

AVALIAÇÃO DE RISCO CORONARIANO, ADESÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Assessment of coronary risk, therapy adherence and quality of life of hypertenses elderly

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar o risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo e analítico, com amostra de 250 idosos hipertensos sem co-morbidades, de uma unidade de saúde de referência para atendimento especializado em Fortaleza- CE, Brasil. Utilizou-se formulário avaliativo da adesão ao tratamento da hipertensão, tabela de risco coronariano, proposta pela American Heart Association e o *WHOQOL-bref* para avaliação da qualidade de vida. **Resultados:** Observou-se que 234 (93,6%) idosos apresentaram não adesão e 16 (6,4%), adesão; 122 (48,8%) apresentaram risco coronariano moderado, 117 (46,8%) risco potencial e 11 (4,4%) sem risco. Sobre a qualidade de vida, sua média nos quatro domínios foi de 14,57. **Conclusão:** Os idosos hipertensos pesquisados apresentaram não adesão ao tratamento, presença de risco coronariano e média variável de qualidade de vida.

Descritores: Doença das Coronárias; Hipertensão; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: Evaluate coronary risk, adherence and life quality of elderly patients with hypertension. **Methods:** Quantitative and analytical assessment, with a sample of 250 elderly hypertensive patients without co-morbidities, from a health unit of reference for specialized care in Fortaleza – CE, Brazil. We used a questionnaire evaluation of adherence to treatment of hypertension, coronary risk table, proposed by the American Heart Association and the *WHOQOL-bref* to assess the quality of life. **Results:** We found that 234 (93.6%) subjects presented non-compliance and 16 (6.4%), adherence; 122 (48.8%) had moderate coronary risk, 117 (46.8%) had potential risk and 11 (4.4%) had no risk. About the life quality, its average in the four areas was 14.57. **Conclusion:** The elderly hypertensive patients studied showed non-adherence to treatment, presence of coronary risk and variable average of life quality.

Descriptors: Coronary Disease; Hypertension; Life Quality; Health of the Elderly.

Natasha Teixeira Medeiros⁽¹⁾
Thereza Maria Magalhães
Moreira⁽¹⁾

1) Universidade Estadual do Ceará - UECE
- Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 27/11/2010
Revisado em: 27/04/2011
Aceito em: 06/06/2011

INTRODUÇÃO

O envelhecimento no Brasil, acentuado a partir da década de 40, decorrente do aumento da expectativa de vida populacional e da diminuição das taxas de fertilidade, aliado ao controle das doenças infecciosas, tem gerado aumento das doenças crônicas⁽¹⁾.

Um estado de bem-estar na velhice não tem relação direta com a presença ou não de doenças, mas com a existência ou não do controle dessas. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas controladas e que expressa satisfação na vida é um idoso saudável, se comparado com outro com as mesmas doenças em descontrole⁽²⁾. Neste sentido, as doenças cardiovasculares se estabelecem como principal causa de mortalidade no Brasil, revelando dificuldades em seu controle, sobretudo em situações de assintomaticidade, como é o caso da hipertensão arterial⁽³⁾.

A hipertensão arterial (HA) é um excelente arquétipo para as ações da equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, sua prevenção e tratamento envolvem ensinamentos para o conhecimento da doença e suas complicações, implicando na necessidade de mudanças de estilo de vida⁽⁴⁾.

A adesão expressa a medida em que o comportamento do usuário coincide com a prescrição farmacológica e comportamental do profissional de saúde⁽⁵⁾. É uma medida de sua adaptação ao regime terapêutico, mensurada pela frequência às consultas, abandono ou não do tratamento e controle efetivo da pressão arterial⁽⁶⁾, além da adoção de estilo de vida saudável e do compromisso com sua saúde, atuando como sujeito do processo⁽⁷⁾.

Uma maneira de buscar a adesão é promover o acesso às informações sobre a gravidade da doença. Acredita-se que tal conhecimento, aliado ao monitoramento pressórico constante, dentre outras intervenções, melhorariam a adesão dos usuários, diminuindo seu risco cardiovascular e aumentando sua qualidade de vida⁽⁸⁾. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com HA.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e analítica, cuja coleta de dados transcorreu de julho a setembro de 2009 em uma unidade de saúde de referência para a realização de exames e consultas médicas especializadas de Fortaleza.

Compuseram a amostra 250 idosos, número calculado a partir da fórmula de cálculo de amostra para população infinita, adotada prevalência de hipertensão arterial (HA) de 20%. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter 60 ou mais anos de idade, diagnóstico clínico de HA, estar em uso de anti-hipertensivos e comparecer às consultas no

centro de especialidades médicas durante a coleta de dados. Foram critérios de exclusão amostral ter co-morbidades ou distúrbios de compreensão/comunicação.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário avaliativo da adesão ao tratamento da hipertensão⁽⁹⁾, tabela de risco coronariano proposta pela American Heart Association⁽¹⁰⁾ e o *WHOQOL-bref* para avaliação da qualidade de vida.

O primeiro investigou o consumo adequado de sal e gordura, o índice de massa corpórea (IMC), a abstinência do fumo e ausência de ingestão alcoólica, a prática regular de exercícios físicos, o enfrentamento eficaz do estresse, o uso adequado do medicamento, o comparecimento às consultas/ período em que são marcadas na unidade e o controle da pressão arterial (média das aferições mensuradas). Ao final, calculava-se um somatório de pontuação de zero a dez, classificando o usuário em ideal; com adesão; e com não adesão leve, moderada, grave e gravíssima.

O risco coronariano foi avaliado com aplicação da tabela de risco coronariano proposta pela American Heart Association⁽¹⁰⁾, que possui oito indicadores que servem para classificação do risco: fumo, idade, sexo, peso, atividade física, antecedente familiar, pressão arterial sistólica (média de três aferições), glicemia (glicosímetro TRUEread, com resultado de glicemia pós-prandial, categorizada conforme a Diretriz para o Gerenciamento da Glicose Pós-Prandial⁽¹¹⁾ e as Diretrizes SBD⁽¹²⁾ e colesterol total pós-prandial aferido pelo aparelho Accutrend Plus (mensurador de glicose, colesterol, triglicérido e lactato), categorizado segundo a III Diretriz de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose⁽¹³⁾. Ao final, os usuários foram classificados como sem risco coronariano (0-8 pontos), com risco coronariano potencial (9-16 pontos), com risco moderado (17-39 pontos) e com risco alto (40-59 pontos).

Para avaliação da Qualidade de Vida, utilizou-se o questionário *WHOQOL-bref*, da Organização Mundial de Saúde, traduzido e validado no Brasil⁽¹⁴⁾, que contém perguntas distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; formuladas em escala de intensidade, capacidade, frequência e avaliação, além das questões gerais referentes à percepção da qualidade de vida e à satisfação com a saúde. Os dados foram dispostos em médias por cada domínio avaliado.

Verificou-se a pressão arterial com aparelho anaeróide, previamente calibrado pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), seguindo-se os procedimentos preconizados pela *American Heart Association*⁽¹⁵⁾ e as cifras previstas nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽⁴⁾. O índice de massa corporal (IMC) foi classificado conforme o IMC do idoso^(16,17) e o peso e a altura dos participantes aferidos em balança antropométrica.

Utilizou-se o programa *Office Excel 2007* para digitação dos dados em planilhas, conferidos em dois momentos distintos. No processamento das informações, importaram-se as planilhas para o *software* SPSS v.15.0, visando o entrecruzamentos de variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme protocolo nº 09205205-3, tendo os participantes assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudo.

RESULTADOS

Dos 250 idosos hipertensos pesquisados, observa-se que 234 (93,6%) foram categorizados com não adesão e 16 (6,4%) como com adesão. Dentre os primeiros, 145 (58%) apresentaram não adesão leve, 75 (30%) não adesão moderada e 14 (5,6%) a não adesão grave.

Ressalta-se que 122 (48,8%) idosos apresentaram risco coronariano moderado (17-39 pontos), 117 (46,8%) com risco potencial (9-16 pontos) e 11 (4,4%) sem risco (0-8 pontos).

Quanto às médias de qualidade de vida, observou-se 14,15 para o domínio físico (Desvio padrão (DP): 3,09); 15,26 para o psicológico (DP: 2,92); 15,37 para relações sociais (DP: 3,00); e 13,52 para meio ambiente (DP: 2,52).

Em relação à categorização da adesão ao tratamento pelos idosos, conforme pressão arterial e risco coronariano, apresentada na figura 1, observa-se que aqueles com presença de adesão ao tratamento (16) apresentaram PA

ótima e normal (13 ótima e 3 normal; $p: 0,001$), com risco coronariano potencial (13) em sua maior frequência.

Entre os 234 que apresentaram não adesão ao tratamento, 68 (27,2%) tinham pressão arterial (PA) normal e 166 (66,4%) com alterações. Nesta mesma categoria de adesão, 104 (41,6%) tinham risco coronariano potencial e 121 (48,4%) risco moderado.

Constatou-se que os idosos que não apresentavam PA ótima ou normal apresentaram risco coronariano (166). Tal informação é estatisticamente significativa ($p: 0,001$).

Na Tabela I, vê-se que, entre os 16 idosos hipertensos que apresentaram adesão ao tratamento, a qualidade de vida esteve acima da média em 9-11 destes usuários (56%-68,7%, respectivamente), a depender do domínio. Entre aqueles com não adesão, 107-142 dos 234 (45,7%-60,6%, respectivamente) deste grupo apresentaram-se também acima da média de qualidade de vida do grupo como um todo. Isto denota que, mesmo os grupos tendo números de usuários diferentes, a qualidade de vida não se mostrou em proporções destoantes nos dois grupos, não sendo verificada associação estatística. Tal resultado pode decorrer desta variável ser coletada a partir do auto-relato dos idosos, demonstrando a dificuldade de quantificação de variáveis qualitativas.

A qualidade de vida (Tabela II) entre os 11 usuários sem risco coronariano do estudo esteve acima da média, 5-7 destes usuários (45,4%-63,6%, respectivamente), a depender do domínio. Entre os com risco, 110-148 dos 239 (46%-61,9%, respectivamente) deste grupo apresentaram-se também acima da média de qualidade de vida do grupo como um todo.

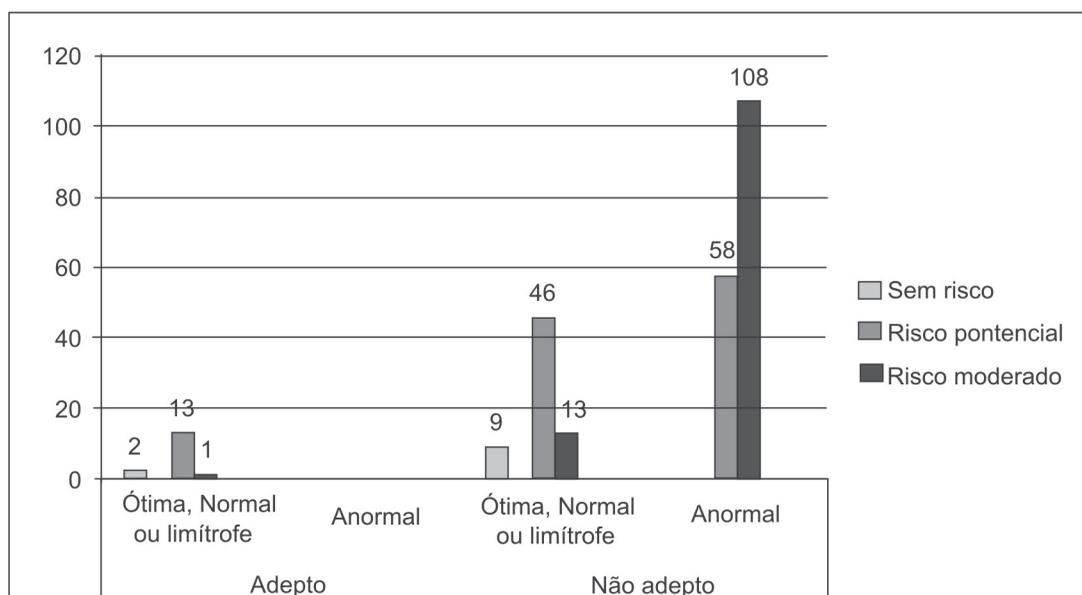


Figura 1 - Idosos segundo pressão arterial, risco coronariano e adesão terapêutica. Fortaleza-CE, 2009.

Tabela I - Idosos segundo adesão terapêutica anti-hipertensiva e média de qualidade de vida. Fortaleza-CE, 2009.

Qualidade de vida	Adesão		Não Adesão		Total	
	< m	> m	< m	> m	< m	> m
QV físico	< m	6	< m	104	< m	110
P: 0,61	> m	10	> m	130	> m	140
QV psicológico	< m	5	< m	92	< m	97
P: 0,60	> m	11	> m	142	> m	153
QV relações sociais	< m	6	< m	95	< m	101
P: 1,00	> m	10	> m	139	> m	149
QV meio ambiente	< m	7	< m	127	< m	134
P: 0,44	> m	9	> m	107	> m	116
QV geral	< m	5	< m	97	< m	102
P: 0,44	> m	11	> m	137	> m	148

M: média.

Tabela II - Idosos segundo risco coronariano e média de qualidade de vida. Fortaleza-CE, 2009.

Qualidade de vida	Sem risco		Com risco		Total	
	< m	> m	< m	> m	< m	> m
QV físico	< m	5	< m	105	< m	110
P: 1,00	> m	6	> m	134	> m	140
QV psicológico	< m	6	< m	91	< m	97
P: 0,34	> m	5	> m	148	> m	153
QV relações sociais	< m	5	< m	96	< m	101
P: 0,76	> m	6	> m	143	> m	149
QV meio ambiente	< m	5	< m	129	< m	134
P: 0,75	> m	6	> m	110	> m	116
QV geral	< m	4	< m	98	< m	102
P: 1,00	> m	7	> m	141	> m	148

Isto denota que, mesmo os grupos com e sem risco coronariano tendo números de usuários bem diferentes, a qualidade de vida não se mostrou em proporções destoantes nos dois grupos, não sendo verificada associação estatística. Assim como no Tabela I, tal resultado pode advir desta variável ser coletada a partir do auto-relato dos idosos, demonstrando a dificuldade de quantificação de variáveis qualitativas. Pode, ainda, ser decorrente da discrepância entre as variáveis analisadas em cada um dos instrumentos, pois, para avaliação do risco coronariano, verificava-se glicemia, colesterol, tabagismo, dentre outros; enquanto que na avaliação da qualidade de vida questionava-se o usuário sobre seu sono, contexto social, presença de dor, dentre outros.

DISCUSSÃO

Estima-se que até o ano de 2020 a população idosa no mundo dobrará e, no Brasil, concomitantemente, projeta-se que 11% da população terá 60 ou mais anos⁽¹⁸⁾.

Em relação aos aspectos de adesão à terapêutica de controle da HA sistêmica, ao risco coronariano e média de qualidade de vida avaliados no presente estudo, observa-se que os idosos foram categorizados como com não adesão, com risco coronariano moderado e média de qualidade de vida nos quatro domínios de 14,57. O contexto da hipertensão arterial é relacionado à adesão terapêutica, e esta com a qualidade de vida do usuário.

O Brasil tem elevado custo social com a hipertensão não controlada⁽¹⁹⁾. Cinco fatores podem estar envolvidos na

adesão ao tratamento: relacionados à doença, aos usuários, à terapêutica, socioeconômicos e aos sistemas de saúde. Por isso, a importância de critérios de avaliação que considerem aspectos destes diferentes contextos⁽²⁰⁾.

A baixa adesão é mais frequente no nível primário de atenção do que entre usuários de serviços especializados⁽³⁾, provavelmente devido ao menor número de complicações nestes usuários. A não adesão do usuário ao tratamento pode resultar de esquecimento ou confusão, particularmente quando há várias prescrições e diferentes intervalos entre as doses⁽²¹⁾.

Idosos têm dificuldade de aderir a mudanças no estilo de vida, pelas alterações próprias do envelhecimento, como reduzida sensibilidade para detectar o gosto salgado, dificuldade em preparar suas próprias refeições diante das complicações de mobilidade, déficit visual e de memória⁽²²⁾. A importância do apoio familiar na adesão à terapêutica anti-hipertensiva é inquestionavelmente forte. O acompanhamento familiar para o hipertenso é imprescindível, encorajando-o a aderir ao tratamento, principalmente nas modificações de estilo de vida⁽²³⁾.

Indicadores⁽¹⁹⁾ são propostos para medir o impacto social da não adesão ao tratamento da HA: aposentadoria precoce por invalidez; absenteísmo ao trabalho; custos com reabilitação; dependência total ou parcial para realização de auto-cuidados, locomoção ou execução de tarefas simples; gastos com assistência médica pós-incapacidade; isolamento social; afastamento do convívio social e lazer; licenças para tratamento; perda da qualidade de vida e de produtividade para o país; problemas familiares; redução do poder aquisitivo; re-internações; superposição de custos com outras doenças associadas à incapacidade, como depressão, infecções paralelas, desnutrição; anos produtivos de vida perdidos pela invalidez.

Os idosos até 70 anos apresentaram, em sua maioria, risco moderado para desenvolvimento de doenças coronarianas. Os homens se apresentaram na faixa de risco maior, se comparados às mulheres. Além disso, quanto maior o valor das pressões sistólicas, maior o risco de desenvolvimento de doenças coronarianas às quais o idoso está submetido⁽²⁴⁾.

Existe associação independente entre o aumento da pressão sistólica e o risco cardiovascular, porquanto a condição de hipertensão sistólica isolada é característica de hipertensos idosos⁽²⁵⁾.

A divulgação correta e clara da predição e prevenção dos fatores de risco modificáveis, complicações e consequências da HA, torna razoável supor que esta seria evitável em boa parte dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já instalada. Importante também dar a conhecer os benefícios do tratamento, considerando que a maioria dos hipertensos, com ou sem lesão em órgão-alvo,

ou não adere ao tratamento ou não tem acesso contínuo à medicação⁽¹⁸⁾. A hipertensão prejudica sensivelmente a qualidade de vida em termos de saúde física e mental, sendo importante preveni-la e tratá-la⁽²⁶⁾. Hipertensos representam uma população vulnerável. O risco individual da pessoa em pré-hipertensão deve ser estratificado por fatores de risco, lesões em órgãos-alvo, diabetes, doenças CV e renal⁽²⁷⁾.

A qualidade de vida resultante do processo de envelhecimento pode ser associada a aumento da susceptibilidade a doenças crônicas, deficiências e comorbidades⁽²⁸⁾. Neste contexto, o “envelhecimento bem-sucedido”⁽²⁹⁾, seria uma condição de bem-estar físico e social às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário. Tais iniciativas nacionais relacionadas ao bem-estar da população idosa precisam ser fortalecidas.

O conceito de “qualidade de vida na velhice” é multidimensional e existem diversas maneiras de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento. O declínio na QV do indivíduo idoso é um importante problema, considerando-se dependência e ônus familiar. A saúde física e mental, *status* social, manutenção das relações interpessoais, satisfação e controle cognitivo são importantes. Uma boa QV não é atributo somente do indivíduo biológico, psicológico e social, mas de sua interação com os outros e a sociedade, pelos papéis que ele desenvolve⁽²⁹⁾.

Ressalta-se que aspectos como satisfação na vida⁽³⁰⁾ e todo o contexto relacionado ao idoso têm início com a conservação da saúde.

O Brasil e o mundo precisam repensar a assistência aos idosos, ampliando a concepção de velhice para além do sofrimento e do adoecimento “característicos” desta faixa etária. As pessoas precisam se preparar para envelhecer saudavelmente e viver com qualidade de vida sua melhor idade.

CONCLUSÕES

Os idosos hipertensos pesquisados apresentaram não adesão ao tratamento, presença de risco coronariano e média variável de qualidade de vida.

Conclui-se, portanto, que o idoso hipertenso demanda ações e estratégias que otimizem sua qualidade de vida e diminuam seu risco coronariano, além de adequado acompanhamento e tratamento por parte da equipe multidisciplinar.

Fonte financiadora da pesquisa:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por meio de bolsa de Mestrado.

Artigo baseado na dissertação de mestrado intitulada: Avaliação da saúde cardiovascular e de qualidade de vida em idosos de Fortaleza – Ceará. Universidade Estadual do Ceará, 2010, 88 f.

REFERÊNCIAS

- Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(1):39-54.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-8.
- Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2979-84.
- Diretrizes Brasileiras DE Hipertensão Arterial, 5. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(4):260-312.
- Ungari AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de usuários hipertensos nos núcleos da família do município de Ribeirão preto, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo; 2007.
- Figueiredo JS. Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.
- Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto-Enferm*. 2005; 14(3):333-40.
- Magnabosco P. Qualidade de vida associada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
- Moreira TMM. Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC. Teste de risco coronariano [acesso em 2010 Jan 21]. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/testes/riscocoronariano/>
- International Diabetes Federation – IDF. Diretriz para o gerenciamento da glicose pós-prandial (DBD) [acesso em 2010 Jan 21]. Belgium; 2007. Disponível em: <http://www.idf.org>
- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2007: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007.
- Diretriz de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose 3. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77(Supl 3). Disponível em: http://www.manuaisdecardiologia.med.br/Dislipidemia/Lipid1_Lipid11.htm
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL - bref”. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
- Perloff D, Grim C, Flack J, Frohlich ED, Hill M, McDonalDM, Morgenstern BZ. Human blood pressure determination by sphygmomanometry circulation. *J American Heart Association*. 1993; 88(5):2460-70.
- Organização Pan-Americana (OPAS). XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta Multicêntrica. Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe. Informe preliminar. Disponível em <URL: <http://www.opas.org/program/sabe.htm>> (mar. 2009)
- Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial [acesso em 2009 Mar 9]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe>
- Instituto Brasileiro de Geografia E Estatísticas - IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
- Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(1):39-46.
- Machado CA. Adesão ao tratamento – tema cada vez mais atual. *Rev. Bras. Hipertens*. 2008; 15(4):220-1.
- Katzung BG. Farmacologia básica e clínica. 10ª ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2007.
- Gazoni FM, Braga ILS, Guimarães HP, Lopes RD. Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens.*, 2009;16(1):34-7.

23. Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao usuário com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2008;42(4):620-7.
24. Oliveira CJ, Silva MJ, Almeida PC, Moreira TMM. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 2008;33(3):162-7.
25. Gus M. Ensaio clínico em hipertensão sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(1):26-8.
26. Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health*, 2009;123(8):534-9.
27. Martin JFV, Cipullo JP. Tratamento medicamentoso para a pré-hipertensão: para todos? *Rev. Bras. Hipertens.*, 2009;16(1):44-5.
28. White SM, Wójcicki TR, Mcauley E. Physical activity and quality of life in community dwelling older Adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2009;7:10.
29. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(Supl 1):3-6.
30. Melo LNP, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de mulheres idosas atendidas no “grupo de apoio à prevenção da incapacidade funcional”. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2009; 22(4):251-8.

Endereço primeiro autor:

Natasha Teixeira Medeiros
Rua João Carvalho, 27/ 402
Bairro: Aldeota
CEP: 60140-140 - Fortaleza - Ceará - Brasil
E-mail: natashatmediros@gmail.com

Endereço para correspondência:

Thereza Maria Magalhães Moreira
Rua Osvaldo Cruz, 1772/1002
Bairro: Aldeota
CEP: 60125-150 - Fortaleza - Ceará - Brasil
E-mail: tmmoreira@gmail.com