



Perfil de saúde e qualidade de vida de idosas com hipertensão arterial sistêmica

Health profile and quality of life of elderly with hypertension

Perfil de salud y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica

Gabriela Freire de Almeida Vitorino¹, Mayara Inácio de Oliveira¹, Hirla Vanessa Soares de Araújo¹, Rebeka Maria de Oliveira Belo¹, Thaisa Remigio Figueirêdo¹, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra¹

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de idosas hipertensas na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo transversal, descritivo e quantitativo, avaliou 60 idosas hipertensas utilizando-se o instrumento *World Health Organization Quality of Life*, com 26 itens distribuídos em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Resultados: em relação à qualidade de vida, em todos os domínios exceto o domínio psicológico, a qualidade de vida foi considerada regular. O domínio psicológico demonstrou uma qualidade de vida que necessita melhorar. Algumas questões se apresentaram insatisfatórias como os itens: dor e desconforto, dependência de medicamentos anti-hipertensivos, sentimentos negativos, falta de cuidados de saúde e recreação. **Conclusão:** compreender o perfil de saúde e a qualidade de vida de idosas hipertensas permite melhor conhecimento acerca delas e de sua adaptação à condição imposta pela doença, oferecendo subsídios para planejamento de estratégias de cuidado e intervenções de educação em saúde.

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

Objective: to evaluate the quality of life of hypertensive elderly women in the Family Health Strategy. **Methods:** cross-sectional, descriptive and quantitative study that evaluated 60 hypertensive older women using the tool *World Health Organization Quality of Life* with 26 items divided into four domains: social relations, psychological, physical and environment. **Results:** regarding the quality of life in all domains, except the psychological domain, the quality of life was considered regular. The psychological domain demonstrated a quality of life that needs to improve. Some questions are presented as unsatisfactory, such as the items: pain and discomfort, dependence on antihypertensive medications, negative feelings, lack of health care and recreation. **Conclusion:** understanding the health profile and the quality of life of hypertensive elderly women allows better knowledge about them and their adaptation to the condition imposed by the disease, offering support for planning care strategies and health education interventions.

Descriptors: Quality of Life; Health of the Elderly; Hypertension; Nursing.

Objetivo: evaluar la calidad de vida de ancianas hipertensas en la Estrategia de Salud Familiar. **Métodos:** estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, evaluó 60 ancianas hipertensas utilizándose la herramienta de la Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida, con 26 artículos divididos en cuatro ámbitos: relaciones sociales, psicológico, físico y medio ambiente. **Resultados:** cuanto a la calidad de vida en todas las áreas, excepto en el dominio psicológico, calidad de vida se consideró regular. Dominio psicológico demostró calidad de vida que necesita mejorar. Algunas preguntas se presentaron insatisfactorias como artículos: dolor y malestar, dependencia de medicamentos antihipertensivos, sentimientos negativos, falta de atención de salud y recreación. **Conclusión:** comprender el perfil de salud y la calidad de vida de ancianas hipertensas permite mejor conocimiento acerca de ellas y su adaptación a la condición impuesta por la enfermedad, ofreciéndolas apoyo para planificación de estrategias de atención e intervenciones de educación en salud.

Descritores: Calidad de Vida; Salud del Anciano; Hipertensión; Enfermería.

¹Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Autor Correspondente: Gabriela Freire de Almeida Vitorino
Rua dos Palmares, s/n, CEP: 50100-060. Santo Amaro. Recife, PE, Brasil. E-mail: gabrielafreirevitorino@outlook.com

Introdução

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre de forma rápida e intensa desde os anos de 1970 em decorrência do desenvolvimento econômico. De acordo com estimativas, em 2025 o Brasil terá mais de 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, faixa etária em que se considera o indivíduo idoso para os países em desenvolvimento⁽¹⁾. Dentre a população atual de idosos, cerca de 60% é do sexo feminino⁽²⁾.

Em razão do aumento da população idosa, foi alterado o panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade, podendo relacionar-se ao aumento do surgimento das doenças crônicas não transmissíveis de forma significativa⁽²⁾.

As doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças cardiovasculares, constituem principal causa de morte nos idosos, além de representarem elevado custo econômico e social. Uma das doenças cardiovasculares crônicas que atinge um número cada vez maior de pessoas idosas ao redor do mundo é a Hipertensão Arterial Sistêmica⁽¹⁾.

A Hipertensão Arterial é uma doença multifatorial, caracterizada por níveis tensoriais elevados, é definida pela pressão arterial sistólica >140mmHg e/ou pressão arterial diastólica >90mmHg em adultos⁽³⁾, estando associada à significativa morbidade, mortalidade prematura e incapacidade física⁽²⁾.

A investigação do impacto físico e psicossocial que a hipertensão arterial pode acarretar na vida do indivíduo pode ser realizada por meio da avaliação da qualidade de vida do mesmo, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição imposta pela doença⁽⁴⁾.

Um estudo conceitua qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^(4:34).

A qualidade de vida é avaliada pelo próprio paciente, sendo, portanto, uma soma de sensações próprias. Considerado seu caráter subjetivo, duas

pessoas em um mesmo estado de saúde podem ter qualidades de vida diferentes, revelando a importância do próprio paciente ser seu avaliador⁽⁵⁾.

Para avaliação efetiva dessa qualidade, criou-se o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), que foi posteriormente reduzido para a versão abreviada (WHOQOL-bref) e traduzido para o português. A versão em português brasileiro foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL e apresentou características psicométricas satisfatórias⁽⁶⁾.

A hipertensão arterial é crescente na população de mulheres acima de 60 anos acarretando impactos biopsicossociais. Diante disto, objetivou-se avaliar a qualidade de vida em idosas hipertensas na Estratégia de Saúde da Família.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com uma população de idade igual ou superior a 60 anos, residente na área sanitária adstrita II e III de uma unidade básica de saúde na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil.

De acordo com dados do Sistema de Informações da Atenção Básica, a população total cadastrada nas duas áreas da região é de 12.159 pessoas (3.387 famílias), entre elas, 1068 são idosos, correspondendo a 8,8% dessa população. Deste total, 620 são do sexo feminino, o que corresponde a 58% da população idosa.

Para amostragem foi utilizada a técnica de conveniência do tipo consecutiva, onde a amostra se compôs com um total de 60 idosas hipertensas cadastradas na unidade básica de saúde, identificadas durante a realização das visitas domiciliares. Os critérios de exclusão utilizados foram de idosas hipertensas com déficit cognitivo, não orientadas em tempo e espaço, com pensamento desorganizado, que não estivessem devidamente cadastradas no Programa Hiperdia.

A coleta de dados foi realizada no ambiente domiciliar, de setembro a dezembro de 2012. O instrumento de avaliação de qualidade de vida, WHOQOL-bref, é autoaplicável, porém, devido à dificuldade de leitura e ao analfabetismo comuns na comunidade estudada, optou-se pela aplicação do instrumento pelos pesquisadores.

Este questionário é a versão abreviada do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial Saúde, WHOQOL-100, traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil⁽⁵⁾. Apresentando bom desempenho psicométrico e praticidade de uso e sua versão em português, apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste⁽⁶⁾.

O WHOQOL-bref contém 26 questões, ou aspectos de vida, que representam as facetas dos quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Duas questões, a de número 1 e 2 são relacionadas a qualidade de vida geral e as outras 24 correspondem as facetas que compõem os domínios. Cada questão recebe pontuações das respostas que variam de 1 a 5, compondo uma escala do tipo Likert, que segue uma avaliação⁽⁵⁾ própria proposta pela *World Health Organization*.

Para caracterização da amostra, os aspectos sociodemográficos (idade, estado civil e anos de estudo) e clínicos (índice de massa corpórea, pressão arterial sistólica e diastólica e tempo de conhecimento do diagnóstico de hipertensão) foram coletados por meio de entrevista estruturada.

A técnica considerada para verificação da pressão arterial foi escolhida de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. A pressão arterial foi medida três vezes consecutivas com intervalo mínimo de três minutos entre elas, sendo realizada a média das duas últimas medidas para obtenção da pressão arterial real⁽³⁾. Foi utilizado o aparelho automático digital da marca OMRON HEM-722C (OMRON Healthcare Inc., Kyoto, Japão), validado pelos protocolos da Association for the Advancement

of *Medical Instrumentation* e *British Hypertension Society* para pesquisas internacionais⁽⁶⁾.

Para a realização de análises, os valores da pressão arterial foram estratificados conforme os estágios de hipertensão arterial, seguindo as diretrizes brasileiras de hipertensão: controlados (pressão arterial <140/90 mmHg), hipertensão estágio 1 (pressão arterial sistólica entre 140-159 e pressão diastólica entre 90-99); estágio 2 (pressão arterial sistólica entre 160-179 e pressão arterial diastólica entre 100-109) e estágio 3 (pressão arterial sistólica >180 e pressão arterial diastólica >110)⁽³⁾.

A medida do peso na faixa ideal foi obtida pelo Índice de Massa Corporal, calculado a partir do peso e altura, considerando os pontos de cortes de 25kg/m² e 30kg/m² para sobrepeso e obesidade, respectivamente, segundo a Organização Mundial de Saúde, classificando os níveis do índice pelo risco de mortalidade associado⁽⁷⁾.

Para a análise estatística, os dados foram digitados na planilha Excel e, posteriormente, analisados utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* v10.0 para Windows, além de serem apresentados por meio de estatística descritiva. Para fins de análise dos domínios da qualidade de vida e de suas facetas, foi utilizada uma sintaxe proposta pela *World Health Organization* que considera as médias das respostas de cada questão que compõe o domínio, multiplicado por 4, resultando em uma escala de pontuações de 4 a 20. Os escores dos domínios e das facetas foram convertidos numa escala análoga de 0 a 100⁽⁸⁾.

Para o cálculo dos escores médios, as facetas foram divididas de acordo com os respectivos domínios WHOQOL-bref, onde escores mais altos nessa escala representam melhor qualidade de vida. Para calcular o domínio físico, somou-se os valores das facetas e dividiu-se por 7, para o domínio psicológico, foi somado os valores das facetas e dividiu-se por 6, para o domínio relações sociais, somou-se os valores das facetas e dividiu-se por 3 e para o domínio meio ambiente somou-se os valores das facetas e dividiu-se por 8⁽⁶⁾.

Os domínios são pontuados de forma independente considerando a premissa de que a qualidade de vida é um constructo multidimensional, dessa forma o escore pode variar de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor melhor a qualidade de vida. Assim, considerou-se o escore 1 até 2,9 como necessita melhorar, 3 até 3,9 como regular e 4 até 4,9 como boa qualidade de vida e 5 como muito boa⁽⁴⁾.

Os dados utilizados foram extraídos do banco de dados do relatório do Pós-doutorado intitulado: “Qualidade de vida relacionada à saúde entre hipertensos atendidos em Unidades de Estratégia da Saúde da Família no município de Recife-PE”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco e pela Secretaria Municipal de Saúde do referido município, sob protocolo nº 33458.

Resultados

Das 60 idosas hipertensas, a faixa etária variou entre 60 a 78 anos. Em relação ao estado civil 35,0% eram viúvas e, igual razão, de viúvas e divorciadas. A maior proporção (43,3%) tinha de cinco a nove anos de estudos (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das 60 idosas hipertensas

Características	n (%)	IC*(95%)
Faixa etária (anos)		
60-64	21 (35,0)	22,93;47,06
65-69	20 (33,3)	21,37;45,22
≥ 70	19 (31,6)	19,84;43,36
Estado civil		
Casada/união estável	21 (35,0)	22,93;47,06
Viúva/divorciada	21 (35,0)	22,93;47,06
Solteira	18 (30,0)	18,40;41,59
Anos de estudos		
0 - 4	17 (28,3)	16,90;39,70
5 - 9	26 (43,3)	30,76;55,83
≥ 10	17 (28,3)	16,90;39,70

*Intervalo de Confiança para proporção

O índice de massa corporal foi classificado em 3 níveis: normal, sobrepeso e obesidade. O maior percentual observado foi de idosas com índice de massa corporal normal (43,3%), porém 56,7% apresentaram sobrepeso ou obesidade. O índice de massa corpórea, entre outras variáveis, estão expressos na tabela 2.

Tabela 2 - Perfil de saúde das 60 idosas hipertensas

Características	n (%)	Média
Idade em anos	-	61,43
Peso em quilos	-	70,84
Índice de massa corporal (peso/alt ²)		
Normal	26(43,3)	-
Sobrepeso	20 (33,3)	-
Obesidade	14 (23,4)	-
Anos do conhecimento e diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica	-	9,74
Anos de conhecimento/ diagnóstico		
< 1	1 (1,6)	-
1 - 5	15 (25,0)	-
6 - 10	13 (21,7)	-
> 10	31 (51,7)	-
Média de pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica em mmHg		1ª medida 2ª medida
Pressão arterial sistólica	-	137,00 139,47
Pressão arterial diastólica	-	82,11 81,58

Concernente à autoavaliação da qualidade de vida, o escore foi de 73,31, revelando uma satisfação regular em relação a ela. Os escores dos domínios foram: físico (67,37), psicológico (67,87), relações sociais (68,08) e ambiente (60,70). A seguir, a análise descritiva obtida de cada domínio do WHOQOL-bref.

No tocante ao domínio físico, os aspectos de vida com escores mais baixos foram a dor e desconforto (26,27) e dependência de medicação ou de tratamentos (42,80), representando as facetas com maior comprometimento. Em contrapartida, os aspectos com menor comprometimento foram energia e fadiga (66,53), sono e repouso (59,75), mobilidade (75,00), atividades da vida cotidiana

(72,03) e capacidade de trabalho (67,37).

Já em relação ao domínio psicológico, o aspecto de vida com menor escore foi sentimentos negativos (21,19), representando a faceta com maior comprometimento. Os aspectos de menor comprometimento foram pensar, aprender, memória e concentração (69,92), autoestima (62,71), imagem corporal e aparência (61,86) e espiritualidade/religião/crenças pessoais (73,31).

No tocante ao domínio relações pessoais, os escores dos aspectos de vida representaram menor comprometimento: relações pessoais (73,31), suporte (apoio) social (69,92) e atividade sexual (61,02).

Já em relação ao domínio ambiental, as escores que representaram maior comprometimento foram cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (47,88) e participação em, e oportunidades de recreação/lazer (44,92). Em contrapartida, os que apresentaram menor comprometimento foram segurança física e proteção (70,34), ambiente no lar (68,22), recursos financeiros (51,69), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (70,34), ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima (69,49) e transporte (62,71).

Conforme os valores obtidos pelos domínios, o domínio Psicológico obteve a menor média (2,7138). Os demais apresentaram maiores médias: domínio físico (3,2857), domínio ambiental (3,3708), domínio relações sociais (3,6565). O escore global foi de 3,4562, mostrando uma qualidade de vida regular pelas idosas do estudo (tabela 3).

Tabela 3 - Média e desvio padrão da amostra nos domínios avaliados e qualidade de vida global

Domínio	Média (Desvio Padrão)*
Global	3,4562 (1,84)
Físico	3,2857 (2,77)
Psicológico	2,7138 (1,74)
Ambiental	3,3708 (1,95)
Social	3,6565 (2,42)

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de idosas hipertensas na Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, os resultados permitem afirmar que a população estudada apresentou uma satisfação regular da qualidade de vida.

A predominância da baixa escolaridade da amostra, demonstrando que 43,3% apresentavam apenas o ensino fundamental incompleto, e a média de idade de 61,43 anos são dados corroborados com os achados de um estudo semelhante com idosas hipertensas, onde a escolaridade também se revelou por meio do ensino fundamental incompleto, porém a média de idade foi maior, estando em torno dos 77 anos de idade⁽⁹⁾. Em relação ao estado conjugal, 65,0% eram idosas solteiras, viúvas ou divorciadas.

Conforme proposto pelo Ministério da Saúde, os fatores sociodemográficos como idade, sexo, estado conjugal e escolaridade podem interferir na qualidade de vida do indivíduo idoso⁽¹⁰⁾. Alguns estudos têm encontrado resultados contraditórios na avaliação da relação entre qualidade de vida e idade. Um estudo de prevalência realizado em 2014 demonstrou que indivíduos mais jovens tiveram uma melhor qualidade de vida⁽¹¹⁾, entretanto em pesquisa realizada em 2015, observou-se um melhor resultado em pessoas idosas⁽⁹⁾.

O aumento na prevalência da hipertensão ocorre em conjunto com o aumento do sobrepeso e obesidade na população. Estudos sugerem que a obesidade é a maior causa de hipertensão, demonstrando que aproximadamente 78% dos casos de hipertensão em homens e 65% em mulheres são atribuídos a obesidade, o que contribui para uma pior percepção de qualidade de vida nesses indivíduos⁽¹²⁻¹³⁾.

Observa-se também, a prevalência do percentual de 10 ou mais anos de conhecimento do diagnóstico de hipertensão (51,7%), seguido de 6 a 10 anos (21,7%), corroborando com os achados de um estudo realizado em 2012⁽¹⁴⁾. Em uma pesquisa

realizada em 2012, observou-se que, em mulheres, quanto maior era o tempo de conhecimento do diagnóstico de hipertensão, menor era a qualidade de vida medida pelo WHOQOL, especialmente no seu escore total e no domínio físico⁽¹⁵⁾. Já em outro estudo, realizado em 2014, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre tempo de diagnóstico da hipertensão e a qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Quanto ao controle da pressão arterial (<140/90mmHg), a média da primeira e segunda medida da pressão arterial sistólica e diastólica estiveram adequadas, apresentando índices controlados. A Organização Mundial da Saúde relata em documento para hipertensão que três quartos dos pacientes com a doença não atingem um ótimo controle da sua pressão arterial^(10,16). No Brasil, os estudos de prevalência relatam que 13,0% de pacientes com hipertensão arterial sob terapia anti-hipertensiva apresentam pressão arterial não controlada⁽¹²⁾.

Avaliando a qualidade de vida das idosas por meio do instrumento WHOQOL-bref e considerando que o escore 1 até 2,9 indica a qualidade de vida como necessita melhorar, 3 até 3,9 como regular, 4 até 4,9 como boa e 5 como muito boa, temos que, dentre todos os domínios, o Domínio Psicológico apresentou a menor média (2,7138), classificando-se como uma qualidade de vida que necessita melhorar.

Os demais domínios (global, físico, ambiental e social) classificaram-se na pontuação entre 3 e 3,9, demonstrando uma qualidade de vida regular. Os referidos resultados corroboram com os achados de um estudo que avaliou a qualidade de vida em idosas e observou que nos domínios físico, ambiental, psicológico e global as idosas apresentaram uma qualidade de vida regular; e ainda que o domínio social demonstrou uma qualidade de vida boa⁽⁹⁾.

No domínio físico, 26,2% das idosas estudadas apresentaram qualidade de vida prejudicada em relação ao item dor e desconforto, bem como 42,8% referiram que a dependência de medicamentos anti-hipertensivos e o tratamento a longo prazo repercutem na qualidade de vida.

A análise realizada quanto ao domínio psicológico refere que 21,2% das entrevistadas apresentaram sentimentos negativos em relação a sua vida, porém o domínio relações sociais, analisado pelo instrumento em tela, não apresentou alteração na qualidade de vida.

Em relação aos domínios meio ambiente e domínio geral, considerando o ambiente no qual estão inseridos e o grau de satisfação, foram observadas a falta de cuidados de saúde em 47,8% e recreação e lazer em 44,9%.

Outros estudos que avaliaram a qualidade de vida observaram que indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes mellitus demonstram uma qualidade de vida satisfatória. Ainda nesses estudos, algumas facetas avaliadas apresentaram resultados menos favoráveis, porém não comprometendo a qualidade de vida, como atividade sexual, dor e desconforto, sentimentos negativos, e recreação e lazer^(17,9).

Quando avaliada a proporção dos domínios de qualidade de vida, podemos observar que todos os domínios obtiveram bons resultados, com destaque para o domínio das relações sociais, corroborando com os achados de outro estudo que também demonstrou bons resultados ao avaliar qualidade de vida, destacando o mesmo domínio⁽¹⁷⁾.

Para avaliar o domínio global da qualidade de vida, foram utilizadas as seguintes perguntas: “como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “quão satisfeito você está com a sua saúde?”. As respostas demonstraram um grau de satisfação de 65,9%.

Um estudo realizado em Botucatu, SP, encontrou resultados semelhantes, demonstrando que os idosos consideraram a saúde como elemento mais importante para qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade⁽¹¹⁾. Nesse caso, houve associação entre a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outros, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar.

Estudos mostram a importância da existência

de programas de saúde voltados aos idosos, sendo necessário conhecer as particularidades dos mesmos, e principalmente as razões que dificultam ou os impedem de realizar atividades que poderiam beneficiá-lo, sendo esta uma das formas de promover a saúde e a qualidade de vida global⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, propõe-se envolver uma maior interação entre as idosas e as equipes de saúde, agregando a educação em saúde, pois a prática educativa vem se destacando cada vez mais como estratégia para promoção da saúde, motivando os indivíduos com objetivo de efetivarem atividades que lhe tragam melhor condição de vida e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida no envelhecimento⁽¹⁸⁾.

É necessário enfatizar que, como limitação do estudo, têm-se que os resultados obtidos neste trabalho possuem um diferencial por se tratar de pacientes que pertencem às unidades adstritas DII e DIII, onde possivelmente se encontram mais assistidas clinicamente, o que pode ter concorrido, por exemplo, para uma maior frequência de pacientes com a pressão arterial controlada e um bom nível da qualidade de vida global.

Conclusão

O perfil sociodemográfico das idosas hipertensas atendidas na Estratégia de Saúde da Família evidenciou aspectos como baixa escolaridade, média de idade de 61,43 anos e em situação conjugal de solteiras e viúvas/divorciadas. Constatou-se também um elevado índice de sobrepeso e obesidade, tempo de conhecimento do diagnóstico da hipertensão maior de 10 anos entre a maioria das idosas, e média de pressão arterial sistólica e diastólica controlada para as duas medidas realizadas.

A avaliação qualidade de vida das idosas através do WHOQOL-bref demonstrou uma qualidade de vida satisfatória em relação à maioria

dos domínios, com menor desempenho no domínio psicológico. Em contrapartida, os resultados obtidos por meio deste questionário permitiram revelar que há uma necessidade de melhorar a qualidade de vida relacionada aos aspectos de dor e desconforto, sentimentos negativos, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, participação em, e oportunidades de recreação/lazer e avaliação geral sobre sua saúde.

Contudo, a questão que abordava a autoavaliação da qualidade de vida das idosas revelou um bom resultado, podendo demonstrar que elas consideraram a saúde como elemento importante para uma boa percepção da qualidade de vida, apesar das condições e dos impactos impostos pela hipertensão arterial.

Conhecer a qualidade de vida de idosas hipertensas propicia promoção de condições favoráveis para a construção de estratégias pelo enfermeiro para prevenir agravos e promover saúde, com foco em esclarecer dúvidas, transmitir informações e conhecimentos a fim de proporcionar maior autonomia ao grupo mediante ações interligadas, colaborando assim, para uma melhora da qualidade de vida dessa população.

Colaborações

Vitorino GFA, Araújo HVS e Figueirêdo TR contribuíram na realização da revisão de literatura e redação do artigo. Oliveira MI e Belo RMO contribuíram com a revisão crítica do artigo e com a análise dos dados. Bezerra SMMS contribuiu com a redação final do artigo e percepção crítica.

Referências

1. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013; 16(3):481-93.

2. Salomão CB, Santos LC, Ferreira LD, Lopes ACS. Fatores associados a hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(1):32-8.
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. Fleck MPA. The world health organization instrument quality of the life (WHOQOL-100): Characteristics and perspectives. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):33-8.
5. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de Qualidade de Vida "WHOQOL-Bref". *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.
6. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e Validade corrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(3):357-64.
7. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1995 [cited 2014 Oct 16]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf?ua=1.
8. Pedrosa B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *R Bras Qual Vida.* 2009; 1(1):23-32.
9. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C, Mendes TA, Neves AS, Hey AP. Quality of life of an institution hypertensive older women long stay. *Rev Rene.* 2015; 16(2):218-25.
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. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2014; 9(32):273-8.
12. Rêgo ARON, Gomes A, Dantas EHM. Respostas da qualidade de vida de idosas hipertensas após programa de exercício físico supervisionado. *Inter Science Place.* 2011; 16(4):69-98.
13. Lopes ACS, Reyes ANL, César CC, Menezes MC, Santos LC. Excesso de peso entre mulheres: fatores associados. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(3):451-8.
14. Bastos-Barbosa FG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 99(1):636-41.
15. Medeiros NT, Moreira TMM. Avaliação de risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2012; 25(2 supl):76-82.
16. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
17. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(3):438-44.
18. Fonseca GGP, Parcianello MK, Dias, CFC, Zamberlan, C. Qualidade de vida na terceira idade: considerações da enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2013; 3(1):362-366.