão arterial e perfil socioeconômico de idosos atendidos na estratégia de saúde da família de Floriano-Piauí. *Rev Saúde Pública.* 2014; 7(2):17-28.
14. Santos Júnior EP, Fernandes DC, Almeida ATF, Borges LC, Novaes JAR et al. Epidemiologia de deficiência da vitamina D. *Rev Científ ITPAC* [Internet]. 2011 [citado 2014 nov 10]; 4(3). Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/43/2.pdf>
15. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, Silveira MF et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2014; 19(8):3497-504.
16. Almeida EA, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 13(3):435-44.
17. Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Sci.* 2012; 34(1):95-102.
18. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010; 27(1):232-5.