

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA

Marinês Tambara Leite¹, Nathalia Piazzentini Piozkoski²
Eliane Raquel Rieth Benetti³, Alan Rafael Martins Savariz⁴
Silomar Ilha⁵, Leticia de Moura⁶, Iara Denise Endruweit Battisti⁷

Destaques: (1) HAS impacta na Qualidade de Vida de pessoas idosas. (2) Análise da qualidade de vida de pessoas idosas com HAS possibilita promoção de saúde. (3) As mulheres apresentaram uma qualidade de vida inferior em relação aos homens.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.16286>

¹ Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3280-337X>

² Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0941-2197>

³ Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1626-5698>

⁴ Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0004-8149-8062>

⁵ Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

⁶ Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6461-893X>

⁷ Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Cerro Largo. Cerro Largo/RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9740-4199>

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Como citar:

Leite MT, Pioczkoski NP, Benetti ERR, Savariz ARM, Ilha S, de Moura L. et al. Qualidade de vida de pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica autorreferida. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e16286

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida de pessoas idosas que apresentam HAS autorreferida, correlacionando-a com aspectos sociodemográficos e clínicos. **Método:** estudo transversal e analítico. Dados coletados entre junho e novembro de 2021, por entrevistas utilizando instrumentos contendo dados do perfil sociodemográfico e clínico, o *World Health Organization Quality of Life Bref (Whoqol-Bref)* e *Whoqol-old*. Para comparação dos domínios do *Whoqol-Bref* e *Whoqol-old* entre os sexos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. O teste de qui-quadrado e Fisher foi aplicado para verificar igualdade nas características sociodemográficas e clínicas dos sexos. A relação entre os escores de QV do *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old* foi verificada pela correlação de Spearman. Para todos os testes estatísticos considerou-se nível de 5% de significância. **Resultados:** o *Whoqol-Bref*, mostrou que as participantes do sexo feminino apresentaram valores inferiores de qualidade de vida, com pontuação entre 3,3 a 3,7, em comparação ao sexo masculino (3,7 a 4,0). No aspecto físico, foi observada menor pontuação no sexo feminino (mediana=3,3), com diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo masculino (mediana=3,7; $p<0,001$). Na pontuação geral de qualidade de vida, os homens obtiveram pontuação superior (mediana=3,8) comparada às mulheres (mediana= 3,5), diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,003$). **Conclusão:** a qualidade de vida das mulheres idosas é pior significativamente se comparada com a dos homens idosos e isso se constitui um elemento importante para o planejamento de intervenções no campo da saúde.

Palavras Chave: Qualidade de Vida; Idoso; Hipertensão; Enfermagem.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

INTRODUÇÃO

A modificação demográfica e epidemiológica relacionada ao envelhecimento populacional tem motivado a condução de vários estudos abordando diferentes perspectivas e tópicos, especialmente, devido ao crescimento contínuo e dinâmico da população idosa em escala global¹. Na realidade brasileira, nota-se claramente o aumento da população idosa. Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as projeções indicam que, em 2031, o número de pessoas idosas será o dobro em relação às crianças². De acordo com o Estatuto do Idoso, atualizado pela Lei nº 14.423, de 2022, considera-se como pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais, garantindo-lhe acesso aos direitos previstos na lei³.

Em concomitância ao aumento da população idosa, há a elevação do número de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), com destaque para a Hipertensão Arterial (HA). Dessa forma, torna-se necessário promover estratégias de intervenções e de comunicação entre os gestores dos serviços de saúde pública, Atenção Primária à Saúde (APS) e a população em geral, a fim de suprir as necessidades do público alvo, formada por pessoas idosas⁴.

O desenvolvimento de HA está associado a causas multifatoriais, envolvendo fatores genéticos e ambientais. Esta condição pode apresentar-se de forma assintomática, silenciosa e a prevalência e vulnerabilidade eleva-se conforme o passar da idade, conduzindo a maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares. As pressões arteriais sistêmicas no interior dos tecidos devem manter-se em parâmetros a fim de impedir consequências indesejáveis, como a hipotensão ou hipertensão⁵.

A pressão pode passar por mudanças durante diferentes momentos da vida da pessoa. Por isso, ela é classificada em estágios (1, 2 e 3), monitorada pelas cores vermelha (140/90mmHg), amarela (121/139 sistólica por 81/89 mmHg diastólica) e verde (menor ou igual a 120/80 mmHg), significando, respectivamente, hipertensão, pré-hipertensão e normotensão⁴.

Globalmente, os dados revelam um aumento significativo no número de casos de hipertensão, atingindo 1,28 bilhão de pessoas em 2021. Este aumento confirma a presença de mais de um bilhão de indivíduos hipertensos em comunidades de renda baixa e média,

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

o que representa 82% do total de hipertensos em escala mundial. Ainda, estima-se que, para a população idosa brasileira, ultrapassará os 30 milhões de pessoas e, a maioria deles, em torno de 85%, será afetada por pelo menos um quadro da doença. Entre essas condições, os problemas cardiovasculares são predominantes, sobretudo a HAS, que se torna mais frequente à medida que a idade avança⁶.

Há evidências que as pessoas idosas brasileiras que possuem HA ou outra DCNT encaram a Qualidade de Vida (QV) negativamente, considerando o estilo de vida pouco saudável (tabagista, sedentário, consumo excessivo de sódio, de alimentos ultra processados e de bebidas alcoólicas), e não aderência ao tratamento destas comorbidades. Aspectos socioeconômicos também corroboram para esta percepção, pois as pessoas idosas apresentam insegurança relacionada à saúde pública, falta de assistência, lazer, violência, estado civil, os valores das remunerações (aposentadorias e pensões), dores, desconfortos e solidão⁷.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou QV como a compreensão que a pessoa tem da sua situação de vida, no contexto cultural e de valores no qual ela vive em relação aos seus objetivos, expectativas, valores e interesses. E no ano de 1995, criou um grupo multicultural com especialistas em qualidade de vida, *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL*, que estabeleceu uma série de consensos e pontos em relação à QV amplamente aceito por pesquisadores⁸.

No contexto de assistência ao paciente com HA, a APS é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui papel importante para promoção e prevenção de agravos à saúde, cuidado centralizado, integral e individualizado como estratégia de tratar as doenças crônicas da população idosa, com foco na melhoria da QV desta. Também, a APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm a capacidade de desenvolver e ampliar o manejo das DCNT, com base nos protocolos existentes e facilidade em comunicar-se com as gestões públicas, a fim de articular educação permanente às pessoas idosas⁹.

Nesse sentido, torna-se relevante investigar como está a QV das pessoas idosas adstritas às ESFs, na perspectiva da promoção do envelhecimento saudável, fato que justificou, em parte, a execução desta pesquisa. Destaca-se que investigações

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA

relacionadas à saúde da pessoa idosa são necessárias, sendo considerada como linha prioritária pela Agenda nacional de prioridades de pesquisa no Brasil, no Eixo 12 – Saúde do Idoso¹⁰.

Considerando os dados expressivos de pessoas que apresentam HA e, também, o impacto que esta doença tem sobre a saúde da população idosa, sua QV e para o público em geral, este estudo teve por objetivo analisar a qualidade de vida de pessoas idosas que apresentam HA autorreferida, correlacionando-a com aspectos sociodemográficos e clínicos.

MÉTODO

Trata-se de um recorte de uma pesquisa matricial denominada “Prevalência de tontura e seu impacto na qualidade de vida em idosos residentes na comunidade”. Este estudo apresenta delineamento transversal, quantitativo e analítico, foi realizado em um município noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Este possuía no momento da pesquisa uma população total de 33.131 habitantes, 4.507 eram pessoas idosas, 3.932 residiam no meio urbano e 575 no meio rural do município. No período da coleta de dados, o município contava com 10 ESF, sendo 09 na área urbana e 01 na área rural, com 100% de cobertura¹¹.

Na pesquisa matricial, participaram 380 pessoas idosas e, destas, foram selecionadas 239 que tinham HAS autorreferida para compor este estudo. Adotou-se como critérios de inclusão dos participantes: ter 60 anos ou mais de idade; estar vinculado a uma das ESF do meio urbano do município; ter condições de verbalização e de compreender as perguntas dos entrevistadores. Foram excluídas aquelas que não se encontravam em sua residência, após três visitas dos entrevistadores.

Os dados foram coletados, no período de junho a novembro do ano de 2021. Para isto, foram utilizados três instrumentos: um deles trata-se de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, relativo ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes. O instrumento referente aos dados sociodemográficos continha questões relativas à idade, sexo, escolaridade, religião, situação conjugal, filhos, condições de saúde e doenças autorreferida, quedas, uso de medicamentos e internação hospitalar.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Outros dois instrumentos, o *World Health Organization Quality of Life Bref* (*Whoqol-Bref*) e o *World Health Organization Quality of Life Old* (*Whoqol-old*), já validados, foram utilizados para mensuração da QV. O *Whoqol-Bref* possui 26 questões, duas gerais, relacionadas à QV e à saúde global, e 24 que compõem os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O *Whoqol-bref* conta com cinco escalas de respostas do tipo Likert: “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência)¹². Cada domínio é composto por questões cujas pontuações variam de um a cinco, resultados entre um a 2,9 indicam necessidade de melhorar a QV; de 3,0 a 3,9 apontam regularidade; de 4,0 a 4,9 significam boa e 5,0 muito boa QV. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto de sua vida. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção¹³.

O *Whoqol-Old*, instrumento complementar do *Whoqol-bref*, validado para a população idosa brasileira, contém 24 itens divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer e intimidade¹⁴. A escala de respostas de todas as questões, tipo Likert, permite cinco alternativas, representadas por números de 1 a 5¹⁴.

Os dados coletados foram armazenados em planilha eletrônica LibreOffice Calc. Após, foram exportados para o software R, para análise estatística. Os resultados estão apresentados por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e em mediana e intervalo interquartil para as variáveis quantitativas. Utilizou-se a mediana como medida de tendência central e o intervalo interquartil como medida de variabilidade, pois os dados não seguem distribuição normal. A análise foi estratificada pelo sexo.

O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a aderência dos dados à distribuição normal quando variáveis quantitativas. Para comparação dos domínios do *Whoqol-Bref* e *Whoqol-old* entre os sexos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, quando a distribuição não-normal e teste t de *Student* para dados com distribuição normal. O teste

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

de qui-quadrado e Fisher foi aplicado para verificar igualdade nas características sociodemográficas e clínicas dos sexos. A relação entre os escores de QV do *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old* foi verificada pela correlação de Spearman. Para todos os testes estatísticos considerou-se nível de 5% de significância.

No decorrer da pesquisa foram preservados as diretrizes e normas legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos¹⁵. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria mediante Parecer nº 4.594.497 de 16 de março de 2021.

RESULTADOS

Os dados do perfil sociodemográfico dos participantes demonstraram predomínio do sexo feminino (69,03%), com idade inferior a 80 anos (83,03%). Como habilitações literárias, verificou-se que entre as mulheres sem escolaridade a taxa foi maior do que a dos homens, 22,42% e 17,56% respectivamente. As mulheres que concluíram os estudos, como o ensino fundamental completo, são em maior proporção (12,12%) do que os homens (2,70%), do mesmo modo o ensino superior completo 1,81% e 1,35%. Enquanto que os homens superaram no nível referente ao ensino fundamental incompleto 63,51% e 53,33% entre as mulheres, e no ensino médio completo 12,16% e 6,66%, de modo respectivo. Porém, não houve diferença estatisticamente significativa do grau de escolaridade entre os sexos ($p=0,099$).

O quantitativo de filhos, para ambos os sexos, foi semelhante entre as pessoas idosas, com média de 3 filhos e a variação do intervalo interquartil oscilou de 3 para as mulheres e 2 para os homens, sem diferença significativa ($p=0,083$). Na variável, situação conjugal observou-se que as mulheres permaneciam solteiras (7,27%) e se divorciavam mais (7,27%), do que o sexo oposto, 4,05% e 6,75%, respectivamente. Do mesmo modo, para a condição de viuvez, houve um percentual de 32,12% de mulheres viúvas, enquanto que entre os homens foi de 17,56%, com diferença não significativa ($p=0,051$), entre os sexos. Estes dados podem ser visualizados na tabela 1.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Variáveis Sociodemográficas	Feminino - n (%) 165 (69,03%)	Masculino - n (%) 74 (30,96%)	p
Idade			
< 80 anos	137 (83,03)	61 (82,43)	1,000 [#]
≥ 80 anos	28 (16,96)	13 (17,56)	
Escolaridade			
Sem escolaridade	37 (22,42)	13 (17,56)	0,099 ^s
Ensino Fundamental incompleto	88 (53,33)	47 (63,51)	
Ensino Fundamental completo	20 (12,12)	2 (2,70)	
Ensino Médio incompleto	6 (3,63)	2 (2,70)	
Ensino Médio completo	11 (6,66)	9 (12,16)	
Ensino Superior incompleto	0 (0)	0 (0)	
Ensino Superior completo	3 (1,81)	1 (1,35)	
Filhos			
Mediana (IIQ)	3 (3)	3 (2)	0,083 ^{&}
Situação Conjugal			
Casado(a)	88 (53,33)	53 (71,62)	0,051 ^s
Solteiro(a)	12 (7,27)	3 (4,05)	
Divorciado(a)	12 (7,27)	5 (6,75)	
Viúvo(a)	53 (32,12)	13 (17,56)	

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográfica das pessoas idosas, de acordo com o sexo. RS, 2021.

Nota: IIQ = intervalo interquartil; [#]p referente ao teste de qui-quadrado; ^sp referente ao teste de Fisher; [&]p referente ao teste de Mann-Whitney. Fonte: Autores, 2021

Verificou-se que 11,46% das pessoas idosas entrevistadas que autorreferiram ter HA, não faziam uso contínuo de medicamentos antihipertensivos. Ainda, a HA esteve presente de forma concomitante a outras condições crônicas de saúde, como a Diabetes Mellitus (53,21%) e Depressão (7,52%)

Quanto à autoavaliação de saúde, 12,12% das mulheres consideravam sua saúde ótima, enquanto que entre os homens o percentual foi de 20,27%. Porém, na percepção de saúde ruim, 33,93% das mulheres e dos homens 16,21% responderam que sim, com diferença significativa entre os sexos (p=0,032). Ainda, entre as mulheres idosas, 36,96% faziam uso de diuréticos, como medicamento para tratar a hipertensão, sem diferença significativa entre os sexos (p=0,462), conforme pode ser observado na tabela 2. Para as demais variáveis clínicas não houve diferença significativa entre os sexos.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Variáveis Clínicas	Feminino - n (%)	Masculino - n (%)	p
Autoavaliação de Saúde			
Ótima	20 (12,12)	15 (20,27)	0,032 [#]
Boa	75 (45,45)	40 (54,05)	
Ruim	56 (33,93)	12 (16,21)	
Péssima	14 (8,48)	7 (9,45)	
Medicamentos			
Antihipertensivos			
Sim	155 (93,93)	70 (94,59)	1,000 ^{\$}
Não	10 (6,06)	4 (5,4)	
Diuréticos			
Sim	61 (36,96)	23 (31,08)	0,462 [#]
Não	104 (63,03)	51 (68,91)	
Doenças Crônicas associadas			
Diabetes			
Sim	41 (24,84)	21 (28,37)	0,677 [#]
Não	124 (75,15)	53 (71,62)	
Depressão			
Sim	16 (9,7)	2 (2,7)	0,103
Não	149 (90,3)	72 (97,3)	

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas dos participantes de acordo com o sexo. RS, 2021.
nOTA: [#]p referente ao teste de qui-quadrado; ^{\$}p referente ao teste de Fisher; Fonte: Autores, 2021.

Em relação a avaliação da QV, verificada por meio do *Whoqol-Bref*, identificou-se que em todos os domínios as participantes do sexo feminino apresentaram valores inferiores (mediana entre 3,3 a 3,7), em relação aos participantes do sexo masculino, (mediana entre 3,7 a 4,0). Ainda, no domínio físico, que trata de questões referentes a dores, locomoção e satisfação pessoal houve a menor pontuação para as pessoas idosas do sexo feminino, 3,3. Na avaliação do instrumento *Whoqol-old* os escores se mantiveram semelhantes, a mediana ficou entre 3,0 a 4,2 para o feminino e entre 3,5 a 4,5 para o sexo masculino. Em dois domínios observou-se diferença significativa entre os sexo: domínio intimidade ($p < 0,001$) e domínio autonomia ($p = 0,003$) sendo o escore maior para o sexo masculino. No escore de QV geral, o escore dos homens idosos foi superior 3,8 ao das mulheres 3,5 ($p = 0,003$).

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Domínios	Feminino Mediana (IIQ)	Masculino Mediana (IIQ)	p
Whoqol-Bref			
Domínio Físico	3,3 (1,0)	3,7 (1,1)	<0,001
Domínio Psicológico	3,7 (0,8)	3,8 (0,7)	0,040
Domínio Relações Sociais	3,6 (0,6)	4,0 (1,0)	0,020
Domínio Meio Ambiente	3,5 (0,8)	3,7 (0,7)	0,030
Escore QV geral	3,5 (0,8)	3,7 (0,7)	0,003
Whoqol-Old			
Funcionamento do Sensório	4,2 (1,5)	4,5 (1,0)	0,130
Autonomia	3,5 (1,2)	3,7 (0,9)	0,003
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	3,7 (0,7)	4,0 (1,0)	0,050
Participação Social	3,2 (1,0)	3,5 (1,1)	0,090
Morte e Morrer	4,0 (1,8)	4,0 (2,0)	0,220
Intimidade	3,0 (1,5)	3,7 (1,0)	<0,001
Escore QV geral	3,5 (0,9)	3,8 (0,7)	0,004

Tabela 3. Correlação dos domínios dos instrumentos *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old*, conforme o sexo. RS, 2021. IIQ: intervalo interquartilico; p relativo ao teste de Mann-Whitney. Fonte: Autores, 2021.

A correlação entre os escores de QV do *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old* é forte e significativa ($r=0,76$, $p<0,001$), demonstrando consonância entre os dois instrumentos na avaliação da qualidade de vida dos idosos, tanto para o sexo feminino ($r=0,73$) quanto para o masculino ($r=0,80$). (Figura 1),

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

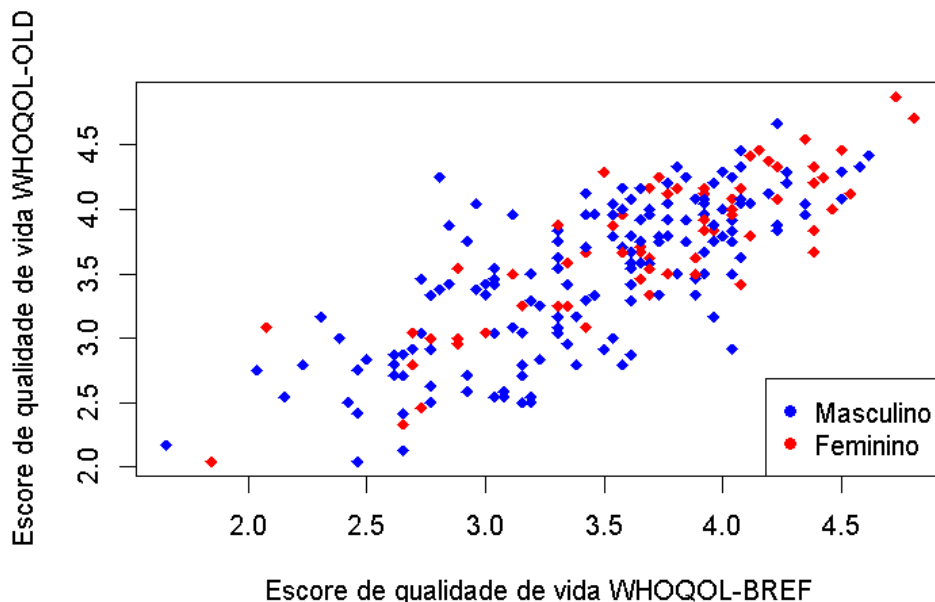


Figura 1. Correlação entre os escores de QV geral dos instrumentos *Whoqol-Old* e *Whoqol-Bref*, considerando os escores por sexo. RS, 2021. Fonte: Autores, 2021

DISCUSSÃO

A relevância deste estudo está centrada no objetivo que foi avaliar a QV de pessoas idosas que apresentam HA autorreferida e que estão vinculadas a atenção primária à saúde por meio da ESF. Ainda, porque o número médio de doenças crônicas cresce com a idade e é maior entre as mulheres, quando comparado aos homens. Estudo¹⁶ evidenciou que, no caso específico da HA, cerca de 50% dos homens e 60% das mulheres declararam experimentá-la em 2019. Além disso, neste mesmo ano, as mulheres idosas referiram duas vezes mais doenças do que os homens.

Do mesmo modo, estudo¹⁷ realizado na China mostrou que há maior participação de mulheres, pelo fenômeno de feminização, bem como são elas que procuram mais frequentemente os serviços de saúde. Também apontou que as mulheres apresentavam razoável qualidade de vida, em especial, quando possuíam pelo menos uma DCNT, não tinham vínculos sociais e não realizavam atividades físicas.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Os dados sociodemográficos desta pesquisa, como sexo feminino predominante, idade, escolaridade e a média de filhos são semelhantes aos de outros estudos, os quais também avaliaram a saúde de pessoas idosas que possuíam HA. Especificamente, dados relativos à variável escolaridade são relevantes, pois as pessoas que possuem maior escolaridade têm maior capacidade para compreender os aspectos que envolvem uma patologia, desde a doença em si até a aderência ao tratamento. Fatores como idade avançada e reduzida ou ausência de escolaridade, contribuem para dificultar a compreensão da doença, bem como de suas complicações e seguir corretamente o tratamento prescrito¹⁸.

Na situação conjugal, houve predomínio de pessoas casadas, condição que pode se constituir em fator protetor para recuperação e/ou manutenção da saúde e da QV. Estudo realizado com mulheres idosas com diagnóstico de HA, evidenciou que aquelas que contam com apoio familiar, principalmente quando provém de seus cônjuges, conseguem elevar a qualidade de vida. Isto porque os companheiros são grandes influenciadores na mudança do estilo de vida¹⁹.

Ainda, a maioria dos participantes avaliou sua própria saúde entre boa e ruim, no quesito “percepção que cada indivíduo tem sobre sua saúde”. Pesquisa²⁰ mostrou que uma patologia crônica como a HA em pessoas idosas afeta diretamente na percepção sobre sua QV, pelo fato de que esta doença gera limites e algumas restrições alimentares, requer atividade física para melhorar o controle da PAS e exige uso de medicações de modo correto, como forma eficaz de tratamento. Deste modo, essa nova adaptação no estilo de vida da pessoa idosa com HA influencia negativamente na percepção de sua saúde, com uma possível piora no decorrer dos anos²⁰.

Conforme as recomendações da OMS, nas Diretrizes de Hipertensão Arterial de 2021, o tratamento da HAS deve ser determinado pelo controle da PAS durante 14 dias, exames laboratoriais, avaliação de riscos para Doenças Cardiovasculares (DCV) e, por meio destes escolher o melhor fármaco anti-hipertensivo, bem como as associações medicamentosas com outras classes como os diuréticos^{21,22}. Neste estudo verificou-se que a maior parte das pessoas idosas fazia uso de apenas uma classe medicamentosa, a dos anti-hipertensivos.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

A associação medicamentosa comumente é utilizada para assegurar o controle da PAS e os estudos evidenciam que se usa a combinação de medicações em pacientes que possuem risco de desenvolver doenças cardíacas ou nos que já têm diagnóstico para tais patologias. Normalmente, a combinação com diurético fica entre a segunda e a terceira escolha, a depender do paciente e dos benefícios que este terá no tratamento, isto porque a interação medicamentosa é um fator de risco, não apenas pela idade, sexo, raça, peso ou comorbidades, mas pelas possibilidades de erros nas prescrições pré-terapêuticas. Desta forma, quando não é bem avaliada e reavaliada a terapia medicamentosa, a mesma pode tornar-se maléfica e favorecer para o aumento das internações hospitalares, colocando a vida da pessoa em maior risco²³. Destaca-se que na presente pesquisa constatou-se um reduzido número de pessoas idosas que faziam uso de associações medicamentosas para o tratamento de HA.

Em relação à presença de doenças crônicas associadas, identificou-se que, aproximadamente um quarto dos participantes apresentavam concomitantemente HA e *diabetes mellitus* (DM). Já a depressão estava presente em cerca de 7,00% dos participantes, evidenciando que as comorbidades coexistem com a HA, doença prevalente na população. Deve-se estar atento ao percentual de pessoas que apresentam comorbidades, especialmente a DM, visto que essa patologia pode gerar comprometimento da capacidade funcional e das funções cardiovascular, renal e neurológica. Estudo²⁴ mencionam que, até 2030, haverá um aumento de 69% nos casos de DM nos países em desenvolvimento e 20% nos países desenvolvidos. Por sua vez, na população idosa brasileira, esta comorbidade teve elevação em 25,9% nos últimos anos.

Quanto à depressão, está se constitui em um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, além de estar associada ao aumento de mortalidade, e quanto mais grave o quadro de depressão, mais expressivo é o risco. A associação da depressão com as doenças cardiovasculares, entre elas a HAS, impõe limitações ao indivíduo como redução no autocuidado e na adesão ao tratamento clínico²⁵.

O escore médio em cada domínio, verificado por meio do *Whoqol-Bref*, que expressa a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua QV, demonstrou predomínio de valores entre 3,3 a 3,7, no grupo

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

formado por mulheres, valores inferiores aos dos homens, os quais obtiveram valores de 3,7 a 4,0, evidenciando QV regular. O domínio físico, que trata de questões referentes a dores, locomoção e satisfação pessoal, teve a menor pontuação, 3,3, nas mulheres idosas. Valores semelhantes aos encontrados em outro estudo²⁶.

Ainda, no domínio meio ambiente, que envolve questões sobre segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados gerais de saúde, recreação, lazer, transporte e outros, teve escore de 3,5, com intervalo interquartil de 0,8, valores menores entre as participantes idosas em comparação com os obtidos pelos homens. Nesta perspectiva, o estudo evidencia que, no geral, as mulheres idosas apresentam piores indicadores de saúde do que os homens. A prevalência de depressão e de DCNT é maior entre mulheres para todas as faixas etárias. A prevalência de DCNTs entre mulheres de 60 a 64 anos de idade (68%) é similar à prevalência entre homens de 80 ou mais anos (70%). A diferença proporcional entre homens e mulheres na prevalência de limitações funcionais se acentua com a idade. Os resultados mostram que, para quase todas as dimensões estudadas, existe um gradiente persistente que indica que pessoas idosas com menor renda apresentam pior saúde e maiores probabilidades de requerer cuidados emergenciais do que as pessoas idosas com maiores rendas. Além disso, a prevalência de depressão e DCNTs é maior entre mulheres para todas as faixas etárias²⁷.

No cenário geral, estudo²⁸ comparou a qualidade de vida de pessoas idosas brasileiras com aquelas residentes em Portugal, mostrou que o grupo de Portugal teve melhor escore no domínio “meio ambiente”, enquanto o grupo brasileiro teve os melhores escores nos domínios “psicológico” e “relações sociais”. Em Portugal, o domínio com escore médio mais baixo foi o domínio “físico”, e no grupo brasileiro foi domínio “ambiente”.

Ainda, um dos componentes que contribui para a obtenção de boa QV é a condição financeira. Em se tratando das pessoas idosas, as principais fontes de renda são as aposentadorias e as pensões que, no Brasil, os valores refletem o baixo poder aquisitivo e a renda insuficiente desta população²⁹. Este componente se constitui em um elemento que pode afetar a QV de forma negativa, uma vez que compromete a aquisição de bens e serviços necessários para uma boa condição de vida.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Assim como os dados relativos à QV, verificada pelo *Whoqol-Bref*, os dados obtidos pelo *Whoqol-Old* demonstraram que as mulheres possuem pior qualidade de vida do que os homens. Os resultados do *Whoqol-old*, evidenciaram que os escores se mantiveram semelhantes, a mediana ficou entre 3,0 a 4,2 para o feminino e entre 3,5 a 4,5 para o sexo masculino. Em dois domínios observou-se diferença significativa entre os sexo: domínio intimidade ($p < 0,001$) e domínio autonomia ($p = 0,003$) sendo o escore maior para o sexo masculino.

Ainda, identificou-se que o domínio intimidade foi o que apresentou menores valores, 3,0 e 3,7, respectivamente para mulheres e homens, com significância estatística $p < 0,001$. Estudo³⁰ aponta que envelhecer não implica abdicar de uma atividade sexual ativa e prazerosa. Para tanto, a história de vida conta muito: quem sempre foi capaz de criar relações de intimidade e prazer vai continuar a fazê-la na velhice. A sexualidade corresponde a fatores fundamentais para o desenvolvimento da satisfação conjugal, essencial para a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos que vivem em casal.

O instrumento *Whoqol-Bref* pode ser considerado um suporte à gestão durante a pesquisa e/ou estudo, visto que este levanta dados sobre a QV, mas traz itens que podem ser modificados e conseqüentemente melhorado com auxílio de políticas públicas. Já o instrumento *Whoqol-Old*, utilizado para mensurar a qualidade de vida de modo individual da pessoa e entender as suas dificuldades e pontos positivos de sua vida, pode contribuir para proposições de intervenções específicas, com foco na pessoa.

Os dois instrumentos, quando aplicados juntos, potencializam a compreensão sobre a QV de uma determinada população que, neste caso, foram pessoas idosas de um município localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul/Brasil. Os resultados evidenciaram a diferença nas relações sociais, mostradas no *Whoqol-Bref*, entre os homens e as mulheres. Aparentemente, os homens estão mais inseridos em atividades e na comunidade de modo geral, agregando QV. Conseqüentemente, nos domínios do instrumento *Whoqol-Old*, os homens pontuaram mais em participação social e intimidade, valores que chamaram a atenção, pois o aumento foi significativo. Entre os instrumentos verificou-se que nos domínios psicológico e em morte e morrer, a pontuação foi igual para ambos sexos.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a QV das mulheres idosas é pior significativamente, se comparada com a dos homens idosos. Houve predomínio de pessoas idosas do sexo feminino, com idade entre 60 e 79 anos, em que as mulheres tinham menos habilitações literárias do que os homens, 22,42% e 17,56% respectivamente.

Na autoavaliação de saúde, as mulheres que consideraram sua saúde ótima totalizaram 12,12% e entre os homens o percentual foi de 20,27%. No entanto, na classificação como saúde ruim, o percentual de mulheres foi maior 33,93%, enquanto que os homens atingiram 16,21%.

A análise do escore médio do *Whoqol-Bref* e do *Whoqol-Old*, em relação a percepção que as pessoas idosas possuem quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua QV, demonstrou valores médios inferiores entre as mulheres idosas, comparados aos dos homens idosos, evidenciando QV regular. Dados semelhantes também encontrados em todos os domínios dos instrumentos. Nas facetas do instrumento *Whoqol-Old* os menores valores foram encontrados na intimidade, participação social e autonomia, respectivamente.

A avaliação da QV do ponto de vista das pessoas idosas se constitui em elemento importante para o planejamento de intervenções no campo da saúde, uma vez que a boa qualidade vida esteja vinculada a melhores condições de renda, vida social, relações familiares, escolaridade e atividades físicas, categorias compreendidas de modo distinto de um indivíduo para outro. Destaca-se que os profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, devem estar atentos a estes aspectos, uma vez que a saúde, como indicador de boa QV, pode ser insuficiente para evidenciar uma velhice ativa, isto é, com capacidade funcional, autônoma e independente.

As limitações deste estudo estão associadas ao período de coleta dos dados, que ocorreu durante o período pandêmico da Covid-19, e por ter abordado a população de um único município de médio porte. Além disso, considera-se relevante desenvolver estudos que abordem aspectos da capacidade funcional desta população, uma vez que a qualidade

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

de vida é influenciada pela capacidade das pessoas em realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira H, Goes M. Envelhecimento: perspectivas. Instituto Politécnico de Beja, Portugal, Beja, 2023. E-book. ISBN: 978-989-8008-85-5.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Portal do IBGE]. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>.
3. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Estatuto da Pessoa Idosa. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2022.
4. Feitosa ADM *et al.* Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. *Arq Bras Cardiol.* 2023;121(4). DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240113>.
5. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins & Cotran - Patologia: bases patológicas das doenças. 9 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2016
6. Pereira MS, Andrade LG. Combate à Hipertensão Arterial: importância da prevenção e do cuidado ao idoso. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.* 2023;9(10):6939-54. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.12460>.
7. Soares AP *et al.* Qualidade de vida dos idosos hipertensos: uma revisão de literatura. *Revista Americana de empreendedorismo e inovação.* 2023;5(2). DOI: <https://doi.org/10.33871/26747170.2023.5.2.8233>.
8. WHO - World Health Organization. WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, *Social Science & Medicine.* 1995;41(10):1403-1409. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
9. Feijó CK *et al.* Assistência à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde: enfoque nos avanços e desafios. *Contribuições para as ciências sociais,* 2024;17(5):e6731. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-090>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico], Ministério da Saúde, Secretaria de

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Palmeira das Missões - Panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2022 [citado 2025 Jul 9]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/palmeira-das-missoes/panorama>
12. Fleck MPA *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, 1999;21(1):19-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.
13. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000;5(1):33-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
14. Grupo WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, *Social Science & Medicine*. 1995;41(10):1403-1409. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
15. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
16. Camarano AA *et al.* Os idosos brasileiros: muitos além dos 60? In: Noronha JC, Castro L, Gadelha P. *Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro*. Rio de Janeiro: Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz, 2023.
17. Su SW, Wang D. Health-related quality of life and related factors among elderly persons under different aged care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *Qual Life Res*, 2019; 28:1293-1303. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02107-x>.
18. Lima JP *et al.* Functional health literacy in older adults with hypertension in the family health strategy. *Rev Bras Enferm*, 2020;73: e20190848. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0848>.
19. Ferreira MJC *et al.* A associação entre a ausência de apoio familiar, a corrida marrom com a hipertensão arterial sistêmica. *SciELO Preprints*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3392>.
20. Rocha FC *et al.* Fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2021;24(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210213>.
21. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Diretriz para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em adultos*. Brasília, D.F: OPAS; 2022.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

22. Campbell NRC *et al.* Diretrizes de 2021 da Organização Mundial da Saúde sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: repercussões para as políticas na Região das Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.55>
23. Gonçalves AC *et al.* Benefícios da Associação Medicamentosa de Diuréticos e Inibidores da enzima conversora de angiotensina no tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021;4(2):5268-80. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-100>.
24. Silva DSM *et al.* Doenças Crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2022;25(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210204.pt>.
25. Souza BC *et al.* Depressão e doenças cardiovasculares: dos mecanismos de associação às evidências sobre prognóstico e tratamento. *Cuadernos de Educación y Desarrollo.* 2023;15(5):4039–4047. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n5-007>.
26. Santos KL, Júnior EGS, Eulálio MC. Concepções de idosos com hipertensão e/ou diabetes sobre qualidade de vida. *Psicologia em Estudo.* 2023;28:e53301. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.53301>.
27. Mrjen M, Nunes L, Giacomini K. Envelhecimento populacional e a saúde dos idosos: o Brasil está preparado?. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, Bela Vista, São Paulo, 2023;(10):01-39.
28. Sousa FJD *et al.* Qualidade de vida de idosos brasileiros e portugueses: uma análise comparativa. *Revista Cuidarte.* 2021;12(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1230>.
29. Sousa EA *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde: qualidade da coordenação do serviço na perspectiva do idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;11(9):e846. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e846.2019>.
30. Gatti MC, Pinto MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Vínculo, São Paulo.* 2019;16(2):133-159. DOI: <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>.

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Submetido em: 13/8/2024

Aceito em: 17/11/2025

Publicado em: 30/3/2026

Contribuições dos autores

Marinês Tambara Leite: Conceituação do estudo; Administração do projeto; Curadoria de dados; Análise formal; Investigação; Metodologia; Redação do manuscrito original; Design da apresentação dos dados; Redação – revisão e edição.

Nathalia Piazentini Piozkoski: Redação do manuscrito original; Design da apresentação dos dados; Redação – revisão e edição.

Eliane Raquel Rieth Benetti: Redação do manuscrito original; Design da apresentação dos dados; Redação – revisão e edição.

Alan Rafael Martins Savariz: Curadoria de dados; Investigação; Metodologia; Redação – revisão e edição.

Silomar Ilha: Curadoria de dados; Investigação; Metodologia; Redação – revisão e edição.

Leticia de Moura: Curadoria de dados; Investigação; Metodologia; Design da apresentação dos dados; Redação – revisão e edição.

Iara Denise Endruweit Battisti: Conceituação; Curadoria de dados; Análise formal; Investigação; Metodologia; Redação do manuscrito original; Design da apresentação dos dados; Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Financiamento: Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC - CNPq

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA**

Autor correspondente: Leticia de Moura

Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões
Avenida Independência, 3751 – Vista Alegre.
Palmeira das Missões/RS. Brasil. CEP 98300-000
leticiamoura2444@gmail.com

Editora Chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Editora: Dra. Eliane Roseli Winkelmann

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

