

Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial

Quality of life of elderly patients with and without hypertension

Calidad de vida de los ancianos com y sin hipertensión arterial

Darlene Mara dos Santos Tavares^I, Nayara Paula Fernandes Martins^{II}, Flavia Aparecida Dias^{III}, Marina Aleixo Diniz^{IV}

RESUMO

O estudo objetivou descrever e comparar os escores de qualidade de vida (QV) de idosos com e sem hipertensão arterial (HA) segundo os domínios dos instrumentos WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD. Foram constituídos dois grupos: idosos que referiram HA (689) e idosos sem HA (689). A coleta ocorreu entre agosto e novembro/2008. Utilizaram-se análise descritiva e teste *t*-Student ($p < 0,05$). Predominou o sexo feminino, 60|-70 anos, casados, renda de um salário mínimo e 4|-7 comorbidades. Observou-se maior escore de QV nas relações sociais e funcionamento dos sentidos; e menores no físico e autonomia. O grupo de idosos sem HA apresentou maiores escores de QV para o meio ambiente, atividades passadas, presentes e futuras e participação social, comparados ao grupo com HA. Faz-se necessário adotar ações interligadas entre a equipe de saúde e a comunidade visando ações promocionais e educativas em saúde, que resultem em menor impacto na QV dos idosos.

Descritores: Qualidade de vida; Saúde do idoso; Hipertensão; Enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT

The study aimed to describe and compare the quality of life (QOL) scores of elderly without arterial hypertension (AH) based on WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. It was constituted two elderly groups: one with referred AH (689) and other with no referred AH (689). Data was collected from august to November, 2008 and descriptively analyzed and *t*-Student ($p < 0.05$). Women 60|-70 predominate, married, income of a minimum Brazilian salary and 4|-7 of comorbidities. It was observed higher QOL scores in social relationship and functioning of senses; and low in physical and autonomy. The group without AH had had higher QOL scores for environment, past activities, present and future and social participation if compared to the group of with AH elderly. It is necessary to adopt interrelated activities between the health professional team and the community aiming health promotion that results low impact on QOL of the elderly people.

Descriptors: Quality of life; Health of the elderly; Hypertension; Community health nursing.

RESUMEN

El estudio objetivo describir y comparar los scores de la calidad de vida (QV) de ancianos con y sin hipertensión arterial (HA) según los dominios del WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Se constituyeron dos grupos de ancianos: uno con HA referida (689) y otro sin HA referida (689). Los datos fueron recogidos entre agosto y noviembre de 2008, y analizados de forma descriptiva y teste *t*-Student ($p < 0,05$). Predominó mujeres, 60|-70 años, casadas, renda de uno salario mínimo brasileño y 4|-7 comorbidades. Se observó mayor score de QV en las relaciones sociales y funcionamiento de los sentidos; y menores en físico y autonomía. El grupo de ancianos sin AH presentó mayores escores de QV para el medio ambiente, actividades pasadas, presentes y futuras y participación social comparados al grupo con HA. Es necesario adoptar acciones interrelacionadas entre el equipo de salud y la comunidad con el objetivo de promocionales y educativas en salud que resulten en menor impacto en la QV de los ancianos.

Descritores: Calidad de vida; Salud del anciano; Hipertensión; Enfermería en salud comunitaria.

^I Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Associado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: darlenetavares@netsite.com.br.

^{II} Enfermeira. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: nayara.pfmartins@gmail.com.

^{III} Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: flaviadiaz_ura@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: mafmtm@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que decorre da interação dinâmica das taxas de mortalidade e fecundidade ao longo dos anos. A América Latina se destacará no contexto mundial visto que em 2025 concentrará 40% de pessoas com 60 anos ou mais. No Brasil, os idosos representam 10,2% da população brasileira enquanto o Estado de Minas Gerais (MG) possui 11,1% e o município de Uberaba-MG, 12,1%, local de realização da presente pesquisa⁽¹⁾.

Com o processo de envelhecimento humano ocorrem alterações fisiológicas e funcionais, peculiares à senescência. Contudo, os idosos podem ficar mais vulneráveis à ocorrência de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial (HA)⁽²⁾.

A HA é uma doença crônica de natureza multifatorial, caracterizada pelo aumento da pressão arterial, com níveis sistólico igual ou superior a 140 mmHg e/ou diastólico maior ou igual a 90mmHg. É considerada de alta prevalência na população idosa, acometendo aproximadamente 60% das pessoas, tornando-se fator determinante nas elevadas taxas de morbi-mortalidade⁽³⁾. Pesquisa conduzida no município de Uberaba evidenciou que 54,8% dos idosos autorreferiram o diagnóstico de HA⁽⁴⁾. Além da alta prevalência entre os idosos, a HA é considerada fator de risco para outras doenças, contribuindo em 40% das mortes por acidente vascular encefálico e em 25% daquelas por doença coronariana⁽³⁾.

Destaca-se que, os efeitos secundários dos medicamentos, bem como seu uso regular estão associados à menor aderência e ao abandono do tratamento, podendo interferir negativamente na qualidade de vida (QV) dos idosos⁽⁵⁾. Estudo de revisão bibliográfica observou que a maioria dos artigos apresentou menores escores de QV para pessoas com HA quando comparados aos que não apresentavam a doença, podendo estar relacionado às mudanças no estilo de vida, como hábitos alimentares e prática de exercícios físicos, assim como a presença desta doença que tem evolução crônica⁽⁶⁾. Outra investigação identificou que os idosos com HA apresentaram menores escores de QV, mensurados pelo instrumento de avaliação de qualidade de vida *Short-Form Health Survey* (SF-36), comparados àqueles considerados normotensos⁽⁷⁾.

Neste estudo será adotado o conceito de QV proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber: "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"⁽⁸⁾. Neste conceito estão implícitos aspectos tidos como relevantes para a definição de QV como a subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade⁽⁸⁾.

Observa-se, na literatura científica, escassez de pesquisas que retratem a QV de idosos com e sem HA por meio de instrumento delineado especificamente para esta faixa etária. Diante disso, surge a seguinte questão: idosos com HA apresentam menor QV do que os sem HA? Em quais aspectos?

Nesta perspectiva, esta investigação pretende ampliar o conhecimento desta temática favorecendo a proposição de ações nos serviços de saúde, que visem promover melhoria da atenção e da QV desta população, no âmbito da saúde coletiva.

A partir disto, o estudo objetiva descrever e comparar os escores de QV de idosos com e sem HA segundo os domínios dos instrumentos WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD, pareados segundo sexo, faixa etária e número de morbidades.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa faz parte de um estudo maior, de base populacional, tipo inquérito domiciliar e transversal, que avaliou a QV de 2.142 idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG.

Para a definição desta população realizou-se o cálculo de amostragem estratificada proporcional. Tal cálculo considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $p = 0,5$ para as proporções de interesse.

Para a condução da presente investigação utilizou-se os critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; ter pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva; morar na zona urbana, autorreferir HA e concordar em participar do estudo. Atenderam aos critérios estabelecidos 689 idosos. Desta forma, foram constituídos dois grupos: idosos que referiram hipertensão arterial ($n = 689$) e idosos que não relataram esta doença ($n = 689$). Os grupos foram pareados segundo sexo, faixa etária e número de morbidades. O pareamento foi realizado de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

As variáveis estudadas foram: sexo (masculino e feminino); faixa etária (60-70, 70-80, 80 e mais); estado conjugal (solteiro, viúvo, separado/desquitado/divorciado, casado ou mora com companheiro); escolaridade, em anos (sem escolaridade;

1-4; 4-7; 8; 9-11 e 11 ou mais); renda individual mensal, em salários mínimos (sem renda; < 1; 1-3; 3-5; 5 ou mais); número de comorbidades (1-4; 4-7; 7-10 e 10 e mais); e a QV foi mensurada pelo WHOQOL-BREF e pelo WHOQOL-OLD⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O módulo WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL 100, constando 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais (24) representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Deste modo, as 24 questões se distribuem por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual), e; meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte)⁽⁹⁾.

O módulo WHOQOL-OLD tem 24 itens da escala Likert atribuídos em um escore total e seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o impacto da perda das habilidades sensoriais); autonomia (descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (retrata a satisfação sobre as conquistas e esperanças futuras); participação social (em atividades cotidianas, especialmente na comunidade); morte e morrer (preocupações, inquietações e temores), e; intimidade (avalia a capacidade para as relações pessoais e íntimas). Cada faceta possui quatro itens, podendo variar de quatro a 20, sendo convertidos em escala de zero a 100, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados foi realizada no domicílio, no período de agosto a novembro de 2008, por meio de entrevista em razão da possibilidade de dificuldades relacionadas à leitura, à visão e ao analfabetismo. As perguntas relacionadas à QV foram respondidas baseando-se nas duas últimas semanas.

Foi construída planilha eletrônica no programa Excel® e os dados coletados foram digitados, por duas pessoas, em dupla entrada. A seguir verificou-se a

consistência entre os campos retornando-se à entrevista original, quando necessário, para correção.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências simples. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente e consolidados no *software* SPSS versão 17.0, com as respectivas sintaxes. Para comparar a QV entre os grupos utilizou-se o teste *t*-Student. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Protocolo nº 697/2007. Os idosos foram contatados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1:

Tabela 1: Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de 1378 idosos sem e com HA. Uberaba, MG, 2010.

Variáveis	Sem HA		Com HA		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Estado conjugal	Solteiro	36	5,2	37	5,4	73	5,3
	Viúvo	234	34,0	264	38,3	498	36,1
	Separado/Desquitado	76	11,0	47	6,8	123	8,9
	Casado/mora companheiro	342	49,6	341	49,5	683	49,6
Escolaridade (anos de estudo)	Sem escolaridade	118	17,1	150	21,8	268	19,4
	1-4	199	28,9	223	32,4	422	30,6
	4-8	246	35,7	215	31,2	461	33,5
	8	31	4,5	29	4,2	60	4,4
	9-11	16	2,3	20	2,9	36	2,6
	11 e mais	69	10,0	50	7,3	119	8,6
Renda (salários mínimos)	Sem renda	73	10,6	68	9,9	141	10,2
	< 1	03	0,4	15	2,2	18	1,3
	1	364	52,8	362	52,5	726	52,7
	1-3	202	29,3	199	28,9	401	29,1
	3-5	26	3,8	26	3,8	52	3,8
	> 5	14	2,0	17	2,5	31	2,2

A maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino (61,0%). Este dado também foi observado em outros estudos de idosos com HA^(4,11). Porém, na literatura científica não há diferença na prevalência desta doença entre os sexos⁽³⁾. O maior percentual entre as mulheres pode estar relacionado à maior tendência para o autocuidado e a procura pelos serviços de saúde entre esta população⁽¹¹⁾. Nesse sentido, sugere-se que os serviços de saúde desenvolvam ações que busquem captar os idosos do sexo masculino incentivando-os ao cuidado com a sua saúde.

Observou-se maior porcentagem de idosos na faixa etária de 60-70 anos (49,9%) seguido por 70-80 anos (36,3%). Pesquisas conduzidas entre idosos com HA observaram percentuais superiores para a faixa etária de 60-70 anos (59,5%)⁽¹²⁾, (52,1%)⁽⁴⁾ e inferiores para 70-80 anos (32,2%)⁽¹²⁾, (34,6%)⁽⁴⁾.

Quanto ao estado conjugal, houve prevalência de idosos casados ou que moram com companheiro para os sem HA (49,6%) e com HA (49,5%) - Tabela 1. Este dado é semelhante a investigação conduzida entre idosos com HA (47,0%) e sem HA (49,8%)⁽¹²⁾. Os enfermeiros podem estimular a participação do companheiro no apoio ao cuidado do idoso, favorecendo assim a adesão ao tratamento da HA e obtendo maior controle da doença.

Destaca-se que 34% dos idosos sem HA e 38,3% com esta doença eram viúvos, Tabela 1. Neste contexto, há de se verificar o arranjo de moradia deste idoso, visando possível apoio familiar para o cuidado com a sua saúde. O enfermeiro pode identificar na comunidade, os

espaços de apoio social que poderão dar suporte na atenção ao idoso. Pode, ainda, em ambas as situações, estimular o autocuidado do idoso por meio de atividades educativas em saúde, desenvolvidas em grupo ou individualmente, nas consultas de enfermagem ou visitas domiciliares.

Referente à escolaridade, o maior percentual de idosos sem HA (35,7%) possui de 4-8 anos de estudo, diferente daqueles com HA (32,4%) que referiram de 1-4 anos de estudo, Tabela 1. Estes dados corroboram com outros estudos em que os idosos com HA têm menos de quatro anos de estudo^(4,13). Ressalta-se que 21,8% dos idosos com HA não tinham escolaridade, Tabela 1. Percentual semelhante foi obtido em estudo realizado entre idosos com HA, no qual 23,6% eram analfabetos⁽⁴⁾. Neste contexto, os profissionais de saúde devem identificar se as possíveis dificuldades relacionadas ao tratamento da HA guardam relação com a compreensão e aprendizagem sobre as orientações recebidas. Desta forma, devem reforçá-las em atividades que valorizem a memória visual e a participação do idoso.

No que tange à renda, 52,8% dos idosos sem HA e 52,5% com HA referiram receber um salário mínimo individual mensal, Tabela 1. Este dado é semelhante a outros inquéritos (56,0%)⁽¹¹⁾ e (53,8%)⁽⁴⁾ que evidenciaram maior porcentagem de idosos com HA recebendo um salário mínimo. Verificou-se que 9,9% dos idosos com HA não possuíam renda, Tabela 1. As pessoas com inserção socioeconômica desfavorável estão

mais propensas ao aumento da pressão arterial, proveniente do estresse e dificuldades econômicas⁽³⁾. O enfermeiro, juntamente com os idosos e familiares, deve discutir estratégias que possibilitem o tratamento da HA de acordo com suas possibilidades financeiras.

Quanto ao número de comorbidades, maior percentual dos idosos (41,8%) apresentou 4-7 doenças associadas seguido por 7-10 (25,0%) e 1-4 (23,9%). A HA, por ser um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares, predispõe outras morbidades, além de custos medicamentosos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades⁽³⁾.

Referente à autoavaliação da QV, a maioria dos idosos com HA (61,2%) e sem HA (70,4%) considerou

como boa. O maior percentual obtido pelos idosos sem HA evidencia que estes apresentam maior autoavaliação positiva da QV que aqueles com HA. Estudo acerca da QV em indivíduos com HA identificou que o fato de ter uma doença crônica implica negativamente na sua avaliação geral da QV⁽⁷⁾.

Concernente à autoavaliação da satisfação com a saúde, 70,8% dos idosos sem HA e 64,2% dos que possuem HA, encontram-se satisfeitos. Pesquisa identificou que a auto avaliação da saúde foi considerada negativa por 32,2% dos idosos com HA⁽¹²⁾, diferente do encontrado nesta pesquisa. Embora este aspecto não tenha sido investigado, este fato pode estar relacionado à ausência de sintomas da doença tornando-a imperceptível ao idoso.

Na Tabela 2, encontram-se os escores de qualidade de vida dos idosos sem e com HA.

Tabela 2: Distribuição dos escores de QV dos 1378 idosos sem e com HA, segundo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Uberaba, MG, 2010.

Escore de QV	Sem HA	Com HA	p*
	Média ± DP	Média ± DP	
Domínios			
Físico	61,28 ± 16,52	60,70 ± 15,78	0,504
Psicológico	67,28 ± 11,98	66,84 ± 12,60	0,506
Relações sociais	69,92 ± 11,27	68,72 ± 12,21	0,059
Meio ambiente	63,24 ± 12,26	61,68 ± 12,05	0,017*
Facetas			
Funcionamento dos sentidos	80,75 ± 19,60	78,88 ± 19,82	0,078
Autonomia	61,31 ± 12,79	60,30 ± 13,48	0,156
Atividades passadas, presentes e futuras	66,60 ± 12,20	64,59 ± 14,10	0,005*
Participação social	65,61 ± 14,98	63,50 ± 15,18	0,010*
Morte e morrer	75,73 ± 24,22	75,52 ± 24,27	0,883
Intimidade	68,51 ± 16,69	67,79 ± 16,97	0,424

*Teste t-Student - p < 0,05 considerado significativo.

A QV, mensurada pelo WHOQOL-BREF, evidenciou maior escore no domínio relações sociais em ambos os grupos, Tabela 2. O maior escore de QV neste domínio é semelhante ao encontrado em inquérito acerca do impacto da doença crônica na QV de idosos, o qual identificou maior escore para os aspectos sociais entre aqueles com morbidades⁽¹⁴⁾. O impacto relativamente baixo da HA no domínio relações sociais pode ser explicado pela adaptação às condições da doença e/ou adoção de comportamentos para o novo estilo de vida⁽¹⁴⁾. Por outro lado, no presente estudo, observa-se que o maior percentual de idosos com HA eram casados/moravam com companheiro e, apesar de ter um número expressivo de idosos viúvos, o maior escore de

QV no domínio relações sociais evidencia relações pessoais e suporte social satisfatório.

O menor escore de QV foi obtido no domínio físico, para os dois grupos, Tabela 2. Tal fato pode estar relacionado ao número de comorbidades entre os idosos desta pesquisa, que impactariam no cotidiano gerando dor ou desconforto e diminuindo sua capacidade de trabalho, aspectos mensurados neste domínio⁽⁹⁾. Além disso, as comorbidades podem levar à necessidade do uso de medicações e de maior acesso aos serviços de saúde, dificultados pela baixa renda entre os idosos deste estudo, o que os coloca dependentes dos serviços públicos de saúde.

Nesse contexto, faz-se necessário refletir sobre as relações entre profissionais de saúde e idosos usuários de medicamentos. Pesquisa realizada evidenciou que estas se estabelecem alicerçadas na interação social que deve ser compreendida para melhorar o entendimento do processo saúde-doença, os cuidados à saúde do idoso e garantir o uso correto e seguro dos medicamentos⁽¹⁵⁾.

Evidencia-se, portanto a necessidade de otimização da atenção ao idoso com HA favorecendo a acessibilidade aos serviços públicos de saúde de acordo com as necessidades desta população. Por sua vez, o idoso pode ser incentivado à realização de atividade física, de acordo com a sua potencialidade. O enfermeiro pode suscitar a discussão com a equipe de saúde sobre a reorganização da atenção ao idoso com HA, norteada pela estratificação de risco.

A comparação entre os grupos evidenciou que os idosos com HA apresentaram menor escore de QV no domínio meio ambiente quando comparados àqueles sem HA ($t = 2,386$; $p = 0,017$), Tabela 2. Pesquisa realizada com idosos com doenças crônicas observou menor escore para o referido domínio entre aqueles com morbidade crônica⁽¹⁶⁾. Este resultado denota a necessidade de identificar que fatores relacionados ao ambiente do lar estão gerando insegurança aos idosos com HA. Quanto aos aspectos relacionados aos serviços de saúde faz-se necessário ampliar a disponibilidade e a qualidade do atendimento, bem como, oportunizar ações educativas e promocionais de saúde em consonância com as potencialidades e necessidades do idoso com HA.

Embora nos demais domínios não tenham sido observadas diferenças significativas, os idosos com HA apresentaram menores escores de QV em todos os domínios em comparação àqueles sem HA. Este fato pode estar relacionado à cronicidade da HA que acarreta agravos à saúde, podendo ocasionar maior impacto na QV devido ao advento de sentimentos negativos, dependência de medicação e tratamento contínuo mensurados nestes domínios⁽⁹⁾.

Destaca-se que a evolução assintomática da HA pode não ter grande impacto na QV a curto prazo⁽¹⁴⁾. Pesquisa realizada com idosos com HA observou que a doença não traz grandes transtornos para suas vidas⁽¹²⁾. Tal fato pode gerar uma falsa crença de que não é necessário o acompanhamento e controle periódico da HA. Cabe ao enfermeiro instituir, em especial, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, as atividades educativas em grupos, viabilizando as trocas de experiências entre os idosos, consubstanciadas pela sustentação teórica sobre a doença. Por outro lado, o

enfermeiro deve também realizar a consulta de enfermagem periódica ao idoso hipertenso visando o acompanhamento e monitoramento da sua condição de saúde. Este momento não deve ser utilizado somente para a dispensação de medicamentos, realidade observada em determinados serviços, e sim para que seja conduzida efetivamente a consulta de enfermagem de forma a contribuir para o controle da HA, postergação de novos agravos e a promoção da saúde.

A QV analisada pelo WHOQOL-OLD demonstrou que, em ambos os grupos, o maior escore foi na faceta funcionamento dos sentidos que avalia o impacto da perda das habilidades sensoriais⁽¹⁰⁾, Tabela 2. Resultado diferente foi encontrado em pesquisa com idosos participantes de um grupo de terceira idade, o qual identificou maior escore para o domínio participação social⁽¹⁷⁾. O maior escore de QV nesta faceta pode estar relacionado ao maior percentual de idosos na faixa etária de 60-70 anos. É possível que as alterações nas habilidades sensoriais sejam menos percebidas entre os idosos mais jovens em relação àqueles com idades mais avançadas, considerando que estas são cumulativas. Deste modo, o maior impacto entre aqueles com maior idade pode estar relacionado à diminuição do funcionamento dos sentidos ao longo dos anos.

O menor escore de QV foi para a faceta autonomia, Tabela 2. Pesquisa realizada sobre a auto avaliação da saúde verificou que os idosos a descreveram como a sua capacidade de decidir e responder às demandas sociais e não sobre a ausência ou presença de doença⁽¹⁸⁾. É mister que os familiares, os profissionais de saúde e a sociedade discutam e compreendam este conceito, bem como reflitam sobre a repercussão negativa na QV dos idosos, quando eles sentem-se desrespeitados na capacidade de decidir sobre sua vida. A equipe multiprofissional pode incentivar a autonomia destes idosos a partir de atividades individuais e coletivas, orientando familiares e cuidadores na valorização e respeito à sua tomada de decisão.

A comparação da QV identificou menor escore na faceta atividades passadas, presentes e futuras, para aqueles idosos com HA ao serem comparados aos sem HA ($t = 2,828$; $p = 0,005$), Tabela 2. Esta faceta avalia a satisfação dos idosos com as conquistas no decorrer da vida e as perspectivas futuras⁽¹⁰⁾. As expectativas das pessoas variam de acordo com o seu nível sócio-econômico-cultural, o acesso aos serviços de saúde, os anseios da família e da comunidade, o nível de dependência, custo e financiamento do tratamento, entre outros. Nesse sentido, os profissionais devem buscar

estabelecer uma interação com os idosos visando atender a esses anseios⁽¹⁵⁾.

Neste estudo não se identificou os fatores que estão associados à insatisfação com as conquistas na vida e à pouca perspectiva futura. Contudo, na realização do cuidado de enfermagem, é possível questionar o idoso sobre este aspecto visando identificar os fatores que estão interferindo na expectativa positiva em relação à vida futura. Propiciar a discussão e a reflexão desta questão com os idosos e, se possível, com os familiares, podem contribuir para reverter este quadro, repercutindo na melhoria da QV. Ademais, poderá contribuir para o autocuidado com o tratamento da HA, uma vez que se tem como objetivo novas conquistas na vida.

Os idosos com HA apresentaram menor escore de QV para a faceta participação social quando comparados aos sem HA ($t = 2,584$; $p = 0,01$), Tabela 2. A avaliação desta faceta está relacionada à participação do idoso em atividades cotidianas especialmente na comunidade⁽¹⁰⁾. A HA é uma doença, que, se não controlada, pode interferir na vida das pessoas com a presença de alguns sintomas como dores de cabeça, dispnéia, vômitos e visão turva⁽¹⁹⁾, dificultando assim a participação em algumas atividades.

Na presente investigação os idosos possuem várias comorbidades e o domínio físico é o que apresenta menor escore de QV, relacionando-se com a presença de dor e desconforto, alterações no sono, na mobilidade e dependência no uso de medicação e realização de tratamentos. Estes fatores podem estar dificultando a participação dos idosos nas atividades sociais. Inquérito conduzido entre idosos com HA evidenciou que a percepção da QV era determinada pela saúde; bom relacionamento com familiares e amigos, possibilidade de lazer e boas condições de moradia⁽²⁰⁾.

O conhecimento e a divulgação pelo enfermeiro, em seu espaço de atuação, sobre os recursos sociais que desenvolvem atividades direcionadas ao idoso contribuem para a inserção social. O incentivo à participação em atividades grupais de saúde, de recreação e de lazer, bem como a estruturação do serviço, de forma a garantir e facilitar o acesso, são fatores que favorecem a prevenção dos agravos da HA⁽³⁾ e a melhoria da QV dos idosos.

CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se que os maiores percentuais dos idosos com e sem HA são do sexo feminino; com faixa etária de 60-70 anos; casados ou moram com companheiro; renda individual mensal de um salário mínimo e possuem de 4-7 morbidades associadas. Aqueles sem HA possuem de 4-8 anos de estudo, diferente daqueles com HA, que possuem de 1-4 anos.

Referente à QV obteve-se maior escore no domínio social e na faceta funcionamento dos sentidos e menor para o físico e para a autonomia em ambos os grupos.

Por meio da comparação da QV identificou-se que os idosos com HA apresentam menores escores no domínio meio ambiente e nas facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social quando comparados àqueles sem HA.

Diante destes resultados, é necessário estabelecer parcerias entre os profissionais de saúde, idosos, familiares e organizações sociais visando o enfrentamento dos aspectos que interferem negativamente na QV dos idosos com HA, ou seja, a segurança no domicílio, a baixa renda, a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, a satisfação e a perspectiva com as conquistas na vida e a inserção social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2011 jun 30]. Cadernos de informação de saúde. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.
2. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [cited 2011 jun 30];17(2):241-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/04.pdf>
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1 Suppl 1):1-51.
4. Diniz MA, Tavares DMS, Rodrigues LR. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];8(4):607-14. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9689/539>.
5. Cavalcante MA, Bombig MTN, Luna Filho B, Carvalho ACC, Paola AAV, Póvoa R. Quality of Life of Hypertensive Patients Treated at an Outpatient Clinic. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2007 [cited 2011 jun 30];89(4):222-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n4/en_a06v89n4.pdf.

6. Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs SC. Qualidade de vida e hipertensão arterial. *Hipertensão*. 2008;11(4):138-42.
7. Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*. 2005;23(9):1667-76.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
9. Fleck MPA, Louzada S, 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 Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
10. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):785-91.
11. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Godbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):285-94.
12. Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):512-21.
13. Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSS, Silva NN, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, SC: Estudo de base domiciliar. *Rev. bras. epidemiol*. 2007;10(2):190-01.
14. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):314-21.
15. Lyra Júnior DP, Marques TC, Miasso AI, SHB Cassiani. Compreendendo os significados das interações entre profissionais de saúde e idosos usuários de medicamentos. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2008 [cited 2011 jun 30];10(3):591-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a05.htm>.
16. Nóbrega TCM, Jalu O, Machado NA, Paschoal SMP, Jacob Filho W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*. 2009;64(1):45-50.
17. Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade [dissertation]. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUCRS; 2008. 106p.
18. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchoa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):159-65.
19. Sociedade Brasileira de Hipertensão. São Paulo: Público em Geral [Internet]. 2010 [cited 2011 jun 30]. Sintomas. Available from: <http://www.sbh.org.br/geral/sintomas.asp>.
20. Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):526-34.

Artigo recebido em 11.08.2010.

Aprovado para publicação em 16.06.2011.

Artigo publicado em 30.06.2011.