

Qualidade de vida de hipertensos na Atenção Primária à Saúde em um município do Maranhão

Thágila Silva Dias

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão

✉ thagilasd@gmail.com

Mayara Macêdo Melo

Mestre e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

mayaramelo@ufpi.edu.br

Recebido em 4 de abril de 2024

Aceito em 11 de setembro de 2025

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial e está geralmente relacionada a distúrbios metabólicos, fatores genéticos, ambientais e sociais. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e exploratório caracterizado por sua natureza investigativa. Foi conduzida na Atenção Primária à Saúde da cidade de Colinas. Para a coleta de informações, optou-se pelo uso da escala de avaliação *Medical Outcomes Short-Form Survey* (SF-36). **Resultados e Discussões:** O estudo foi realizado com 362 hipertensos onde a maioria dos participantes eram mulheres (68,2%); tinham 31 anos ou mais (90,9%); identificavam-se como pardas (47,8%); casados (56,1%); possuíam uma renda per capita de até um salário mínimo (90,8%); com ensino fundamental incompleto (58,8%); apresentavam histórico familiar de hipertensão (85,9%); sedentárias (53,5%) e mantinham hábitos alimentares moderados (45,0%). Os domínios com escores mais baixos foram: “Aspectos emocionais” (M=41,0; DP=46,4) e “Dor” (M=35,5; DP=12,6). Já às pontuações mais altas, foram registradas “Aspectos sociais” (M= 85,4; DP=22,3), seguido por “Saúde mental” (M=63,1; DP=23,7) e “Estado geral de Saúde” (M=59,7; DP=21,8). **Considerações Finais:** A HA, além de ser uma condição médica crônica, pode afetar as atividades diárias, o estado emocional e as relações sociais dos indivíduos. Contudo identificou-se a necessidade de implementar programas de saúde pública que promovam a educação sobre essa condição e incentivem hábitos alimentares saudáveis e também a prática regular de exercícios físicos. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Hipertensão Arterial, Qualidade de Vida.

Quality of life of people with Hypertension using Primary Health Care in a Municipality in the State of Maranhão

Abstract:

Introduction: Arterial Hypertension (AH) is a multifactorial clinical condition, commonly associated with metabolic disorders, as well as genetic, environmental, and social factors. **Method:** This is a cross-sectional and exploratory study, characterized by its investigative nature. It was conducted within Primary Health Care services in the city of Colinas. Data were collected using the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Results and Discussion:** The study included 362 hypertensive individuals, the majority of whom were women (68.2%). Most participants were aged 31 or older (90.9%), self-identified as brown (47.8%), were married (56.1%), had a per capita income of up to one minimum wage (90.8%), and had not completed primary education (58.8%). Additionally, most had a family history of hypertension (85.9%), were sedentary (53.5%), and reported moderate eating habits (45.0%). The domains with the lowest scores were “Emotional Aspects” (M = 41.0; SD = 46.4) and “Pain” (M = 35.5; SD = 12.6). The highest scores were observed in “Social Functioning” (M = 85.4; SD = 22.3), followed by “Mental Health” (M = 63.1; SD = 23.7) and

“General Health Perception” ($M = 59.7$; $SD = 21.8$). **Final Considerations:** AH, in addition to being a chronic medical condition, can negatively impact individuals' daily activities, emotional well-being, and social interactions. These findings highlight the need for public health programs focused on health education, promotion of healthy eating, and encouragement of regular physical activity.

Keywords: Primary Health Care, Arterial Hypertension, Chronic Disease, Quality of Life.

Calidad de vida de personas con Hipertensión Arterial que utilizan la Atención Primaria de Salud en un Municipio del Estado de Maranhão

Resumen:

Introducción: La Hipertensión Arterial (HA) es una condición clínica multifactorial, generalmente relacionada con trastornos metabólicos, así como con factores genéticos, ambientales y sociales.

Método: Se trata de un estudio transversal y exploratorio, de carácter investigativo, realizado en la Atención Primaria de Salud del municipio de Colinas. Para la recolección de datos, se utilizó la escala de evaluación de la Encuesta Abreviada de Resultados Médicos (SF-36). **Resultados y Discusiones:** El estudio se realizó con 362 pacientes hipertensos, de los cuales la mayoría eran mujeres (68,2%), tenían 31 años o más (90,9%), se identificaban como morenos (47,8%), estaban casados (56,1%), tenían un ingreso per cápita de hasta un salario mínimo (90,8%) y educación primaria incompleta (58,8%). Además, presentaban antecedentes familiares de hipertensión (85,9%), eran sedentarios (53,5%) y mantenían hábitos alimentarios moderados (45,0%). **Consideraciones finales:** a HA, además de ser una condición médica crónica, puede afectar las actividades cotidianas, el estado emocional y las relaciones sociales de los individuos. Se identificó, por tanto, la necesidad de implementar programas de salud pública que promuevan la educación sobre esta condición, así como la adopción de hábitos alimentarios saludables y la práctica regular de actividad física.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Hipertensión Arterial, Enfermedad Crónica, Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, pondo significativa carga de morbidade e mortalidade em nível global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas doenças são responsáveis por cerca de 72% das mortes no mundo, sendo estimado que 15 milhões de pessoas morram prematuramente devido a elas a cada ano (Brasil, 2011).

A Hipertensão Arterial (HA) uma DCNT de grande magnitude, desempenha papel central por ser responsável por metade desses óbitos, configurando-se como um dos principais fatores de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares associadas às Doenças Cardiovasculares (DCV). Em 2019, a prevalência de HA na população adulta brasileira foi de 23,9%, com projeções para 2025 indicando aumento para 29% (Julião *et al.*, 2021).

Pesquisas epidemiológicas indicam que a ocorrência de pressão arterial (PA) elevada associada a doenças cardiovasculares é mais comum na população idosa em comparação com os mais jovens. Isso evidencia que a maioria daqueles que não desenvolvem HA antes dos 55 anos pode manifestá-la posteriormente (Buzas *et al.*, 2021).

Considerada uma condição clínica multifatorial, a HA geralmente está relacionada a distúrbios metabólicos, fatores genéticos, ambientais e sociais. Pode ser agravada por diversos fatores de risco, como dislipidemia, intolerância à glicose, obesidade, tabagismo e histórico familiar precoce de eventos cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020). Esses fatores podem ser divididos entre modificáveis (influenciados pelos hábitos de vida) e não modificáveis, como sexo, idade e hereditariedade (Portes *et al.*, 2020).

O tratamento da HA visa controlar os níveis pressóricos por meio de cuidados individuais e uso de medicamentos. Caso o controle não seja alcançado, pode-se ajustar a medicação inicial ou associar um segundo fármaco (Barroso *et al.*, 2021). Além disso, é fundamental a adoção de hábitos saudáveis, que contribuem para reduzir as complicações e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos hipertensos (Anjos *et al.*, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel crucial na redução da incidência da hipertensão, promovendo o entendimento da população sobre a doença. Segundo Santiago *et al.* (2019), a HA é frequentemente identificada na APS, ambiente voltado à promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de condições crônicas. Esse cenário favorece o acesso igualitário aos cuidados, melhora a qualidade de vida (QV) dos pacientes e reduz os riscos de complicações cardiovasculares, internações, óbitos e custos para o sistema de saúde (Oliveira *et al.*, 2020).

De acordo com Ferreira *et al.* (2021), a QV de pessoas com HA é influenciada por fatores como renda familiar, nível educacional e adesão ao tratamento medicamentoso. A ausência de controle dessas condições pode comprometer os níveis pressóricos, favorecendo o surgimento de complicações e afetando o bem-estar físico.

Conforme Silva *et al.* (2019), a HA é uma condição de saúde que pode ser altamente limitante, levando a afastamentos laborais e aposentadorias precoces. Esse cenário pode impactar negativamente a QV e contribuir para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos, como o sentimento de impotência. Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar a

qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial usuárias da Atenção Primária à Saúde em um município do Estado do Maranhão.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo transversal e exploratório, de natureza investigativa, foi realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Colinas (MA), que conta com vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo doze localizadas na zona urbana e oito na zona rural.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2024, nas salas de espera das UBS, em dias previamente agendados com a coordenação de saúde local. Os aplicadores foram previamente treinados para garantir padronização na abordagem, administração dos questionários e manejo das dúvidas dos participantes, assegurando a confiabilidade das informações coletadas.

A amostra foi composta por 362 indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos seis meses, com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam presentes nas UBS no momento da coleta. Foram excluídos participantes com limitações cognitivas, diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou que se encontravam acamados. Durante a coleta, a taxa de recusa foi de aproximadamente 8%, sendo os recusantes registrados e excluídos da amostra final.

Para minimizar possíveis vieses, adotaram-se estratégias como o treinamento dos entrevistadores, aplicação padronizada dos instrumentos, anonimato das respostas e controle rigoroso da entrada dos dados. Entretanto, limitações inerentes ao desenho transversal e à amostragem por conveniência devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Os instrumentos utilizados foram: a escala Medical Outcomes Short-Form Survey (SF-36), versão validada para o português (CICONELLI, 1997), para avaliação da qualidade de vida; e um questionário sociodemográfico estruturado, desenvolvido pelos pesquisadores para caracterização da amostra.

Os dados foram organizados e tabulados no Microsoft Excel 2019 e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26. As análises descritivas incluíram frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e médias, medianas e desvios-padrão para variáveis numéricas. Para avaliar associações entre variáveis, foram aplicados os testes Qui-quadrado e exato de Fisher para variáveis categóricas, e para comparação de médias entre grupos, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes e a análise de variância (ANOVA) one-way, conforme apropriado. A escolha dos testes estatísticos considerou a normalidade dos dados, previamente avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 6.734.161 e CAE 78152324.80000.5554, obedecendo às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, garantindo os direitos e a autonomia dos participantes.

RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria dos participantes era do sexo feminino (68,2%), com idade igual ou superior a 31 anos (90,9%), autodeclarados pardos (47,8%), casados (56,1%), renda per capita de até um salário mínimo (90,8%) e ensino fundamental incompleto (58,8%). Além disso, 85,9% apresentavam histórico familiar de hipertensão, 53,5% eram sedentários e 45,0% referiram hábitos alimentares moderados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de estilo de vida de pessoas com Hipertensão Arterial (n=362). Colinas, MA, Brasil, 2024.

Características	n (%)	IC95%
Sexo		
Feminino	246 (68,2)*	63,2;72,8
Masculino	115 (31,8)	27,2;36,8
Faixa etária		
15 a 20	-	-
21 a 25	11 (3,0)	1,7;5,4
25 a 30	22 (6,1)	4,0;9,1
31 ou mais	329 (90,9)*	87,4;93,5
Cor da pele		
Branco	75 (20,7)	16,8;25,2
Preta	99 (27,4)	23,0;32,2
Amarela	14 (3,9)	2,3;6,4
Parda	173 (47,8)*	42,7;53,0
Indígena	1 (0,3)	0,0;2,0
Estado Civil		
Solteiro (a)	75 (20,7)	16,8;25,2
Casado (a)	203 (56,1)*	50,9;61,1
Viúvo (a)	59 (16,3)	12,8;20,5
Divorciado (a)	25 (6,9)	4,7;10,0
Renda (R\$)		
Até um salário mínimo	329 (90,8)*	87,4;93,5
2 a 3 salários mínimos	27 (7,5)	5,2;10,7
4 a 6 salários mínimos	4 (1,1)	0,4;2,9
7 salários mínimos ou mais	2 (0,6)	0,1;2,2
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	213 (58,8)*	53,7;63,8
Fundamental Completo	48 (13,3)	10,1;17,2
Médio Incompleto	12 (3,3)	1,9;5,8
Médio Completo	64 (17,7)	14,1;22,0
Superior Completo	25 (6,9)	4,7;10,0
Histórico de hipertensão		
Sim	311 (85,9)*	81,9;89,1
Não	51 (14,1)	10,9;18,1
Prática de atividade física		
Regular	78 (21,6)	17,7;26,2
Ocasional	90 (24,9)	20,7;29,7
Sedentária	194 (53,5)*	48,3;58,6
Hábitos alimentares		
Saudáveis	113 (31,2)	26,6;36,2
Moderados	163 (45,0)*	40,0;50,2
Insalubres	86 (23,8)	19,6;28,4

N= número de indivíduos; %=percentual de avaliados; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Autora, (2024).

Tabela 2 – Escores médios para cada domínio do questionário SF-36 de pessoas com Hipertensão Arterial (n=362). Colinas, MA, Brasil, 2024.

Domínios	Média	Desvio padrão
Capacidade funcional	56,9	26,0
Aspectos físicos	41,4	46,5
Dor	35,5	12,6
Estado geral da saúde	59,7	21,8
Vitalidade	49,6	23,6
Aspectos sociais	85,4	22,3
Aspectos emocionais	41,0	46,4
Saúde mental	63,1	23,7

Fonte: Autora, (2024)

A Tabela 2 apresenta os escores médios dos domínios do SF-36. Os domínios com menores médias foram “Aspectos emocionais” (média = 41,0; DP = 46,4) e “Dor” (média = 35,5; DP = 12,6). Os maiores escores foram observados em “Aspectos sociais” (média = 85,4; DP = 22,3), seguidos de “Saúde mental” (média = 63,1; DP = 23,7) e “Estado geral de saúde” (média = 59,7; DP = 21,8).

Na análise das associações entre os domínios de qualidade de vida e características sociodemográficas (Tabela 3), observou-se que os homens apresentaram escores significativamente maiores nos domínios: Capacidade funcional ($57,7 \pm 26,6$), Dor ($36,5 \pm 12,4$), Estado geral de saúde ($60,2 \pm 21,6$), Vitalidade ($53,3 \pm 21,5$) e Saúde mental ($69,0 \pm 22,8$), evidenciando melhor qualidade de vida quando comparados às mulheres ($p \leq 0,05$).

Quanto à faixa etária, indivíduos entre 25 e 30 anos apresentaram escores superiores nos domínios Capacidade funcional ($73,8 \pm 17,5$), Aspectos físicos ($72,7 \pm 41,5$), Dor ($39,2 \pm 12,6$), Aspectos emocionais ($68,3 \pm 41,5$) e Estado geral de saúde ($59,6 \pm 22,1$), enquanto aqueles com 31 anos ou mais apresentaram escores significativamente menores nestes domínios ($p \leq 0,05$), indicando declínio na qualidade de vida com o avanço da idade.

Os solteiros apresentaram médias mais elevadas em todos os domínios, exceto no domínio Dor ($p \leq 0,05$). Participantes autodeclarados amarelos e pretos obtiveram maiores médias nos domínios avaliados em comparação a pardos e brancos ($p \leq 0,05$). Além disso, indivíduos sedentários e com hábitos alimentares inadequados apresentaram escores significativamente menores na maioria dos domínios ($p \leq 0,05$), conforme mostrado na Tabela 3.

Para todas as médias e desvios padrão apresentados, adotou-se padronização de duas casas decimais para garantir maior clareza e uniformidade na apresentação dos dados. Os valores de p foram apresentados em português, sempre com o símbolo “p” minúsculo, seguido do sinal de menor ou igual e o valor correspondente, respeitando as normas científicas.)

Qualidade de vida de hipertensos na Atenção Primária à Saúde em um município do Maranhão

Tabela 3 – Associação entre características sociodemográficas e de estilo de vida com os domínios de qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial (n=362). Colinas, MA, Brasil, 2024.

Características	CF Méd.±DP <i>p</i> -valor	AF Méd.±DP <i>p</i> -valor	Dor Méd.±DP <i>p</i> -valor	EGS Méd.±DP <i>p</i> -valor	Vit. Méd.±DP <i>p</i> -valor	AS Méd.±DP <i>p</i> -valor	AE Méd.±DP <i>p</i> -valor	SM Méd.±DP <i>p</i> -valor
Sexo								
Feminino	56,5 ± 25,6	42,0 ± 46,6	35,0 ± 12,6	59,5 ± 21,9	48,0 ± 24,3	85,9 ± 22,5	41,7 ± 46,3	60,3 ± 23,7
Masculino	57,7 ± 26,9 (0,4359) ¹	40,2 ± 46,6 (0,6176) ¹	36,5 ± 12,4 (0,3131) ¹	60,2 ± 21,6 (0,8967) ¹	53,3 ± 21,5 (0,0452) ²	84,3 ± 22,0 (0,2805) ¹	39,5 ± 46,8 (0,7119) ¹	69,0 ± 22,8 (0,0008) ¹
Faixa etária								
15 a 20	-	-	-	-	-	-	-	-
21 a 25	71,8 ± 18,6	61,4 ± 49,2	38,8 ± 13,4	64,7 ± 17,5	52,7 ± 16,3	85,2 ± 17,5	60,6 ± 49,0	63,3 ± 18,1
25 a 30	73,8 ± 17,5*	72,7 ± 41,5*	39,2 ± 12,6	60,0 ± 20,1	42,6 ± 17,9	77,3 ± 27,2	68,3 ± 41,5*	57,3 ± 25,2
31 ou mais	55,3 ± 26,2* (0,0007) ³	38,6 ± 46,0* (0,0014) ³	35,1 ± 12,5 (0,2430) ³	59,6 ± 22,1 (0,6768) ³	50,0 ± 24,1 (0,3479) ⁴	86,0 ± 22,0 (0,2217) ³	38,6 ± 46,0* (0,0115) ³	63,5 ± 23,8 (0,5024) ³
Cor da pele								
Branco	51,3 ± 27,6	39,0 ± 47,1	34,7 ± 12,5	59,0 ± 24,7	49,1 ± 25,2	83,0 ± 23,8	38,2 ± 47,4	63,2 ± 25,7
Preta	52,6 ± 27,4	38,8 ± 45,4	35,2 ± 11,3	60,9 ± 21,1*	51,4 ± 23,1*	86,2 ± 21,2	39,1 ± 45,4	64,4 ± 24,2*
Amarela	71,1 ± 16,9*	58,9 ± 49,6*	41,6 ± 7,7*	50,1 ± 23,4	39,3 ± 21,6	76,8 ± 22,9	52,4 ± 50,1*	52,0 ± 13,8
Parda	60,7 ± 24,1	42,2 ± 46,7	35,4 ± 13,5	60,2 ± 20,7	46,8 ± 23,4	86,6 ± 22,1*	42,1 ± 46,4	63,3 ± 23,2
Indígena	- (0,0067) ³	- (0,3367) ³	- (0,3311) ³	- (0,6092) ³	- (0,4903) ⁴	- (0,2997) ³	- (0,5063) ³	- (0,2672) ³
Estado Civil								
Solteiro (a)	68,6 ± 20,2*	54,0 ± 47,2*	37,4 ± 12,7	61,8 ± 19,5	53,0 ± 24,2	86,8 ± 19,8	50,5 ± 45,2	66,1 ± 25,2
Casado (a)	54,9 ± 26,0*	39,0 ± 46,6	35,1 ± 12,5	58,8 ± 21,5	48,9 ± 23,4	86,1 ± 22,8	39,1 ± 47,2	62,5 ± 23,7
Viúvo (a)	45,7 ± 28,3*	31,8 ± 43,3*	32,4 ± 11,8	60,8 ± 24,9	49,8 ± 23,9	85,0 ± 22,5	31,6 ± 43,5	64,3 ± 22,7
Divorciado (a)	61,3 ± 22,9 (0,0001) ³	43,8 ± 45,6 (0,0335) ³	39,5 ± 12,7 (0,0568) ³	57,3 ± 23,3 (0,3660) ³	44,0 ± 23,2 (0,4360) ⁴	75,5 ± 24,0 (0,0501) ³	50,0 ± 47,1 (0,1628) ³	55,0 ± 21,5 (0,1717) ³
Renda (R\$)								
Até um salário mínimo	57,2 ± 25,6	39,2 ± 46,1*	35,2 ± 12,6	59,4 ± 21,7	50,0 ± 23,3	85,9 ± 21,5	38,9 ± 46,2	63,0 ± 23,5
2 a 3 salários mínimos	52,8 ± 30,1	65,7 ± 45,0*	38,3 ± 12,5	59,7 ± 23,4	44,4 ± 27,3	79,6 ± 29,7	60,5 ± 45,3	60,9 ± 26,0

4 a 6 salários mínimos	53,8 ± 38,8	56,3 ± 51,5	36,8 ± 14,1	69,5 ± 11,9	46,3 ± 27,5	87,5 ± 25,0	66,7 ± 47,1	66,0 ± 23,2
7 salários mínimos ou mais	65,0 ± 21,2	50,0 ± 70,7	37,5 ± 9,2	87,0 ± 7,1	65,0 ± 0,0	75,0 ± 35,4	66,7 ± 47,01	96,0 ± 5,7
	(0,9114) ³	(0,0224) ³	(0,7535) ³	(0,2066) ³	(0,5101) ⁴	(0,8021) ³	(0,0769) ³	(0,2393) ³
Escolaridade								
Fundamental Incompleto	51,8 ± 26,7	29,0 ± 42,4	33,6 ± 11,9	59,4 ± 22,5	49,3 ± 24,0	86,7 ± 21,6	28,9 ± 42,1*	64,2 ± 24,5
Fundamental Completo	57,0 ± 21,7	49,0 ± 49,9*	36,9 ± 13,2	53,1 ± 21,1	44,9 ± 22,8	85,2 ± 23,2	50,0 ± 50,5*	55,0 ± 23,2
Médio Incompleto	65,4 ± 28,6	52,1 ± 50,5	40,3 ± 14,1*	58,9 ± 26,2	43,6 ± 24,7	67,7 ± 28,4	50,0 ± 52,2	57,0 ± 23,5
Médio Completo	67,3 ± 23,1	68,0 ± 42,4*	38,0 ± 12,5	63,2 ± 18,9	55,3 ± 23,1*	87,2 ± 22,0	67,7 ± 42,7*	65,1 ± 21,9
Superior Completo	68,4 ± 22,2*	59,0 ± 46,7*	40,0 ± 14,1	66,4 ± 18,9*	50,0 ± 19,8	86,5 ± 22,2	54,7 ± 46,0*	67,4 ± 20,7*
	(0,0001) ³	(0,0001) ³	(0,0116) ³	(0,0703) ³	(0,1743) ⁴	(0,0695) ³	(0,0001) ³	(0,0952) ³
Histórico de hipertensão								
Sim	55,9 ± 26,1	40,0 ± 46,7	35,6 ± 12,3	59,3 ± 21,6	49,1 ± 22,9	84,5 ± 22,9	39,5 ± 46,3	61,9 ± 23,5
Não	63,1 ± 24,5	50,0 ± 45,3	34,5 ± 14,2	62,4 ± 22,8	52,7 ± 27,4	90,7 ± 16,9	50,3 ± 46,4	70,4 ± 24,0
	(0,0620) ¹	(0,1171) ¹	(0,6638) ¹	(0,1747) ¹	(0,3109) ²	(0,1493) ¹	(0,1118) ¹	(0,0077) ¹
Prática de atividade física								
Regular	62,0 ± 24,2	47,1 ± 46,3	36,5 ± 13,8	61,4 ± 19,3	50,6 ± 22,7	88,1 ± 18,9	46,2 ± 45,3	63,0 ± 21,9
Ocasional	62,9 ± 21,5*	49,4 ± 46,9*	36,5 ± 13,1	63,6 ± 21,4	50,5 ± 20,6	87,1 ± 20,6	49,1 ± 47,4*	64,6 ± 23,4
Sedentária	51,8 ± 27,6*	35,2 ± 45,8*	34,6 ± 11,8	57,2 ± 22,8	48,8 ± 25,3	83,4 ± 27,2	35,1 ± 45,9*	62,4 ± 24,6
	(0,0040) ³	(0,0188) ³	(0,3468) ³	(0,0921) ³	(0,7852) ⁴	(0,4676) ³	(0,0350) ³	(0,8222) ³
Hábitos alimentares								
Saudáveis	57,3 ± 26,9	41,1 ± 47,5	36,2 ± 12,9*	63,8 ± 19,5*	55,2 ± 22,3*	91,6 ± 15,8*	41,4 ± 47,4	69,5 ± 22,2*
Moderados	58,6 ± 24,6*	45,4 ± 46,3*	35,7 ± 12,6	61,0 ± 21,9*	47,7 ± 23,1*	84,9 ± 21,7*	44,2 ± 45,9*	60,9 ± 23,3*
Insalubres	53,0 ± 27,3	34,1 ± 45,5	34,0 ± 12,0	52,0 ± 22,7*	46,0 ± 25,0*	78,2 ± 27,9*	34,5 ± 45,9	58,9 ± 24,8*
	(0,3679) ³	(0,1804) ³	(0,5114) ³	(0,0010) ³	(0,0091) ⁴	(0,0048) ³	(0,2631) ³	(0,0015) ³

CF: Capacidade funcional; AF: Aspectos físicos; EGS: Estado geral da saúde; Vit.: Vitalidade; AS: Aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: Saúde mental, Méd.: Média; DP: Desvio Padrão, valo de Confiança de 95%, 1Teste de Mann Whitney; 2T de Student; 3Kruskall Wallis; 4Anova One-way; * Post Hoc para identificar grupo com diferença significativa, utilizando Teste de Dunn e correção de Bonferroni.

Fonte: Autora, (2024)).

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo dialogam com a literatura ao apontar que as mulheres buscam os serviços de saúde com maior frequência, geralmente motivadas por maior sensibilidade ao autocuidado e preocupações com o bem-estar geral. Tal comportamento reflete a construção sociocultural do papel feminino no cuidado com a saúde, tanto própria quanto da família. Ainda, o fato de muitos participantes serem casados indica a importância do suporte emocional e social como fator de proteção frente às doenças crônicas, contribuindo para maior adesão ao tratamento e enfrentamento da hipertensão (Santos *et al.*, 2023).

Observou-se, entre os participantes, a presença de fatores de risco importantes, como histórico familiar de HA, sedentarismo, baixa escolaridade e hábitos alimentares apenas moderadamente saudáveis. Tais características, além de potencializarem a progressão da doença, comprometem a compreensão da gravidade da hipertensão e dificultam a adesão a estratégias terapêuticas. Segundo Bazilio *et al* (2021) a associação entre baixa escolaridade e menor capacidade de compreensão sobre a própria condição clínica é frequente em comunidades de menor poder aquisitivo, como ocorre em parte da população de Colinas/MA.

Entre os domínios avaliados (Tabela 2), o aspecto social apresentou pontuação elevada, o que pode ser atribuído à participação dos hipertensos em grupos de apoio ou atividades comunitárias. Em um município de porte médio como Colinas, onde há maior proximidade entre os moradores e maior presença da Estratégia Saúde da Família, essas iniciativas tendem a promover sentimentos de pertencimento, favorecendo uma qualidade de vida (QV) mais ativa (Hoepfner *et al.*, 2021). O apoio social funciona, nesse contexto, como mediador da adesão ao tratamento e da adoção de hábitos saudáveis.

Por outro lado, é sabido que a hipertensão pode estar associada a alterações neuropsíquicas, como sintomas depressivos, ansiedade e distúrbios cognitivos, comprometendo o autocuidado e o controle da PA (Turana *et al.*, 2021). Curiosamente, este estudo encontrou níveis preservados de saúde mental entre os participantes, divergindo da literatura. Tal discrepância pode estar relacionada ao fato de muitos hipertensos da amostra residirem em comunidades com forte vínculo social e familiar, o que pode amenizar o impacto emocional da doença, apesar das condições adversas.

A dor, entretanto, se mostrou presente de forma significativa, sendo um fator limitante da funcionalidade e um indicador de pior QV. Vasconcelos *et al.* (2021), enfatizam que a dor crônica aumenta a utilização de serviços de saúde, a polifarmácia e o declínio funcional, o que também foi refletido neste estudo. Em localidades com acesso limitado à atenção secundária, como Colinas/MA, o subtratamento da dor pode acentuar ainda mais esse impacto.

Os aspectos emocionais também apresentaram escores reduzidos, refletindo, possivelmente, as limitações impostas pela doença na vida cotidiana. A restrição de atividades prazerosas, somada à baixa renda e ao difícil acesso a serviços especializados, pode levar ao isolamento e a quadros de ansiedade e depressão (Silva e Nunes, 2020). Isso demonstra a necessidade de intervenções psicossociais para além do controle farmacológico da hipertensão.

No que se refere ao sexo masculino, os achados deste estudo destoam da maioria dos trabalhos, que indicam maior vulnerabilidade dos homens à hipertensão e menor adesão ao tratamento devido a fatores culturais e comportamentais. Contudo, aqui os homens apresentaram melhor percepção de QV. Isso pode indicar que, embora busquem menos os serviços de saúde, quando o fazem, tendem a aderir com mais rigor ao tratamento, possivelmente motivados por episódios agudos ou agravamento prévio da condição (Silva *et al.*, 2022). Além disso, é importante considerar o recorte local: em Colinas/MA, o perfil de homens hipertensos pode ser influenciado por fatores ocupacionais e ambientais, o que sugere a necessidade de novos estudos qualitativos sobre o tema.

A redução da QV em indivíduos com 31 anos ou mais é condizente com o processo de envelhecimento e com o acúmulo de fatores de risco, mas também pode estar associada às condições estruturais da cidade. A precariedade de serviços especializados, aliada à sobrecarga dos serviços primários, pode comprometer o cuidado longitudinal e o acompanhamento efetivo dos casos mais complexos (Diniz *et al.*, 2022).

A análise por cor da pele mostrou divergência com a literatura, que aponta maior prevalência de HA em indivíduos negros devido a fatores genéticos e sociais, como o acesso precário à saúde. No entanto, em Colinas, a autodeclaração de cor/raça pode sofrer influência de fatores culturais e históricos, levando à subnotificação de negros e pardos em estudos epidemiológicos. Além disso, o padrão de desigualdade socioeconômica atinge diversos

grupos da população, independentemente da raça, o que pode homogeneizar os impactos sobre a QV nesse cenário. (Nunes *et al.*, 2019).

Apesar de solteiros apresentarem maior escore de QV, estudos apontam que relações conjugais estáveis e positivas são protetoras no contexto das DCNT, pois reduzem estressores e facilitam a adesão ao tratamento (Abreu *et al.* 2020). Esse achado reforça a importância de considerar, nas abordagens terapêuticas, o contexto familiar e afetivo de cada indivíduo, evitando generalizações.

Renda e escolaridade foram determinantes claros na QV dos participantes. Aqueles com maior nível de escolaridade e renda relataram melhor qualidade de vida, o que pode estar relacionado a maior acesso a serviços de saúde privados, maior compreensão da doença e maior capacidade de implementar mudanças no estilo de vida (Tomasi *et al.*, 2022).

Em contrapartida, os indivíduos de baixa renda e escolaridade vivem em contextos de maior vulnerabilidade social, o que dificulta a continuidade do tratamento e o acesso a medidas preventivas (Malta *et al.*, 2022). A desigualdade social é marcante em municípios como Colinas, onde a renda média domiciliar é baixa e muitos dependem exclusivamente do SUS. (Mourão *et al.*, 2022).

Por fim, o sedentarismo e a alimentação inadequada permaneceram como fatores críticos, agravando os sintomas da hipertensão e aumentando o risco de complicações, como doenças cardiovasculares e renais. Em comunidades com baixa oferta de espaços públicos para prática de atividade física e acesso limitado a alimentos saudáveis, como observado em Colinas/MA, as intervenções devem ser integradas, com foco na promoção da saúde e no apoio psicossocial (Lima *et al.*, 2020; Molina; Pereira e Hubie, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que pacientes com hipertensão arterial apresentam prejuízos significativos na qualidade de vida, especialmente aqueles com menor nível socioeconômico e educacional, autodeclarados brancos e pretos, sedentários e com padrões alimentares inadequados. A hipertensão arterial, além de ser uma condição médica crônica, afeta

diretamente as atividades cotidianas, o bem-estar emocional e as relações interpessoais dos indivíduos.

Embora tenha sido observada uma preservação relativa dos domínios sociais e da saúde mental, esse achado pode estar associado à capacidade dos pacientes de manejar sua condição crônica com apoio familiar e comunitário. Isso reforça a importância de intervenções que envolvam não apenas o tratamento clínico, mas também suporte psicológico e social.

Diante dos resultados, torna-se evidente a necessidade de políticas públicas que incorporem estratégias educativas voltadas à promoção da saúde, com foco em alimentação saudável, prática regular de atividade física e adesão ao tratamento. Sugere-se a implementação de ações comunitárias contínuas e integradas nas Unidades Básicas de Saúde, a fim de fortalecer o vínculo entre usuários e equipe de saúde, fomentar a corresponsabilização no cuidado e ampliar o acesso à informação e aos serviços.

A melhoria da qualidade de vida desses pacientes requer uma abordagem interdisciplinar e humanizada, que leve em conta não apenas os aspectos biomédicos, mas também o contexto social e emocional em que estão inseridos. Nesse sentido, os achados do presente estudo podem subsidiar estratégias clínicas mais personalizadas e abrangentes, que transcendam o controle pressórico isolado, favorecendo o bem-estar integral.

Por fim, é necessário reconhecer as limitações do estudo, como a baixa adesão de alguns participantes, recusas espontâneas e a dificuldade de mobilização das equipes das UBS durante a coleta de dados. Apesar dessas adversidades, os dados obtidos mantêm sua relevância e confiabilidade, podendo contribuir de forma significativa para o aprimoramento das práticas em saúde e para futuras pesquisas na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, K. *et al.* Dieta DASH no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 621-634, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifev.edu.br/index.php/unic/article/view/568>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BARROSO, W. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003031852>. Acesso em: 02 set. 2023.

BUZAS, R. et al. Hipertensão Arterial e Ácido Úrico Sérico em Idosos – Estudo SEPHAR III. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, n. 2, p. 378-384, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Você sabe o que é hipertensão? 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2022/voce-sabe-o-que-e-hipertensao>. Acesso em: 03 dez. 2023.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

FERREIRA, J. C. et al. Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Enferm Foco, v. 12, n. 1, p. 125-131, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3305>. Acesso em: 22 set. 2023.

JULIÃO, N. A. et al. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 9, p. 78-86, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L4sGZw5MYny3vjWDnCVLbxs/>. Acesso em: 30 set. 2023.

OLIVEIRA, C. G. S. et al. Arguição do perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Primária no Brasil de 2018 a 2022. Revista de Patologia do Tocantins, v. 10, n. 1, p. 71-76, 2023. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/>. Acesso em: 24 set. 2023.

PORTES, M. V. C. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica Associada a Fatores de Risco Cardiovascular na População de um Município da Região Noroeste Fluminense. Revista Interdisciplinar de Pensamento Científico, Brasil, v. 6, n. 1, p. 219-228, 2020.

SANTIAGO, E. R. C. et al. Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, n. 4, p. 687-695, 2019.

SILVA, P. L. N. et al. Qualidade de vida do portador de hipertensão arterial sistêmica assistido por uma estratégia de saúde da família de Minas Gerais. Journal of Management & Primary Health Care, v. 10, n. 6, p. 87-96, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 24, n. 1, p. 12, 2016.).



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).