



Estilo e qualidade de vida de hipertensos frequentadores de uma policlínica universitária

Lifestyle and quality of life of hypertensive patients attending a university clinic

Magali Miranda Barcelos¹, Alessandra Paula Ferreira Moreira Neumann², Natália Cristina de Oliveira³, Thamires da Silva Ribeiro⁴, Giovanna Narciso Pittlovanciv⁵, Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro^{6*}

¹Nutricionista pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; ²Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo e Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; ³Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da USP e Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; ⁴Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; ⁵Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; ⁶Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

***Autor correspondente:** Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro – *Email:* marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil de frequentadores hipertensos de uma Policlínica Universitária quanto à avaliação antropométrica, variáveis sociodemográficas, pressão arterial, estilo e qualidade de vida. Método: Trata-se de um estudo transversal descritivo quantitativo com pacientes de uma policlínica universitária com idade igual ou superior a vinte anos, que avaliou aspectos sociodemográficos, qualidade de vida, dados antropométricos, aferição da pressão arterial e análise do estilo de vida. Resultados: Foram observadas uma correlação entre o aumento da idade e a redução do peso, bem como uma percepção mais positiva da qualidade de vida entre aqueles que adotam um estilo de vida mais saudável. Conclusão: Conclui-se que a maioria dos frequentadores hipertensos da Policlínica Universitária eram idosos, do sexo feminino, de cor parda, vivendo com companheiro, com baixo nível de escolaridade, pertencentes à classe socioeconômica C e com excesso de peso.

Palavras-chave: Hipertensão; Qualidade de vida; Estilo de Vida; Promoção da saúde.

ABSTRACT:

Objective: to characterize the profile of hypertensive patients attending a university clinic in terms of anthropometric assessment, sociodemographic variables, blood pressure, lifestyle and quality of life. Method: This was a quantitative descriptive cross-sectional study involving patients aged twenty years or older from a university clinic. They were evaluated for sociodemographic aspects, quality of life, anthropometric data, blood pressure and lifestyle. Results: An association was observed between increasing age and weight reduction, as well as a more positive perception of quality of life among those who adopt a healthier lifestyle. Conclusion: The majority of the hypertensive patients attending the university clinic were elderly, female, of mixed race, living with a partner, with low level of education, belonging to socioeconomic class C, and with excessive body weight.

Keywords: Hypertension; Quality of life; Lifestyle; Health promotion.

INTRODUÇÃO

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) aumentou duas vezes mais no mundo entre os anos de 1990 e 2019¹, especialmente nos países de baixo e médio rendimento, pois, a conscientização, o tratamento e o controle da hipertensão possuem baixa adesão, sendo necessárias estratégias de implementação multifacetadas para a prevenção e controle da hipertensão para enfrentar as barreiras ao nível do paciente, do prestador de cuidados, do sistema e da comunidade².

Dados do Brasil apontam que 24,3% da população está acometida por essa doença crônica não transmissível (DCNT), que tem como etiologia fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais^{3,4}.

O processo de diagnóstico e determinação do tratamento da hipertensão arterial (HA) engloba diversos fatores, isso inclui avaliar a hipertensão, revisar o histórico médico do paciente, realizar exames físicos e clínicos e confirmar o diagnóstico⁵. Conforme a pesquisa Vigitel 2023, do Ministério da Saúde, um quarto dos brasileiros (27,9%) são hipertensos e cerca de 1 a cada 5 adultos de 35 a 44 anos (19%) convivem com a doença⁶.

Salienta-se que o tratamento da HAS possui medidas de intervenção medicamentosa e não medicamentosa^{7,8}, assim, a terapia não medicamentosa envolve mudanças nos hábitos alimentares e a promoção de atividade física, mesmo para aqueles pacientes que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos⁹. Essas práticas estão relacionadas a um estilo de vida saudável e podem melhorar a qualidade de vida (QV) de hipertensos¹⁰.

Acredita-se que hábitos de vida saudáveis devem ser incorporados desde a infância e adolescência dos indivíduos, por meio de práticas de promoção da saúde que incentivem esses comportamentos, especialmente, porque mudanças no estilo de vida (EV) promovem a regulação da pressão, bem como reduzem o risco de mortalidade cardiovascular^{11,12,13}.

O aumento de peso pode ter relação com outras condições crônicas, como HA e diabetes. A prevalência de excesso de peso tem crescido vertiginosamente, alcançando 61,4% da

população, sendo maior entre os homens (63,4%) do que entre as mulheres (59,6%) em 2023⁶. É visível que o EV é um agente importante para a redução de riscos das DCNT, destaca-se a prática de atividade física e uma alimentação equilibrada na busca da qualidade de vida.

As DCNT estão associadas com o comprometimento da capacidade funcional dos indivíduos e conseqüentemente na redução da QV¹⁴.

Em estudos realizados por Borges et al. (2019) com idosos hipertensos e ou diabéticos da comunidade, com média de idade de 70 ± 6 anos, em sua maioria de baixa classe socioeconômica e baixa escolaridade, verificou-se que a presença de DCNT influenciou de forma negativa a QV dos idosos, quando comparados àqueles sem doenças crônicas¹⁵.

Frisa-se que o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) afirma que a adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas são requisitos fundamentais para prevenção e tratamento da HA enfatizando ações direcionadas à promoção da saúde desses indivíduos¹⁶.

O processo de conhecer o estilo e qualidade de vida de indivíduos hipertensos mostra-se importante por permitir o desenvolvimento e implementação de um plano de ações mais resolutivo¹⁷.

Assim, diante do exposto, esse estudo teve como objetivo caracterizar e relacionar o perfil de frequentadores hipertensos de uma Policlínica Universitária quanto a avaliação antropométrica, variáveis sociodemográficas, pressão arterial (PA), estilo e qualidade de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo quantitativo, realizado na Policlínica Universitária de um Centro Universitário na zona sul de São Paulo. Esta Policlínica Universitária tem sido uma retaguarda para atendimentos de psicologia, nutrição e fisioterapia das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na região. A amostra foi por conveniência e composta por frequentadores

hipertensos aleatoriamente selecionados que compareceram no estabelecimento no período de abril a agosto de 2018, por meio de convite oral dos pesquisadores, dos profissionais das especialidades que eles estavam sendo acompanhados e/ou pelas recepcionistas da Policlínica.

Foram incluídos nesta pesquisa, indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, alfabetizados de ambos os sexos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial primária. De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸ consideram-se adolescentes, indivíduos com idade maior ou igual a 10 anos e menor que 20 anos. Foram excluídos da amostra gestantes, indivíduos não aptos para responder o questionário (devido incapacidade de compreensão e comunicação verbal), aqueles com limitações físicas que impedissem a aferição da PA e aqueles que tinham HA secundária e comorbidades, como neoplasias e insuficiência renal dialítica.

A partir do momento que os indivíduos aceitaram participar da pesquisa, os pesquisadores entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que era lido e assinado nas duas vias pelos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE 80967817.2.0000.5377 e parecer número 2.451.649.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram questionários validados e respondidos pelos participantes com tempo médio de 30 minutos, em local reservado que garantia a privacidade.

Os aspectos sociodemográficos foram sexo (feminino ou masculino), idade (anos), raça (branco, pardo, preto, amarelo ou indígena), estado civil (solteiro, casado, viúvo, união estável ou divorciado), e a classificação socioeconômica, que foi avaliada através da quantidade de itens em domicílio e grau de instrução¹⁹.

A qualidade de vida foi avaliada pelo mini-questionário de QV em Hipertensão Arterial (MINICHAL). Este é um instrumento composto por 17 perguntas, dividido em dois domínios (estado mental e manifestações somáticas) com quatro possibilidades de respostas de acordo com

a escala de frequência do tipo Likert: zero (não, absolutamente), 1 (sim, pouco), 2 (sim, bastante) e 3 (sim, muito). Os participantes responderam as questões fazendo menção aos últimos sete dias anteriores à entrevista^{20,21}. O escore total foi obtido por meio da soma dos itens, sendo que quanto mais próximo de zero fosse o resultado, melhor o nível de QV²⁰.

Os dados antropométricos de peso e altura foram autorreferidos pelos participantes. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido pelo cálculo da razão do peso (kg) pela altura elevada ao quadrado (m²) e a classificação do estado nutricional dos indivíduos foi realizada de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS¹⁸. Os valores de IMC para adultos (20 a 59 anos) foram classificados em: IMC < 25 kg/m² (normal), 25-29,9 kg/m² (sobrepeso) e acima de 30 kg/m² (obesidade)²¹. Para idosos (60 anos ou mais), segundo a *Nutrition Screening Initiative* (1994), foram classificados em: IMC < 22 kg/m² (baixo peso); IMC entre 22 e 27 kg/m² (eutrófico) e IMC ≥ 27 kg/m² (excesso de peso).

A PA foi aferida no início e ao final da aplicação do questionário, através de esfigmomanômetros digitais, calibrados, das marcas Citizen CH-656C, Omron HEM-6124 e Tech Line BP-2208. O método utilizado para a aferição de PA dos participantes foi realizado segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2021³ e o VII *Joint National Committee*²². Os valores foram anotados no formulário, e a média da pressão arterial foi utilizada para análise da pesquisa.

O EV foi avaliado pelo questionário "Estilo de Vida Fantástico" que é um instrumento genérico desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska, em 1984, um dos mais utilizados para avaliação do EV. Foi traduzido e validado para o português do Brasil por Rodriguez-Añez, Reis e Petroski (2008)²³ com a finalidade de auxiliar os profissionais que trabalham com prevenção, para que estes possam melhor conhecer e medir o EV dos seus pacientes, que tem por objetivo mensurar os principais elementos que caracterizam o estilo de vida. Esse questionário é um instrumento que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a

associação entre o estilo de vida e a saúde do indivíduo. O questionário possui 25 perguntas divididas em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção e 9) trabalho²³.

A codificação das questões foi realizada de 0 a 4, onde zero é para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. A soma de todos os pontos permitiu chegar no escore total que classifica os indivíduos em: excelentes (85 a 100 pontos), muito bom (70 a 84 pontos), bom (55 a 69 pontos), regular (35 a 54 pontos) e necessita melhorar (0 a 34 pontos). Quanto menor o escore, maior a necessidade de mudanças²³.

Os dados foram dispostos em planilhas do Microsoft Excel 2013. Todas as análises foram realizadas por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 27 para Windows. A normalidade das variáveis foi testada por meio do método de D'Agostino e Pearson. As associações entre as diferentes variáveis foram determinadas por meio dos coeficientes de correlação de Pearson. As comparações entre os grupos (normotensos e

hipertensos) foram feitas pelo teste qui-quadrado de Pearson (variáveis categóricas) e pelo teste t de Student (variáveis contínuas). As associações entre as variáveis do estudo foram calculadas pelos testes de correlação de Pearson ou Spearman e foram classificadas da seguinte forma: 0,0 a 0,19 - associação muito fraca; 0,2 a 0,39 - associação fraca; 0,4 a 0,69 - associação moderada; 0,7 a 0,89 - associação forte; 0,9 a 1,0 - associação muito forte. Em todos os casos, o nível de significância α foi estabelecido em 5%.

RESULTADOS

Dos 164 pacientes hipertensos convidados, 159 participaram integralmente, respondendo todos os questionários. Apenas cinco desistiram ao longo da pesquisa. Os participantes eram majoritariamente do sexo feminino (68,6%), com idade média \pm DP de $61,81 \pm 10,97$ anos, 51,6% (n=82) relataram morar com companheiro e 48,4% (n=77) sem companheiro. Verificou-se maior proporção de idosos (60,4%), com baixo nível de escolaridade e excesso de peso (sobrepeso mais obesidade), sendo 79,7% entre os adultos e 71,1% entre os idosos (Tabela 1).

TABELA 1. Características dos frequentadores hipertensos de uma Policlínica Universitária, São Paulo, 2018.

Variável	Categorias	n (%)	Média \pm desvio-padrão
Idade			61,81 \pm 10,97
Sexo	Feminino	109 (68,6)	
	Masculino	50 (31,4)	
Estado Civil	Com companheiro	82 (51,6)	
	Sem companheiro	77 (48,4)	
Escolaridade	Até 8 anos	87 (54,7)	
	Mais de 8 anos	72 (45,3)	
Classe socioeconômica	Classe A	2 (1,3)	
	Classe B	29 (18,2)	
	Classe C	99 (62,3)	
	Classe D-E	29 (18,2)	
Classificação do IMC	Eutrofia	12 (20,3)	
	Adultos (n=59)	Sobrepeso	22 (37,3)
Idosos (n= 90)	Obesidade	25 (42,4)	
	Baixo peso	6 (6,7)	
	Eutrófico	20 (22,2)	
Pressão Arterial	Excesso de peso	64 (71,1)	
	Normotenso	74 (46,8)	
	Hipertenso	84 (53,2)	

Qualidade de Vida	Ruim	54 (34,0)
	Regular	56 (35,2)
	Boa	49 (30,8)
Estilo de Vida	Regular	05 (3,1)
	Bom	40 (25,2)
	Muito Bom	86 (54,1)
	Excelente	28 (17,6)

Fonte: Autoria própria (2018).

A comparação entre os indivíduos normotensos e hipertensos (Tabela 2) revelou que os grupos eram homogêneos em relação à idade, estado civil, escolaridade e QV. Entretanto, os grupos diferiram em relação à predominância de sexo (mais homens no grupo de indivíduos

hipertensos), classe socioeconômica (mais indivíduos das classes C, D-E no grupo de hipertensos), IMC (mais pessoas eutróficas no grupo de hipertensos em relação ao de normotensos), e EV (mais indivíduos com EV na categoria “muito bom” no grupo de hipertensos).

TABELA 2. Comparação das variáveis sociodemográficas entre os indivíduos normotensos e hipertensos.

Variável		Normotensos	Hipertensos	p
Idade		61,16 ± 11,42	62,3 ± 10,65	0,52*
Sexo	Feminino	56	52	0,03**
	Masculino	18	32	
Estado Civil	Com companheiro	35	47	0,27**
	Sem companheiro	39	37	
Escolaridade	Até 8 anos	45	41	0,82**
	Mais de 8 anos	29	43	
Classe socioeconômica	Classe A	0	2	<0,001**
	Classe B	16	12	
	Classe C	47	52	
	Classe D-E	11	18	
Classificação do IMC	Eutrofia	13	26	<0,001**
	Sobrepeso	11	11	
	Obesidade	45	42	
Qualidade de Vida	Ruim	26	28	0,27**
	Regular	21	34	
	Boa	27	22	
Estilo de Vida	Regular	3	2	<0,001**
	Bom	19	21	
	Muito Bom	38	47	
	Excelente	14	14	

Fonte: Autoria própria (2018).

Dados expressos como médias ± desvios-padrão

*Teste t de Student.

**Test Qui-quadrado de Pearson.

Também foi verificado uma correlação inversa e significativa, conforme a Tabela 3, entre a idade e o peso ($r = -0,267$ e $p = 0,001$) e entre a qualidade e o estilo de vida ($r = -0,592$ e $p = 0,000$), indicando a redução do peso com o avanço da idade e uma percepção melhor da QV com a melhora no EV. Entre a idade e o EV, observou-se uma correlação positiva e significativa ($r = 0,232$ e $p = 0,003$), apontando

que com o aumento da idade houve melhora no EV. Quando os participantes foram divididos em normotensos e hipertensos no momento da entrevista para verificar a diferença nas médias das variáveis de estudo, verificou-se que a média do IMC dos hipertensos era menor que a dos normotensos ($p = 0,04$).

TABELA 3. Correlações significantes entre as variáveis de estudo de frequentadores hipertensos de uma Policlínica Universitária, São Paulo, 2018.

Variável	r	p
Idade x Peso	-0,267	0,001
Idade x Estilo de vida	0,232	0,003
Qualidade de vida x Estilo de vida	-0,592	0,000

Fonte: Autoria própria (2018).
 Teste de correlação de Pearson.

DISCUSSÃO

Nota-se na presente pesquisa, a prevalência de frequentadores hipertensos do sexo feminino, idosos, com excesso de peso, com baixo nível de escolaridade e renda, esses resultados também refletem os achados de outros estudos^{24,25,26,27}.

Cabe ressaltar que a hipertensão arterial feminina também é representada em dados nacionais, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁶ em 2023, apontou que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 27,9%, sendo maior em mulheres (29,3%) do que em homens (26,4%). Propaga-se que a prevalência global da HA apresentou tendência crescente ao longo das décadas, consoante um estudo de colaboração global que analisou 1.479 estudos de base populacional de 1975 a 2015, destacando a importância de ações governamentais, tratamento e mudanças no EV²⁸.

Isso evidencia, cada vez mais, a busca de QV e ações que facilitem a adoção de um EV mais saudável dos indivíduos, nesse sentido, Borges et al. (2022)²⁹, observaram a melhora na QV dos hipertensos com a aplicação de intervenções voltadas à promoção da saúde. Cunha, Ferreira & Brito et al. (2017)³⁰, utilizando o mesmo instrumento do presente estudo para avaliar a QV (MINICHAL), observaram entre 105 adultos e idosos com média de idade de 62,7, que a QV foi melhor entre os participantes com melhor EV. Esses dados coincidem com os achados do presente estudo que demonstrou correlação significativa entre os indivíduos com melhor EV e melhor percepção da QV. Foi observado que a redução do peso está relacionada com o avanço

da idade, pode-se inferir esse achado com as alterações na composição corporal vividas com o envelhecimento tais como perda de massa magra, aumento da gordura corporal e diminuição da massa óssea³¹. No presente estudo, notou-se que as mulheres têm uma melhor percepção de sua condição de saúde e buscam mais os serviços de saúde do que os homens, representando 69% da amostra, essas tinham idade média de 62 ± 11 anos, assim como nos estudos de Cobo, Cruz, Dick (2021)³² em que as mulheres obtiveram 12,7 pontos percentuais a mais que os homens na busca por consultas na Atenção Primária à Saúde em 2019. É importante destacar que os idosos também procuram com maior frequência as unidades de saúde e assim estão mais expostos às ações de promoção da saúde. Tal fato pode ser atribuído à tendência de uma maior proporção de mulheres na população idosa e às necessidades específicas do sexo. Nesse contexto, as mulheres conseguem ser diagnosticadas e tratadas de maneira mais precoce. Isso, por sua vez, contribui para uma expectativa de vida mais elevada em comparação com os homens³³. Nesse sentido, os dados deste estudo mostram que o EV dos hipertensos melhorou com o aumento da idade.

Uma das características predominantes na maioria da amostra estudada foi a baixa escolaridade e condição socioeconômica, assim como, QV regular. De acordo com Ferreira *et al.*, (2021)²⁶ há uma relação entre maior QV e condições de saúde, para aqueles com maior renda per capita e nível de escolaridade. Em consonância Santos *et al.* (2023)²⁷, observaram em seu estudo que a percepção do fator econômico como um elemento importante para a obtenção de QV, veio do grupo com menor poder aquisitivo.

No que se refere ao IMC, observou-se predominância de obesidade em adultos (42,4%) e excesso de peso em idosos (71,7%), assim como nos achados de Loureiro *et al.* (2020)³⁴, onde demonstraram por meio do IMC em adultos, 39,5% com obesidade, e excesso de peso em 45,1% dos idosos, e afirmaram maior prevalência de hipertensão entre os homens com obesidade.

Ao se avaliar a relação entre HA e o estado nutricional, observou-se que o peso dos frequentadores hipertensos avaliados foi maior no grupo com menos de 60 anos. A prevalência dos frequentadores hipertensos adultos com excesso de peso foi de 79,7% e a de idosos na mesma condição foi de 71,7%. Sabe-se que o excesso de peso é um fator de risco para doenças crônicas como a HA³⁵.

O tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial com foco na alimentação saudável, prática de atividade física, controle do estresse, não ao tabagismo e consumo de álcool controlado estão bem estabelecidos como práticas positivas no controle da PA, associada ou não, ao tratamento medicamentoso³⁶. No presente estudo houve maior prevalência de EV muito bom entre os hipertensos quando comparados aos normotensos no momento da entrevista. Essas medidas de promoção da saúde são incentivadas nesta Policlínica Universitária entre os profissionais das diversas especialidades que têm contato tanto com os pacientes como com os frequentadores deste local, o que pode influenciar positivamente no EV saudável.

Neste estudo não houve correlação entre a QV e a PA. Entretanto, segundo o estudo de Lee *et al.* (2020)³⁷ a QV dos indivíduos hipertensos está vigorosamente relacionada com a PA controlada, uma vez que os sintomas causados pelo não controle da pressão limitam a execução das atividades habituais e implicam em dificuldades financeiras. Li *et al.* (2018)²⁴ relatam que além da idade, a escolaridade e a renda podem influenciar a QV dos indivíduos. Não houve diferença da escolaridade e da classe socioeconômica entre os participantes quando analisada a diferença entre a média da PA na coleta de dados, entre os grupos normotenso e hipertenso. Contudo, vale mencionar que o baixo grau de instrução leva a doenças, infecções e outras situações de vulnerabilidade³⁸. Em estudo

realizado por Fiório *et al.*, (2020)²⁵, visando analisar a evolução da prevalência de HA em 2003 e 2015, verificaram que a prevalência de HA aumenta com a baixa escolaridade, especialmente entre os indivíduos sem escolaridade e com ensino fundamental I e II.

Sendo assim, nota-se que os frequentadores hipertensos deste estudo possuem um EV que pode beneficiar a própria saúde, uma vez que segundo os resultados obtidos nesta investigação, a maioria apresentou um EV classificado como “muito bom” e “bom”. Esses achados ressaltam a importância de adotar e manter hábitos saudáveis para a gestão e prevenção da hipertensão, destacando a necessidade de promover práticas que beneficiem a saúde geral dos indivíduos afetados por essa condição. Acredita-se que esses resultados refletem o fato desses indivíduos frequentarem regularmente o serviço de saúde da Policlínica, que apresenta diversas atividades multidisciplinares com fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros, além de estimular o tratamento com orientações para um EV saudável e promotor da saúde. Tais ações são pautadas na valorização da participação do indivíduo na busca de conhecimento e autonomia com o objetivo de promover uma mudança efetiva para melhorar sua saúde e o bem-estar, a partir da sensibilização e comprometimento do indivíduo com alterações positivas no seu EV³². No tocante aos medicamentos anti-hipertensivos e as modificações no EV, sugere-se que estes devem ser combinados no tratamento da hipertensão, na busca de manter um hábito saudável recomendado que geralmente consiste em cinco componentes: dieta saudável, aumento da atividade física, controle do peso corporal, cessação do tabagismo e consumo limitado de álcool³⁹.

Para melhorar o estilo e a qualidade de vida dos frequentadores hipertensos de uma policlínica, recomendam-se algumas estratégias: 1) Educação sobre Hipertensão: Ofereça sessões educativas regulares para os pacientes sobre o que é a hipertensão, seus fatores de risco, complicações associadas e estratégias de prevenção e controle; 2) Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis: Incentive os pacientes a adotar uma dieta balanceada, rica em frutas, vegetais,

grãos integrais e alimentos com baixo teor de gordura saturada e sódio; 3) Promova a prática regular de exercícios físicos adequados às condições de saúde de cada paciente; 4) Monitoramento Regular da PA: Realize verificações regulares da PA dos pacientes e forneça orientações sobre como monitorá-la em casa, incentivando-os a registrar seus próprios valores e compartilhá-los com os profissionais de saúde; 5) Tratamento Médico Adequado: Certifique-se de que os pacientes estejam seguindo corretamente o plano de tratamento prescrito pelos médicos, incluindo o uso regular de medicamentos anti-hipertensivos, se necessário e 6) Acompanhamento Multidisciplinar: Promova uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos e outros profissionais de saúde, para fornecer uma ampla gama de serviços e suporte aos pacientes hipertensos. Entre as limitações do presente estudo encontra-se a amostra por conveniência que não permite rigor na seleção e representatividade da população, assim como a ausência de análise do uso e adesão medicamentosa. Ressalta-se a necessidade de estudos longitudinais para aprofundar tais aspectos que foram discutidos.

CONCLUSÃO

A maioria dos frequentadores hipertensos da Policlínica Universitária eram idosos, do sexo feminino, de cor parda, vivendo com companheiro, com baixo nível de escolaridade, pertencentes à classe socioeconômica C e com excesso de peso. Entre os participantes, observa-se uma correlação entre o aumento da idade e a redução do peso, bem como uma percepção mais positiva da QV entre aqueles que adotam um EV mais saudável. Os achados reforçam que as ações de promoção da saúde devem envolver os pacientes, familiares e profissionais de saúde numa discussão que valorize o paciente na busca por conhecimento e autonomia dos cuidados de saúde, buscando a mudança do EV, adesão à medicamentos anti-hipertensivos para melhoria da QV. Ao implementar essas estratégias, é possível ajudar

os frequentadores hipertensos de uma policlínica a melhorar seu EV e QV, reduzindo os riscos associados à hipertensão e promovendo seu bem-estar geral.

REFERÊNCIAS

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*; 2021; 10304(398): 957-980, DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1.
2. Mills KT; Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews. Nephrology (Online)*, 2020; 16(4):223-237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
3. Brasil. Vigitel – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS;Nº 37,2014. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.

- Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] Brasília, 2023. 131 p. : il Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>.
7. Fu J, Liu Y, Zhang L, Zhou L, Li D, Quan H, Zhu L, Hu F, Li X, Meng S, Yan R, Zhao S, Onwuka JU, Yang B, Sun D, Zhao Y. Intervenções não farmacológicas para redução da pressão arterial em adultos com pré-hipertensão a hipertensão estabelecida. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(19).doi:10.1161/JAHA.120.016804
 8. Fumagalli C, Maurizi N, Marchionni N, Fornasari D. β -blockers: Their new life from hypertension to cancer and migraine. *Pharmacol Res*. 2020;151: 104587. doi:10.1016/j.phrs.2019.104587
 9. Abreu LBO, Portela NLC, Lima JG, Cunha PPHA, Saraiva MTS, Silva JL. Quality of life of hypertensive patients accompanied by a family health strategy team. *Rev Enferm UFPI*. 2020;9:e8816. Doi: 10.26694/2238-7234.9111-19.
 10. Marques AP, Szwarcwald CL, de Souza-Junior PRB, Malta DC, Montilla DER. Prevalence of arterial hypertension in Brazilian adults and its associated factors and activity limitations: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2019 Oct 31;137(4):312-321. doi: 10.1590/1516-3180.2018.0251220719. PMID: 31691763.
 11. Silva TR, Feldman C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Soc. São Paulo*, 2006; 15(3):180-189, <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300015>.
 12. Jardim PCBV, Gondim M do RP, Moreira HG, Vitorino PV de O, Souza WKS, Scala LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo, 2007; v.88(4):452-457, <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400015>.
 13. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm. São Paulo*, 2010, 23(6):782-787, <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600011>.
 14. Cassiano AN do, Silva TS da, Nascimento CQ do, Wanderley EA, Prado ES, Santos TM de M, *et al*. Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciênc coletiva*, 2020 Jun;25(6):2203–12. doi: 10.1590/1413-81232020256.27832018.
 15. Borges JES, Camelier AA, Oliveira LVF, Brandão GS. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos da comunidade: um estudo observacional. *Rev. Pesqui. Fisioter*. 2019;9(1):74-84. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2249
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il, Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

17. Sampaio SML, Silva IB, Luna CA de, Rangel JF, Feitosa PG, Ferreira FDW, et al. Promoção da saúde de pacientes hipertensos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 2021; 4(2):5238-5249. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26176/20773>
18. World Health Organization. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee. 1995. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP). Critério Brasil 2015 e atualização da Distribuição de classes para 2016. 2019. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio.brasil>.
20. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2008; 90(2), 139-144. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000200010>.
21. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, São-João TM, Martini GG, Nadruz-Junior W, et al. Quality of life on arterial hypertension: validity of known groups of MINICHAL. *Arq Bras de Cardiol*, 2015; 104(4), 299-307. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150009>
22. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Verde LA., Izzo-Júnior JL., et al. National high blood pressure education program coordinating committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 2003; 289(19), 2560-2571. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.289.19.2560>.
23. Rodriguez-Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arq Brasileiros de Cardiologia*, 2008;91(2), 102-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>.
24. Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. “Correlações entre estilo de vida promotor de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos com hipertensão em Hengyang, Hunan, China.” *Medicina* 2018 ;97(25): e10937. doi:10.1097/MD.00000000000010937
25. Fiório CE , Cesar CLG , Alves MCGP , Goldbaum M. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23: DOI: 10.1590/1980-549720200052.
26. Ferreira JCV, Moreira RP, Ferreira GO, Felício JF. qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Enferm Foco* 2021;12(1):125-31, Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3305/1107>.
27. Santos K de L, Silva Júnior EG da, Eulálio, M. do C. Concepções de idosos com hipertensão e/ou diabetes sobre qualidade de vida. *Psicol Estud*, 2023; 28:e53301. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.5330>
28. NCD Risk Factor Collaboration Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: A pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet*. 2017;389:37–55. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31919-5
29. Borges FM, Silva FRS, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Silva ARV da, Machado ALG. Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. *Cad*

- Saúde Coletiva, 2022; 30(1), 146–157.
<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010110>
30. Cunha LDM, Ferreira PAC, Brito I da S. Qualidade e Estilo de Vida da Pessoa Hipertensa. *Pensar Enf*, 2023; 20 (2): 19-32. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/137/140>
31. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Brasileira de Ciência e Movimento* 2000;8(4):21-32, DOI: <https://doi.org/10.18511/rbcm.v8i4.372>.
32. Cobo B, Cruz C, e Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [online], 2021; 26 (09), pp. 4021-4032, <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>.
33. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 Mar;54:e03544. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x201804810354>
34. Loureiro NSL, Amaral TLM, Amaral C de A. et al. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doenças cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco, Acre. *Revista: Saúde Pública* 54. 2020. DOI:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001088>
35. Mouton AJ, Li X, Hall ME, Hall JE. Obesity, Hypertension, and Cardiac Dysfunction: Novel Roles of Immunometabolism in Macrophage Activation and Inflammation. *Circ Res*. 2020;126(6):789-806. doi:10.1161/CIRCRESAHA.119.312321
36. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658
37. Lee CJ, Park WJ, Suh JW, et al. Relationship between health-related quality of life and blood pressure control in patients with uncontrolled hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020;22(8):1415-1424. doi:10.1111/jch.13941
38. Jesus, ITM de et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, p. 614-620, 2017, <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>.
39. Tam HL, Wong EML, Cheung K. Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients: an integrative review. *Int j environ res public health*, 2020; 17(7):2513, DOI: 10.3390/ijerph17072513.

Recebido: 14 mai. 2024

Aceito: 18 jul. 2024