



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA,
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

EUSIENE FURTADO MOTA SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS NEGRAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL

São Luís

2025

EUSIENE FURTADO MOTA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS NEGRAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Hélia Lima Sardinha

São Luís

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Eusiene Futado Mota.

Qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial / Eusiene Futado Mota Silva. - 2025. 79 f.

Orientador(a): Ana Hélia Lima Sardinha.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - Ma, 2025.

1. Idoso. 2. População Negra. 3. Hipertensão. 4. Qualidade de Vida. 5. Atenção Primária À Saúde. I. Sardinha, Ana Hélia Lima. II. Título.

EUSIENE FURTADO MOTA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS NEGRAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Hélia Lima Sardinha (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino (Examinador Interno)
Universidade Federal do Maranhão

São Luís

2025

“Posso todas as coisas naquele que me fortalece.”

(Filipenses 4:13)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me agraciado com a oportunidade de ingressar neste mestrado e vivenciar essa experiência acadêmica, concedendo-me força, saúde e perseverança em cada etapa desta caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (PPGENF/UFMA) e à CAPES, pela oportunidade de formação e pelo apoio à pesquisa, que viabilizaram a concretização deste sonho

À minha orientadora, Professora Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, pelas contribuições, pela orientação e pelo acompanhamento durante o desenvolvimento desta dissertação, fundamentais para a construção e finalização deste trabalho acadêmico.

Ao grupo de pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque na saúde de idoso - NUPECE, pelo aprendizado, pelo apoio coletivo e pela troca de conhecimentos que enriqueceram esta trajetória, em especial ao amigo Rômulo Bogéa, pelo incentivo e colaboração ao longo dessa caminhada.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA, que ministraram disciplinas, compartilharam saberes e contribuíram para minha formação, bem como às docentes que compuseram a banca examinadora, cujas contribuições foram fundamentais para o aprimoramento desta dissertação.

À minha instituição de trabalho, o Centro de Ensino Superior Santa Terezinha (CEST), pelo apoio institucional fundamental. Aos colegas dessa instituição, pela parceria, pelas conversas, pelas dicas e pelo incentivo ao longo desse percurso.

Ao meu esposo Jairo Santos da Silva, companheiro incansável, que sonhou comigo este projeto, caminhou ao meu lado em todos os momentos, me apoiou com amor e compreensão e foi meu alicerce nos dias de maior desafio.

Ao meu filho Eduardo Furtado, razão da minha coragem e inspiração diária, que me motiva a prosseguir sempre, mesmo diante das dificuldades.

À minha família, pelo amor, pela paciência e pela compreensão das minhas ausências, sempre acreditando em mim e torcendo pelo meu sucesso, em especial, em memória do meu pai, cuja presença permanece viva em cada conquista e em cada passo desta jornada.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização desta conquista, minha sincera gratidão.

SILVA, E. F. M. **Qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial**. 2025. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das condições crônicas mais prevalentes entre pessoas idosas e afeta de forma mais acentuada a população negra, comprometendo a qualidade de vida. A intersecção entre raça, envelhecimento e condições crônicas evidencia iniquidades históricas no acesso à saúde e nas condições de vida, o que reforça a importância de avaliar a qualidade de vida dessa população para subsidiar políticas públicas equitativas e práticas de cuidado culturalmente sensíveis. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado entre janeiro e junho de 2025. A coleta de dados foi conduzida presencialmente pela pesquisadora principal, mediante aplicação de dois questionários estruturados: o primeiro abordando variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, aspectos clínicos e dados antropométricos; e o segundo correspondente ao instrumento validado Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), que avalia oito domínios da qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences (versão 24.0), utilizando-se os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman ($p < 0,05$). A amostra foi composta por 191 indivíduos, predominantemente mulheres (65,4%), com idade mediana de 72 anos, casados (70,2%), aposentados (89,0%), com renda entre um e três salários mínimos (93,2%) e ensino fundamental incompleto (41,9%). A maioria não fumava (92,7%), não consumia álcool (90,1%) e apenas 37,7% praticava atividade física. Quanto aos aspectos clínicos, 89% conviviam com o diagnóstico há mais de seis anos e 99,0% estavam em tratamento medicamentoso. A mediana do Índice de Massa Corporal foi de 26 kg/m² e da circunferência da cintura, 92,8 cm. Os menores escores de qualidade de vida foram observados nos domínios dor (mediana=32), aspectos emocionais (mediana=33,3) e vitalidade (mediana=40), enquanto saúde mental (mediana=72) e aspectos sociais (mediana=50) apresentaram melhores valores. Participantes solteiros, com maior escolaridade e praticantes de atividade física apresentaram escores mais elevados ($p < 0,001$). Maior tempo de diagnóstico, tabagismo e baixa prática de atividade física associaram-se a piores resultados em múltiplos domínios ($p < 0,05$). A presença de outras condições crônicas associou-se à maiores escores nos domínios vitalidade, dor, aspectos emocionais, sociais e saúde mental ($p < 0,05$). O uso de serviços privados e a frequência regular aos serviços também apresentaram associações positivas com vários domínios. Conclui-se que a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica é influenciada por fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais. A predominância de mulheres com baixa escolaridade e renda, associada ao sobrepeso, sedentarismo e comorbidades, configura um cenário de vulnerabilidade que compromete especialmente os domínios dor, aspectos emocionais e vitalidade, reforçando a necessidade de estratégias de cuidado culturalmente sensíveis e equitativas na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Idoso. População Negra. Hipertensão. Qualidade de Vida. Atenção Primária à Saúde.

SILVA, E. F. M. **Quality of life of elderly black people with arterial hypertension.** 2025. 79 f. Dissertation (Master's in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2025.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is one of the most prevalent chronic conditions among older adults and affects the Black population more significantly, compromising their quality of life. The intersection between race, aging, and chronic conditions highlights historical inequities in access to healthcare and living conditions, reinforcing the importance of assessing the quality of life of this population to support equitable public policies and culturally sensitive care practices. The objective of this study was to evaluate the quality of life of older Black people with hypertension. This is a cross-sectional and analytical study, conducted between January and June 2025. Data collection was conducted in person by the principal investigator, using two structured questionnaires: the first addressing sociodemographic variables, lifestyle habits, clinical aspects, and anthropometric data; and the second corresponding to the validated Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), which assesses eight domains of quality of life. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (version 24.0), employing the Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation tests ($p < 0.05$). The sample consisted of 191 individuals, predominantly women (65.4%), with a median age of 72 years, married (70.2%), retired (89.0%), and with an income between one and three minimum wages (93.2%), as well as having incomplete primary education (41.9%). The majority did not smoke (92.7%), did not consume alcohol (90.1%), and only 37.7% practiced physical activity. Regarding clinical aspects, 89% had lived with the diagnosis for more than six years, and 99.0% were undergoing drug treatment. The median Body Mass Index was 26 kg/m², and the median waist circumference was 92.8 cm. The lowest quality of life scores were observed in the domains of pain (median=32), emotional aspects (median=33.3), and vitality (median=40), while mental health (median=72) and social aspects (median=50) showed better values. Participants with higher education levels, those who practiced physical activity, and single individuals presented higher scores ($p < 0.001$). Longer time since diagnosis, smoking, and low levels of physical activity were associated with worse results in multiple domains ($p < 0.05$). The presence of other chronic conditions was associated with higher scores in the domains of vitality, pain, emotional aspects, social aspects, and mental health ($p < 0.05$). The use of private services and regular attendance at services also showed positive associations with several domains. It is concluded that sociodemographic, clinical, and behavioral factors influence the quality of life of elderly Black people with systemic arterial hypertension. The predominance of women with low levels of education and income, coupled with overweight, sedentary lifestyles, and comorbidities, creates a vulnerable scenario that particularly compromises the domains of pain, emotional well-being, and vitality, reinforcing the need for culturally sensitive and equitable care strategies in primary health care.

Keywords: Elderly. Black People. Hypertension. Quality of Life. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, clínico e hábitos de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025.....	34
Tabela 2 – Medidas antropométricas e pressóricas de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025.	36
Tabela 3 – Associação entre características sociodemográficas e domínios de qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025.	37
Tabela 4 – Associação entre hábitos de vida e domínios de qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025.	39
Tabela 5 – Associação entre aspectos clínicos e domínios de qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025.	40
Tabela 6 – Correlação linear de Spearman entre os domínios de qualidade de vida e antropometria e níveis pressóricos das pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica. São Luís, MA, Brasil, 2025.	41

LISTA DE SIGLAS

AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
CC	Circunferência da Cintura
CF	Capacidade Funcional
D	Dor
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
ECA	Enzima de Conversão de Angiotensina.
EG	Estado Geral de Saúde
EQ-5D	European Quality of Life Five Dimensions
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV	qualidade de vida
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SF-36	Medical Outcomes Short-Form Health Survey-36
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VT	Vitalidade
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Justificativa	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Transição populacional	16
3.2	Envelhecimento da população negra	17
3.3	Políticas públicas voltadas para a saúde da população idosa negra	18
3.4	Hipertensão arterial na população idosa negra	20
3.5	Determinantes sociais, raciais e de acesso a saúde	22
3.6	Qualidade de vida na população idosa negra	24
3.7	Enfermagem no contexto de saúde da população negra idosa	25
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Local e período da pesquisa	28
4.3	Amostragem e seleção dos participantes	29
4.3.1	Critério de Inclusão	29
4.3.2	Critério de não inclusão	29
4.4	Procedimentos de coleta de dados e instrumentos	29
4.4.1	Perfil de saúde	30
4.4.2	Dados antropométricos e pressóricos	31
4.4.3	Questionário de qualidade de vida	31
4.5	Aspectos Éticos	32
4.6	Análise estatística	32
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	67
	ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno global que ocorre de forma acelerada em diferentes países, representando um dos principais desafios para os sistemas de saúde contemporâneos. A ampliação da expectativa de vida, somada à redução das taxas de fecundidade, tem modificado a estrutura etária das populações e aumentado a demanda por políticas públicas voltadas ao cuidado integral das pessoas idosas (World Health Organization – WHO, 2020).

Estima-se que, até 2050, o número de indivíduos com 60 anos ou mais ultrapasse dois bilhões em todo o mundo, concentrando-se majoritariamente em países de baixa e média renda, onde persistem desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde (WHO, 2021).

No Brasil, esse processo de envelhecimento ocorre de maneira ainda mais acelerada e desigual. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023) revelam que o grupo etário de 60 anos ou mais representa cerca de 14% da população nacional, aproximadamente 32 milhões de pessoas, e deve ultrapassar a proporção de crianças e adolescentes até 2030. Projeções indicam que, em 2050, cerca de 30% dos brasileiros terão 60 anos ou mais, alcançando 42,9% em 2070. Entretanto, o envelhecimento populacional brasileiro é marcado por fortes disparidades regionais, socioeconômicas, culturais e, sobretudo, étnico-raciais, que condicionam as formas de viver e envelhecer e produzem experiências distintas de saúde (Brasil, 2022a).

Paralelamente, observa-se a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), que compreendem dois grandes grupos de eventos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as causas externas. Essas condições são responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo, sendo 15 milhões de forma prematura (<70 anos) (Malta; Silva, 2016).

No Brasil, as DCNT, com destaque para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus, correspondem a 76% da mortalidade geral (Malta *et al.*, 2020). Entre as pessoas idosas, essas condições são ainda mais prevalentes e impactam diretamente a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida (Galvão; Roncalli, 2021).

Entre as doenças crônicas mais prevalentes no contexto do envelhecimento populacional, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pela alta prevalência e pelos riscos associados (Graças; Ferreira, 2025). Globalmente, cerca de 1,13 bilhão de pessoas vivem com essa condição (Borges; Kimura, 2023).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontavam, em 2019, uma prevalência autorreferida de hipertensão de cerca de 23,5% entre adultos, índice que evidencia a dimensão do problema nacional (Brasil, 2020). Em relação ao Maranhão, estima-se que aproximadamente 928 mil indivíduos, 21,4% da população adulta, sejam hipertensos (Maranhão, 2023). O controle da HAS representa um dos maiores desafios para os sistemas públicos de saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Primária, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Sangaleti *et al.*, 2023).

A hipertensão acomete pessoas de diferentes idades e etnias, mas apresenta maior prevalência e gravidade na população negra, com maior dificuldade de controle e risco aumentado de complicações e lesões de órgãos-alvo (Macedo; Aras Junior; Macedo, 2020). Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2023) mostram que 24,9% dos adultos negros relataram diagnóstico de hipertensão arterial e 82,5% estavam em tratamento médico. Essa desigualdade reflete determinantes sociais, econômicos e raciais que interferem tanto na incidência quanto no manejo da doença (Barroso *et al.*, 2022).

No Brasil, a discussão sobre raça e saúde tem sido fundamental para compreender as iniquidades estruturais que afetam a população negra. O conceito de “raça”, nesse contexto, assume não apenas um caráter analítico, capaz de revelar as desigualdades sociais historicamente construídas, mas também político, na luta pela equidade e justiça social (Oliveira; Magalhães, 2022). Segundo o Censo de 2022, o país apresenta ampla diversidade étnico-racial, com 92,1 milhões de brasileiros autodeclarados pardos (45,3%) e 20,6 milhões pretos (10,2%), totalizando 55,5% da população que se identifica como negra (IBGE, 2024a). Cumpre ressaltar que de acordo com Ministério da Igualdade Racial, população negra refere-se ao conjunto de pessoas que se declaram pretas e pardas (Brasil, 2023).

Para responder às demandas históricas dessa população, o Estado brasileiro instituiu políticas públicas específicas, entre as quais se destaca a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essa política representa um marco na incorporação da temática racial às políticas de saúde, propondo ações voltadas à equidade e à valorização da diversidade étnico-racial. Contudo, sua implementação ainda enfrenta barreiras, como a falta de conhecimento dos profissionais sobre o conteúdo da política, a resistência institucional e a escassez de indicadores desagregados por raça/cor (Anunciação *et al.*, 2022).

A Hipertensão Arterial Sistêmica impacta diretamente a qualidade de vida, afetando o bem-estar físico, emocional e social (Graças; Ferreira, 2025). Sintomas como fadiga, cefaleia, tontura e efeitos colaterais de medicamentos comprometem a vitalidade e a percepção de saúde. Na população idosa negra, tais impactos são agravados por fatores como renda reduzida, menor escolaridade, barreiras no acesso ao cuidado e discriminação racial. Assim, compreender a interface entre hipertensão arterial, envelhecimento e raça é essencial para subsidiar práticas de cuidado mais equitativas e culturalmente sensíveis.

Além disso, no campo da saúde, especialmente na enfermagem, há um compromisso ético, científico e social com a promoção do envelhecimento saudável e com a redução das iniquidades que afetam de modo desproporcional a população idosa negra. As políticas públicas brasileiras, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), reforçam a responsabilidade dos profissionais de enfermagem na implementação de práticas que assegurem atenção integral, equânime e culturalmente sensível. Nesse contexto, avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial não apenas possibilita identificar vulnerabilidades e necessidades específicas, mas também subsidia intervenções baseadas em evidências, fortalecendo o papel da enfermagem na garantia do cuidado contínuo, no enfrentamento das desigualdades raciais em saúde e na construção de trajetórias de envelhecimento mais dignas, saudáveis e inclusivas.

1.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, às complicações clínicas associadas e ao impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas (Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2021). No contexto do envelhecimento populacional, a avaliação da qualidade de vida (QV) de pessoas idosas com doenças crônicas, como a HAS, tornou-se um importante indicador de saúde e um parâmetro fundamental para o planejamento de políticas públicas e estratégias de cuidado (Marcelino *et al.*, 2020).

Evidências científicas apontam que pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social estão mais expostas ao agravamento de suas condições de saúde, devido a dificuldades de acesso aos serviços, baixa adesão terapêutica,

limitação de recursos financeiros e isolamento social. Assim, as morbidades que acometem essa população devem ser compreendidas à luz de suas condições de vida, da trajetória laboral e das oportunidades de acesso aos cuidados de saúde acumuladas ao longo da vida (Graças; Ferreira, 2025).

Nesse sentido, avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão é essencial para subsidiar práticas assistenciais mais equitativas e culturalmente sensíveis. Tal avaliação possibilita compreender, de forma mais ampla, as repercussões da doença sobre o bem-estar físico, emocional e social, contribuindo para o planejamento de ações de cuidado multiprofissional que valorizem a integralidade e a singularidade de cada indivíduo. É igualmente importante que os profissionais de saúde identifiquem as condições que favorecem o surgimento e a manutenção da hipertensão arterial na população negra e compreendam suas repercussões sobre a qualidade de vida.

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Liberdade, território reconhecido como quilombo urbano em São Luís (MA). A escolha desse cenário reforça a relevância social e científica da investigação, pois representa um espaço simbólico e histórico da presença negra na capital maranhense, onde o cuidado em saúde se entrelaça com dimensões culturais, comunitárias e identitárias.

Os resultados esperados poderão subsidiar a implementação local de políticas públicas já instituídas no Sistema Único de Saúde (SUS), como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), ambas orientadas pelos princípios da equidade e da integralidade do cuidado. Para a enfermagem, em particular, esta pesquisa representa uma oportunidade de ampliar a compreensão sobre as necessidades clínicas, sociais e de acesso à saúde de pessoas idosas negras com hipertensão arterial, fortalecendo o papel da categoria na formulação de práticas assistenciais multiprofissionais que promovam o cuidado integral e o enfrentamento das desigualdades em saúde.

A escolha do tema decorre do reconhecimento da necessidade de integrar quatro dimensões centrais: envelhecimento, hipertensão arterial sistêmica, população negra e qualidade de vida, que, embora amplamente discutidas de forma isolada na literatura, ainda carecem de abordagens interseccionais. Investigar como esses fatores interagem entre si e influenciam a experiência de viver com hipertensão arterial

é essencial para a formulação de estratégias de intervenção que respondam de maneira mais efetiva às necessidades dessa população.

Nesse contexto, chegou-se à seguinte problemática: Qual a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, antropométricos e clínicos de pessoas idosas negras com hipertensão arterial;
- Verificar a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial a partir dos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e saúde mental;
- Associar os aspectos sociodemográficos, hábitos de vida e aspectos clínicos às dimensões da qualidade de vida em pessoas idosas negras com hipertensão arterial;
- Correlacionar as variáveis antropométricas e níveis pressóricos com a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Transição populacional

O aumento da expectativa de vida constitui uma das mais notáveis conquistas da humanidade, resultado dos avanços científicos, das melhorias sanitárias e da ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. No Brasil, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer tem apresentado crescimento contínuo nas últimas décadas. No início do século XX, a média etária era de aproximadamente 34 anos; no início dos anos 2000, passou para 70 anos; e, em 2023, atingiu 76,4 anos. As projeções indicam que, até 2060, a expectativa de vida da população brasileira poderá alcançar 81 anos (IBGE, 2024b).

O prolongamento da vida está diretamente relacionado às transições demográfica e epidemiológica, fenômenos que expressam a redução das taxas de natalidade e mortalidade, aliadas ao controle de doenças e à melhoria das condições de vida e trabalho (WHO 2021). O envelhecimento populacional, definido como o aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total da população, é consequência direta dessas transformações. A queda da mortalidade infantil e a redução da fecundidade figuram entre os principais determinantes desse processo (Cardoso; Dietrich; Souza, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2025).

No Brasil, o envelhecimento populacional vem se consolidando de forma acelerada, modificando profundamente a estrutura etária do país. Dados do IBGE (2023) indicam que o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 14,8% em 2019 para 18,6% em 2023, e a previsão é que esse grupo represente mais de 30% da população até 2050 e aproximadamente 42,9% em 2070. Esse cenário resulta da conjugação de fatores como a diminuição da taxa de fecundidade, os avanços da medicina, as melhorias nas condições de saneamento e a ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde.

Entretanto, a transição demográfica brasileira ocorre de maneira heterogênea entre os estados e regiões, refletindo desigualdades estruturais históricas. Essa heterogeneidade impõe desafios à formulação e à implementação de políticas públicas nas áreas de saúde, previdência e assistência social. As desigualdades socioeconômicas repercutem diretamente na qualidade de vida da

população idosa, influenciando a ocorrência e a gravidade dos agravos de saúde (Rasella *et al.*, 2016). Fatores como região de moradia, classe social, gênero e raça moldam as experiências de envelhecer no Brasil e exigem o reconhecimento da diversidade e da interseccionalidade desse processo (Ribeiro *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante associado ao envelhecimento é a multimorbidade, caracterizada pela presença simultânea de duas ou mais doenças crônicas. Essa condição amplia a complexidade do cuidado, uma vez que está relacionada ao aumento da demanda por serviços de saúde, ao uso concomitante de múltiplos medicamentos e ao risco de interações medicamentosas, além de impactar a funcionalidade física e mental das pessoas idosas (Melo *et al.*, 2019). A abordagem da coexistência de duas ou mais condições crônicas demanda uma atuação multiprofissional e centrada na pessoa, orientada para a integralidade do cuidado e não apenas para o controle das doenças isoladas.

3.2 Envelhecimento da população negra

O envelhecimento da população negra no Brasil é um fenômeno profundamente marcado por desigualdades históricas e estruturais. A herança de um sistema escravocrata e racista perpetuou barreiras de acesso à educação, à moradia, ao emprego e à renda, limitando o exercício pleno da cidadania e o acesso equitativo à saúde. Essas restrições acumuladas ao longo da vida repercutem no processo de envelhecimento, que tende a ocorrer de forma mais precoce, com maior carga de doenças crônicas, incapacidades funcionais e piores condições de vida (Santos; Silva, 2023).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população negra, composta por pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, corresponde a 56,7% dos brasileiros (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEES, 2024). O estado do Maranhão ocupa a segunda posição entre as unidades da Região Nordeste com maior proporção de comunidades negras, muitas delas organizadas como quilombos urbanos e rurais. Nessas localidades, observam-se os piores indicadores de condições de vida e de saúde, especialmente entre as pessoas idosas, quando comparadas às médias nacionais (Barros *et al.*, 2023).

Essas desigualdades refletem o legado de um processo histórico de escravização e exclusão social, que ainda limita o acesso da população negra a

oportunidades e direitos fundamentais, em especial ao direito à saúde (Barros; Viana *et al.*, 2023). Estudos recentes reforçam que o envelhecimento no Brasil é atravessado por profundas disparidades sociais e raciais. Fernandes e Almeida (2024) evidenciam que as desigualdades demográficas e socioeconômicas produzem diferentes trajetórias de envelhecimento, nas quais as pessoas negras tendem a apresentar piores indicadores de saúde e menor expectativa de vida. Pesquisas anteriores corroboram essa perspectiva, destacando que as diferenças regionais e as condições socioeconômicas influenciam diretamente a qualidade e o ritmo do envelhecimento no país (Barros; Goldbaum, 2018; Andrade *et al.*, 2021; Ribeiro *et al.*, 2022).

O conceito de racismo estrutural é central para compreender essas desigualdades. Almeida (2021) define-o como um sistema de hierarquização social que privilegia a população branca e marginaliza a população negra, independentemente das intenções individuais. Esse tipo de racismo se manifesta de maneira difusa e contínua nas relações sociais, produzindo desigualdades econômicas, educacionais e de acesso a bens e serviços, incluindo os de saúde.

O racismo institucional, por sua vez, refere-se às práticas discriminatórias enraizadas nas estruturas das instituições, que se reproduzem nos sistemas de justiça, segurança e saúde. Segundo López (2012), este se expressa por meio de mecanismos como o policiamento racial, o encarceramento em massa e as barreiras de acesso a cuidados de saúde de qualidade. No campo da saúde, manifesta-se, por exemplo, na menor oferta de serviços nos territórios de maioria negra, no preconceito no atendimento e na ausência de políticas efetivas de equidade.

3.3 Políticas públicas voltadas para a saúde da população idosa negra

No Brasil, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população idosa representa um avanço significativo na consolidação do direito à saúde como princípio constitucional e na construção de um sistema público de caráter universal e equitativo. A partir de 2006, o Pacto pela Saúde estabeleceu a população idosa como área prioritária, definindo indicadores e metas para o acompanhamento das condições de vida e de saúde desse grupo (Torres *et al.*, 2020). Esse processo marcou um momento de fortalecimento da atenção à saúde do idoso, com base na pactuação de metas anuais e na ampliação da responsabilidade dos entes federativos.

Entretanto, com a transição para o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), em 2012, observou-se um retrocesso na priorização do

envelhecimento, evidenciado pela ausência de indicadores específicos para o monitoramento das condições de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a essa população. A perda dessa referência fragilizou o acompanhamento das políticas voltadas ao envelhecimento, especialmente em contextos marcados por desigualdades regionais e raciais (Torres *et al.*, 2020).

Nesse cenário, destacam-se duas políticas públicas fundamentais para a promoção da equidade e do cuidado integral à população idosa negra: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2016). A PNSIPN, instituída em 2009, representa uma resposta histórica do Estado brasileiro às demandas por equidade racial no cuidado à saúde. Seu principal objetivo é promover a inclusão da variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde, garantindo o reconhecimento das desigualdades raciais e subsidiando ações direcionadas à redução dessas iniquidades. A política também prevê a formação de profissionais de saúde com enfoque antirracista, a ampliação do acesso equitativo aos serviços e o fortalecimento do controle social nos processos de gestão (Brasil, 2016).

Apesar de sua relevância, a efetivação da PNSIPN ainda enfrenta obstáculos importantes, como a insuficiente articulação intersetorial, a escassez de recursos financeiros e humanos e a resistência institucional à incorporação do debate racial nos serviços de saúde (Batista *et al.*, 2020). A consolidação dessa política requer compromisso político, processos de educação permanente e monitoramento sistemático dos indicadores de equidade (Brasil, 2016). Além disso, a PNSIPN reforça o princípio do cuidado integral e culturalmente sensível, orientando os serviços a reconhecerem as especificidades da população negra, inclusive durante o envelhecimento (Brasil, 2016).

Já a PNSPI, instituída em 2006, estabelece diretrizes voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável, com ênfase na atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Suas ações contemplam o estímulo à intersetorialidade, o fortalecimento do controle social, a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde, bem como o incentivo à pesquisa e à cooperação nacional e internacional (Torres *et al.*, 2020). Essas diretrizes reforçam o compromisso do SUS com os princípios da universalidade, integralidade e equidade e encontram na PNSIPN uma aliada estratégica para o enfrentamento das desigualdades raciais que permeiam o envelhecimento no Brasil. A articulação entre ambas as políticas é

essencial para que o cuidado às pessoas idosas negras seja efetivamente integral, considerando não apenas a dimensão biológica do envelhecimento, mas também os determinantes sociais, raciais e culturais que o atravessam.

Portanto, percebe-se que a consolidação das políticas públicas voltadas à população idosa negra requer esforços coordenados entre os diferentes níveis de gestão, com ênfase na formação de profissionais sensíveis às diversidades étnico-raciais, no fortalecimento dos mecanismos de participação social e no monitoramento contínuo das ações voltadas à promoção da equidade e à redução das iniquidades em saúde.

3.4 Hipertensão arterial na população idosa negra

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica caracterizada pela elevação persistente dos níveis pressóricos ($\geq 140/90$ mmHg) e representa um dos principais fatores de risco modificáveis para complicações cardiovasculares graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica (SBC, 2025). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2023), cerca de 1,28 bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com a doença, sendo que aproximadamente 46% desconhecem o próprio diagnóstico.

No Brasil, a prevalência da hipertensão arterial entre adultos varia entre 22% e 44%, alcançando índices superiores a 65% na população idosa (SBC, 2021). Estudos mostram que a prevalência é mais elevada entre indivíduos autodeclarados pretos, seguidos por pardos e brancos, o que evidencia um importante marcador de desigualdade racial em saúde (Correia *et al.*, 2017). Pessoas com predominância de ancestralidade africana e hipertensão resistente configuram um grupo de alto risco para complicações cardiovasculares, com maior frequência de dislipidemia, acidente vascular cerebral e lesões de órgãos-alvo (Macedo; Aras; Macedo, 2020).

Entre a população idosa negra, a hipertensão arterial é resultado de uma complexa interação entre fatores genéticos, biológicos e socioculturais. Do ponto de vista social, as desigualdades estruturais, o racismo e a vulnerabilidade econômica influenciam fortemente tanto o surgimento quanto o controle da doença. Condições de vida adversas, baixa escolaridade, insegurança alimentar, renda insuficiente e acesso restrito a serviços de saúde interferem diretamente na adesão ao tratamento e na efetividade das ações preventivas (Dias *et al.*, 2021). A revisão integrativa conduzida por Ornelas (2023) destacou que fatores socioeconômicos e experiências

de discriminação racial percebida constituem determinantes significativos da HAS em pessoas negras, demonstrando que o racismo atua como um estressor crônico com repercussões fisiológicas mensuráveis.

A literatura aponta que o estresse social decorrente da discriminação racial ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, promovendo liberação contínua de hormônios como o cortisol e a adrenalina, que elevam a resistência vascular periférica e favorecem a elevação da pressão arterial (Clark *et al.*, 2021; Lewis *et al.*, 2023). Essa interação entre sofrimento psíquico e resposta fisiológica fundamenta o conceito de *weathering* (“desgaste precoce”), que descreve o envelhecimento biológico acelerado decorrente da exposição prolongada a situações de desigualdade e exclusão social (Maia, 2024). O *weathering* traduz, portanto, a carga cumulativa do estresse racial sobre os sistemas fisiológicos, contribuindo para maior vulnerabilidade a doenças crônicas entre pessoas negras ao longo da vida.

Além dos determinantes sociais, fatores genéticos e clínicos também participam da fisiopatologia da hipertensão nessa população. O estudo de Anjos *et al.* (2023) indica que determinadas variantes genéticas associadas ao sistema renina-angiotensina-aldosterona podem aumentar a susceptibilidade à HAS e influenciar a resposta terapêutica. A variante G879A do gene da enzima conversora de angiotensina (ECA), por exemplo, está associada a maior risco de hipertensão arterial em afrodescendentes (Cooper; Amoah; Mensah, 2003; Tekola-Ayele; Adeyemo; Rotimi, 2013). Ademais, uma parcela considerável dessa população apresenta baixa produção de renina, o que leva ao aumento compensatório da angiotensina II e intensifica os efeitos da aldosterona, resultando em maior retenção de sódio e água, o que causa aumento da pressão arterial (Zilbermint; Hannah-Shmouni; Stratakis, 2019; Maraboto; Ferdinand, 2020; Souza *et al.*, 2021; Sousa, Camila Tavares *et al.*, 2022). Essas alterações fisiológicas explicam, em parte, a maior incidência de lesões em órgãos-alvo e o risco cerca de 50% superior de acidente vascular encefálico entre pessoas negras em comparação às brancas (Maraboto; Ferdinand, 2020; Sousa *et al.*, 2022).

A resposta terapêutica diferenciada observada na população negra também tem sido documentada em diversos estudos. Em revisão sistemática, Sousa *et al.* (2022) identificaram que diuréticos tiazídicos e bloqueadores dos canais de cálcio, como hidroclorotiazida e anlodipino, demonstraram maior eficácia na redução da pressão arterial entre pessoas negras hipertensas, comparados a β -bloqueadores,

inibidores da ECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina II. Essa diferença está relacionada à modulação específica do sistema renina-angiotensina-aldosterona, incluindo menor produção de angiotensina-(1-7), um peptídeo com propriedades vasodilatadoras e cardioprotetoras (Aambø; Klemsdal, 2017; Palla *et al.*, 2017).

No campo clínico e epidemiológico, parâmetros antropométricos como o índice de massa corporal (IMC), a razão cintura-estatura e a circunferência da cintura (CC) apresentam forte correlação com níveis pressóricos e risco cardiovascular. A simplicidade, o baixo custo e a aplicabilidade desses indicadores os tornam ferramentas indispensáveis na atenção primária, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, onde o acesso a exames laboratoriais é limitado (Padilha, 2014). Ulbrich *et al.* (2012) demonstraram que o risco de hipertensão quase dobra em indivíduos com sobrepeso e quadruplica entre obesos. Santos *et al.* (2023), ao analisarem 210 pessoas idosas, observaram que indicadores de adiposidade possuem capacidade preditiva distinta entre homens e mulheres, destacando o papel da obesidade abdominal na gênese e manutenção da hipertensão arterial.

A combinação de fatores sociais, genéticos e antropométricos explica a complexidade da hipertensão arterial na população idosa negra. Essa condição, além de refletir desigualdades estruturais e determinantes biológicos, revela o impacto cumulativo de condições de vida marcadas por racismo, pobreza e exclusão social. Por isso, o enfrentamento da HAS nesse grupo populacional exige abordagens multiprofissionais, culturalmente sensíveis e baseadas na equidade, contemplando o manejo clínico, o acolhimento e a escuta qualificada nos serviços de saúde.

3.5 Determinantes sociais, raciais e de acesso a saúde

As desigualdades sociais e raciais exercem influência determinante sobre o processo de adoecimento e sobre as possibilidades de envelhecimento saudável. Fatores como a distribuição desigual de renda, o acesso restrito à educação, a cor da pele e o gênero configuram determinantes sociais que impactam negativamente a saúde da população idosa (Akindele; Useh, 2021). Embora o (SUS) adote a universalidade como princípio organizador, as evidências mostram que o acesso aos serviços ainda é desigual, principalmente entre indivíduos com e sem plano de saúde, o que gera barreiras significativas para idosos de baixa renda (Palmeira *et al.*, 2022).

Essas desigualdades expressam-se como iniquidades em saúde, ou seja, diferenças evitáveis e injustas que atingem de forma desproporcional grupos

socialmente vulnerabilizados. No Brasil, a população negra apresenta maior mortalidade por doenças evitáveis, maior incidência de enfermidades crônicas como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, bem como menor acesso a serviços de saúde especializados (Buss; Paulo; Pellegrini Filho, 2006). Tais iniquidades não se limitam à disponibilidade de serviços, mas incluem também o tratamento discriminatório durante os atendimentos, a invisibilidade dos dados étnico-raciais nos sistemas de informação e a ausência de protocolos clínicos e diretrizes sensíveis à diversidade racial e cultural. A ausência de uma abordagem interseccional, que considere simultaneamente fatores de raça, gênero, classe e território, perpetua desigualdades e compromete a efetividade das políticas públicas de saúde.

As barreiras enfrentadas por pessoas idosas negras no acesso ao cuidado em saúde vão além da dimensão econômica e abrangem fatores culturais e estruturais. Entre as barreiras culturais destacam-se a desvalorização dos saberes tradicionais, a escuta seletiva de profissionais diante das queixas de pacientes negros e a ausência de representatividade nos espaços institucionais de cuidado (Silva *et al.*, 2021). O racismo estrutural, presente nas práticas e nas relações de poder, atua de forma silenciosa, naturalizando exclusões e dificultando a construção de vínculos terapêuticos pautados na confiança e no respeito.

Do ponto de vista estrutural, a precariedade habitacional, a baixa escolaridade, a localização periférica das moradias e a dependência do transporte público são obstáculos que comprometem o acesso contínuo e qualificado ao tratamento. A garantia de acesso, portanto, ultrapassa a simples existência de unidades de atendimento e envolve dimensões de acessibilidade física, comunicacional, cultural e afetiva (Zeifert; Wermuth; Matos, 2024). Nesse contexto, o racismo atua como fator transversal que limita o acesso a recursos e oportunidades necessários para a manutenção da saúde e da qualidade de vida, potencializando os efeitos negativos de outros determinantes sociais, como a pobreza e a baixa escolaridade (Werneck, 2016; Nishida *et al.*, 2020).

Assim, compreender os determinantes sociais e raciais da saúde é fundamental para analisar o envelhecimento da população negra, que se dá em meio a múltiplas desigualdades acumuladas ao longo do ciclo de vida. Reconhecer essas especificidades permite planejar políticas públicas e práticas de cuidado mais equitativas e culturalmente competentes, capazes de reduzir as iniquidades históricas e promover o direito à saúde, a autonomia e o bem-estar de pessoas idosas negras.

3.6 Qualidade de vida na população idosa negra

A qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional que envolve a percepção subjetiva do indivíduo sobre seu bem-estar físico, mental, social e espiritual (Wang *et al.*, 2009). A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais está inserido, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1995). Assim, a QV constitui uma noção eminentemente humana e polissêmica, associada ao bem-estar que as pessoas e as coletividades encontram nas dimensões familiar, social e ambiental (Santos; Silva Júnior; Eulálio, 2023).

No processo de envelhecimento, a QV é fortemente influenciada por fatores como autonomia, funcionalidade física, apoio social, acesso a serviços e controle das doenças crônicas. A literatura evidencia que sua redução está frequentemente associada à presença de sintomas depressivos, dores persistentes, dependência funcional e perda de propósito social (Yazawa *et al.*, 2023). Entre pessoas idosas negras, esses fatores se somam às desigualdades acumuladas historicamente, resultando em um envelhecimento mais vulnerável e com menor bem-estar. Muitos idosos negros vivem em contextos de pobreza, com moradias precárias e acesso limitado a serviços públicos de saúde, educação e lazer (Marcelino *et al.*, 2020).

Pauli *et al.* (2019) destacam que essa população é marcada por processos de discriminação e exclusão que produzem um cenário socioeconômico mais restritivo quando comparado ao da população branca. A interseccionalidade entre raça, classe social, gênero, território e idade potencializa as vulnerabilidades, revelando que a qualidade de vida é inseparável das condições estruturais de existência. Em consequência, pessoas idosas negras tendem a relatar menor satisfação com a vida, maior incidência de dor física, maior limitação na mobilidade e pior percepção de saúde geral (Almeida, 2021).

A hipertensão arterial sistêmica, condição altamente prevalente entre idosos, agrava ainda mais esses desafios. Além de seu impacto direto sobre o bem-estar físico, a doença compromete o equilíbrio emocional e social dos indivíduos. Sintomas como fadiga, cefaleia, tontura e efeitos adversos de medicamentos reduzem a disposição para atividades diárias e a convivência social, afetando negativamente a qualidade de vida (Carvalho *et al.*, 2013). O envelhecimento, aliado à presença da

HAS, está associado a limitações funcionais mais acentuadas, reforçando a necessidade de intervenções específicas e contínuas (Arslantas *et al.*, 2009).

A avaliação da QV é essencial para o planejamento de ações em saúde voltadas ao público idoso, pois permite compreender de forma mais abrangente o impacto das condições crônicas sobre o cotidiano e o bem-estar. Entre os instrumentos mais utilizados, destacam-se o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL) e o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36), ambos amplamente validados no contexto brasileiro (Fleck *et al.*, 2000). Esses instrumentos possibilitam mensurar dimensões como mobilidade, vitalidade, bem-estar psicológico, relações sociais e autonomia.

Apesar dos avanços, ainda há lacunas na literatura quanto à utilização de instrumentos específicos e sensíveis às particularidades culturais e sociais da população idosa negra com hipertensão arterial. Considerar essas especificidades é fundamental para promover o cuidado integral, culturalmente competente e orientado pela equidade, capaz de refletir as reais condições de vida e saúde dessa população.

Como descrito, o contexto socioeconômico influencia fortemente a QV de pessoas idosas negras hipertensas. Indivíduos com menor renda e escolaridade tendem a apresentar escores mais baixos nos domínios físico e mental, o que demonstra que o enfrentamento das doenças crônicas não pode ser dissociado das condições materiais e simbólicas de vida. Dessa forma, a análise da qualidade de vida deve contemplar tanto aspectos biomédicos quanto sociais, culturais e raciais, integrando uma visão ampliada do processo saúde-doença.

3.7 Enfermagem no contexto de saúde da população negra idosa

A enfermagem exerce papel central na atenção à pessoa idosa negra com hipertensão arterial sistêmica, por manter contato direto e contínuo com o paciente e desempenhar funções que articulam vigilância clínica, educação em saúde e acolhimento. Sua atuação deve ser pautada por uma abordagem integral, que vá além do controle clínico da pressão arterial e considere os determinantes sociais, culturais e raciais que influenciam a saúde dessa população (Neves *et al.*, 2023; Terra; Castro; Rodrigues, 2025). Essa perspectiva amplia o foco do cuidado, incorporando dimensões técnicas, humanas e éticas no manejo da hipertensão, com práticas voltadas para a escuta ativa, o respeito à diversidade e a promoção do autocuidado.

O controle adequado da hipertensão arterial entre pessoas idosas negras, contudo, permanece um desafio global fortemente influenciado por desigualdades sociais e raciais. Estudos realizados em contextos distintos, como o de Sorato *et al.* (2021), na África Subsaariana oriental, e o de Faerstein *et al.* (2014), no Brasil, apontam que dificuldades de acesso aos serviços, insuficiência de treinamento dos profissionais, baixo conhecimento dos pacientes sobre a doença e ausência de políticas públicas eficazes são obstáculos persistentes para o controle da pressão arterial. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias integradas que articulem aspectos clínicos, educativos e sociais.

A equipe multiprofissional desempenha papel fundamental nesse processo, pois a promoção da saúde e o controle da hipertensão requerem ações interdisciplinares que envolvem enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos. A colaboração entre esses profissionais, conforme defendem Silva *et al.* (2020) e Ornelas (2023), possibilita uma compreensão ampliada do paciente, considerando não apenas os fatores biológicos, mas também as dimensões emocionais, culturais e sociais que influenciam o cuidado. Essa abordagem multiprofissional, centrada na integralidade, reforça o protagonismo da enfermagem como articuladora das práticas assistenciais.

A atuação da enfermagem inclui o monitoramento clínico, com acompanhamento dos níveis pressóricos, identificação de fatores de risco, revisão do uso de medicamentos e prevenção de complicações (Nunes; Santos; Serra, 2014; Lopes *et al.*, 2023). Além disso, envolve ações educativas voltadas à adesão ao tratamento e à mudança de estilo de vida, com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e uso correto das medicações, sempre utilizando linguagem acessível e culturalmente sensível (Neves *et al.*, 2023). Essas atividades devem ser adaptadas às condições sociais e cognitivas da pessoa idosa, fortalecendo sua autonomia e o protagonismo no cuidado.

O incentivo ao autocuidado e à participação ativa do idoso em seu tratamento constitui outro eixo essencial da prática da enfermagem. A implementação de grupos educativos, visitas domiciliares e rodas de conversa possibilita o compartilhamento de experiências, a redução do isolamento social e o fortalecimento das redes comunitárias (Guedes *et al.*, 2012; Esteves, 2023).

A prática da enfermagem voltada à população negra deve também reconhecer o racismo institucional como determinante social da saúde e adotar uma

postura antirracista, como preconiza a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2012; Lima *et al.*, 2022). Isso implica incorporar práticas que enfrentem desigualdades históricas e assegurem cuidado equitativo, humanizado e culturalmente competente. A formação e a educação permanente de enfermeiros com base em princípios éticos e de justiça social são fundamentais para consolidar práticas transformadoras e comprometidas com a equidade racial.

O cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial, portanto, deve ser desenvolvido a partir de um plano terapêutico singular, que considere as dimensões clínicas, emocionais, sociais e culturais. A enfermagem, por meio de seu compromisso ético e técnico, contribui não apenas para o controle da condição de saúde, como também para promover a dignidade, a autonomia e a equidade em saúde. O fortalecimento da formação antirracista e a implementação efetiva das políticas públicas representam caminhos indispensáveis para garantir uma atenção qualificada e socialmente justa à população idosa negra com hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa.

4.2 Local e período da pesquisa

O estudo foi realizado no município de São Luís – MA, capital do estado do Maranhão, que possui uma população estimada de 1.037.775 habitantes, área territorial de 583,063 km² e densidade demográfica de 1.779,87 hab./km². Desse total, 1.028.872 habitantes residem na zona urbana e 8.903 na zona rural (IBGE, 2024).

A pesquisa foi desenvolvida no bairro da Liberdade, território historicamente constituído por descendentes diretos de quilombolas oriundos de Alcântara e da Baixada Maranhense, configurando-se como o bairro com o maior conglomerado negro da capital maranhense (Kury, 2019). Trata-se de uma área legalmente reconhecida como quilombo urbano pela Fundação Cultural Palmares, conforme Portaria nº 192, de 13 de novembro de 2019, certificada no Livro de Cadastro Geral nº 020, sob nº 2.783, às fls. 006, publicada na Seção 1, p. 6, do Diário Oficial da União (DOU) de 14 de novembro de 2019.

Nesse contexto, o estudo foi realizado no Centro de Saúde da Liberdade, unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS), localizada na Rua Machado de Assis, no bairro da Liberdade. Desde 28 de junho de 2021, a unidade conta com o Centro de Atendimento ao Hipertenso e Diabético, destinado ao acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A unidade oferece consultas médicas e de enfermagem, além de atendimentos multiprofissionais em áreas como nutrição, psicologia, ginecologia e odontologia. Dispõe ainda de serviços ampliados e especializados, incluindo acompanhamento cardiológico e nefrológico, avaliação vascular, cuidado ao pé diabético e consultas com endocrinologista, bem como realização de exames como eletrocardiograma e doppler vascular. Além desses atendimentos, a unidade oferta imunização, procedimentos de enfermagem e curativos, configurando-se como um ponto de cuidado importante na Atenção Primária à Saúde do território.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2025, durante os horários regulares de atendimento da unidade.

4.3 Amostragem e seleção dos participantes

A amostra de participantes foi não probabilística, por conveniência, composta por todos os idosos que atendiam aos critérios de inclusão, acessíveis e disponíveis durante a espera por atendimento multiprofissional no Centro de Saúde da Liberdade, em São Luís -MA

Ao todo, 191 participantes foram incluídos no estudo conforme elegibilidade e adesão voluntária. Não foi realizado cálculo amostral, uma vez que o tamanho da amostra foi determinado pelo número de participantes elegíveis e acessíveis identificados no período da coleta. Essa estratégia é fundamentada no delineamento do estudo, sendo amplamente utilizada em pesquisas clínicas e observacionais que empregam amostragem não probabilística por conveniência (Elfil; Negida, 2017).

4.3.1 Critério de Inclusão

Foram incluídos idosos (idade ≥ 60 anos), de ambos os sexos, que se autodeclararam pretos ou pardos e possuíam diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) registrado em prontuário há, no mínimo, seis meses.

4.3.2 Critério de não inclusão

Não foram incluídos os idosos que apresentaram patologias ou condições cognitivas, auditivas ou de comunicação que inviabilizassem a compreensão dos instrumentos e a participação na pesquisa.

4.4 Procedimentos de coleta de dados e instrumentos

Antes da coleta principal, foi realizado um teste piloto com dez participantes, utilizando o questionário sociodemográfico, clínico e de hábitos de vida elaborado pela pesquisadora, a fim de verificar a clareza e compreensão das perguntas. Foram feitos ajustes pontuais na redação, sem alterar o conteúdo, e os dados não integraram a amostra final. O instrumento utilizado, Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), não foi submetido a teste piloto por ser um instrumento previamente validado e adaptado ao contexto brasileiro

A coleta de dados foi realizada presencialmente pela pesquisadora principal nas dependências do Centro de Saúde da Liberdade em São Luís - MA, durante os horários regulares de atendimento. A abordagem aos participantes ocorreu no momento da triagem da unidade, etapa em que foi possível acessar o Prontuário

Eletrônico do Cidadão (PEC) do Ministério da Saúde para verificar a elegibilidade. Realizou-se a conferência do cadastro ativo na unidade, da presença de diagnóstico médico de HAS há pelo menos seis meses e da autodeclaração de cor/raça preta ou parda registrada no prontuário.

Após essa verificação inicial, foram apresentados aos usuários os objetivos, a metodologia da pesquisa e as implicações éticas. Aqueles que manifestaram concordância e atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar de forma voluntária, podendo interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento.

A unidade de saúde cedeu uma sala reservada para a condução das entrevistas, assegurando privacidade e confidencialidade. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), a pesquisadora iniciou a coleta de informações.

Antes da aplicação dos instrumentos, verificou-se a capacidade de compreensão dos participantes por meio do MEEM (Brucki *et al.*, 2003), assegurando que apresentavam capacidade cognitiva adequada para participar da entrevista.

Cada participante foi avaliado uma única vez, com duração média de 20 minutos por entrevista.

Após essas etapas, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados, descritos a seguir, que contemplaram informações sociodemográficas, hábitos de vida, aspectos clínicos, dados antropométricos, pressóricos e a avaliação da qualidade de vida dos participantes.

4.4.1 Perfil de saúde

Inicialmente, aplicou-se um questionário estruturado de caracterização sociodemográfica, clínica e de hábitos de vida (APÊNDICE B), elaborado pela pesquisadora responsável, contendo informações referentes a dados socioeconômicos, demográficos, hábitos de vida, aspectos clínicos e medidas antropométricas. A partir desse instrumento, foram obtidas informações sobre: idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar, considerando como referência o salário mínimo vigente do ano de 2024 de R\$ 1.412,00 (Brasil, 2024). Além de hábitos de vida, como tabagismo, etilismo, prática de atividade física, religiosidade e participação em grupos comunitários. Também foram registrados os aspectos clínicos, incluindo: tempo de diagnóstico da hipertensão arterial, complicações associadas,

comorbidades presentes, utilização de serviço privado de saúde e frequência ao serviço de saúde.

A variável “prática de atividade física” foi obtida por meio de autorrelato, com resposta dicotômica (“sim” ou “não”) e frequência semanal. O instrumento não avaliou duração, intensidade ou cumprimento das recomendações estabelecidas pelo Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Dessa forma, não foi possível classificar os participantes como ativos ou sedentários segundo critérios oficiais.

4.4.2 Dados antropométricos e pressóricos

Foram mensurados os parâmetros antropométricos e clínicos dos participantes. A circunferência da cintura (CC) foi aferida com trena antropométrica da SANNY® (Brasil). Para avaliação, adotaram-se os pontos de corte para mulheres com CC superior a 80 cm e homens acima de 94 cm, apresentaram acúmulo de gordura abdominal e risco aumentado de morbidade associadas à obesidade (WHO, 2015).

O peso corporal (kg) e estatura (m) foram aferidos em balança antropométrica eletrônica (capacidade de 150 kg e precisão de 100 g), previamente calibrada, e estadiômetro acoplado. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pela fórmula: peso (kg) / altura² (m²) e classificado segundo os pontos de corte recomendados para a população idosa, sendo considerados baixo peso (IMC < 22 kg/m²), eutrofia (22–27 kg/m²) e excesso de peso (IMC > 27 kg/m²) (WHO, 2015).

A pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) foram aferidas com esfigmomanômetro digital validado, em posição sentada, após repouso mínimo de cinco minutos, seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2025). Foi considerada pressão arterial alterada aquela em que o participante apresentasse no momento da coleta, valores de PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg.

4.4.3 Questionário de qualidade de vida

Posteriormente, aplicou-se o questionário de Qualidade de Vida *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) (ANEXO A), instrumento multidimensional, de fácil aplicação, confiável, traduzido, adaptado e validado no Brasil (Ciconelli *et al.*, 1999). O questionário é aplicado na forma de entrevista, conduzida por uma das pesquisadoras, enfermeira e mestrande do Programa de Pós-Graduação em enfermagem, seguindo rigorosamente as orientações do manual do

instrumento e mantendo neutralidade durante todo o processo. O SF-36 contempla 36 itens distribuídos em oito domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde no último ano. As respostas, variaram de duas a seis alternativas e foram posteriormente recodificadas para uma escala de 0 a 100, conforme manual do instrumento, em que 0 representa a pior percepção de qualidade de vida e 100 a melhor percepção da qualidade de vida. Dessa forma, cada participante recebe um escore em cada domínio dentro dessa mesma faixa (0 a 100).

4.5 Aspectos Éticos

O estudo atendeu integralmente aos princípios delineados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e integra o projeto guarda-chuva intitulado “*Saúde da população negra com condições crônicas no contexto da Atenção Primária à Saúde*” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD), em 11/10/2024 com CAAE: 79685924.7.0000.5086 e parecer nº 7.151.027 (ANEXO B).

4.6 Análise estatística

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel*® (versão 2019) (Redmond, WA, EUA) e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 (Chicago, IL, EUA).

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%), e as variáveis numéricas foram expressas em mediana e intervalo interquartil (IIQ).

A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para verificar a associação entre as variáveis independentes e cada domínio da qualidade de vida (SF-36) foram aplicados os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, conforme normalidade.

Foi realizada correlação linear de *Spearman* entre as variáveis numéricas e domínio da qualidade de vida. Foi considerada correlação moderada quando $\rho > 0,3$ | $< 0,7$ e elevada quando $\rho \geq 0,7$.

Todas as associações foram fixadas em um nível de significância de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados a seguir, organizados segundo o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, seguidos da avaliação dos escores de qualidade de vida e das análises de associação.

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e aspectos clínicos de 191 pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica incluídas no estudo. Observou-se predomínio do sexo feminino (65,4%) e idade mediana de 72 anos. A maioria dos participantes era casada (70,2%), aposentada (89,0%), com renda familiar entre um e três salários mínimos (93,2%) e escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto (41,9%).

No que se refere aos hábitos de vida, 92,7% não eram fumantes e 90,1% não faziam uso de bebidas alcoólicas. Apenas 37,7% relataram praticar atividade física, sendo que, entre esses, 37,5% o faziam pelo menos uma vez por semana. Cerca de 46,1% participavam de grupos comunitários e 78,5% declararam a religião católica.

Quanto aos aspectos clínicos, a maior parte dos idosos convivía com o diagnóstico de hipertensão arterial há mais de seis anos, sendo 46,1% entre seis e nove anos e 42,9% há dez anos ou mais. Quase todos os participantes (99,0%) estavam em tratamento medicamentoso. Aproximadamente um terço (33,0%) relatou apresentar outra condição crônica associada, embora apenas 3,1% tenham informado complicações diretamente relacionadas à hipertensão. Além disso, 22,0% afirmaram utilizar serviços privados de saúde e 41,4% frequentavam regularmente unidades públicas para acompanhamento clínico.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, clínico e hábitos de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025

Variáveis	n (%)
Sociodemográfica	
Sexo	
Masculino	66 (34,6)
Feminino	125 (65,4)
Idade (anos), Med (Q1-Q3)	72 (66-77)
Estado civil	
Solteiro	19 (9,9)
Casado	134 (70,2)
Divorciado	26 (13,6)
Viúvo	12 (6,3)

(Continua)

(Continuação)

Variáveis	n (%)
Renda	
Menos de 1 salário	9 (4,8)
1 a 3 salários	178 (93,2)
4 a 6 salários	2 (1,0)
mais de 6 salários	2 (1,0)
Escolaridade	
Sabe ler e escrever	31 (16,2)
EF incompleto	80 (41,9)
EF completo	31 (16,2)
EM incompleto	13 (6,8)
EM completo	33 (17,3)
ES completo	3 (1,6)
Ocupação	
Desempregado	3 (1,6)
Informal/autônomo	14 (7,3)
Carteira assinada	4 (2,1)
Aposentado	170 (89,0)
Hábitos de vida	
Tabagismo	
Não	177 (92,7)
Sim	14 (7,3)
Quantidade	
Menos de 1 maço	10 (71,4)
1 a 2	4 (28,6)
3 ou mais	0
Etilismo	
Não	172 (90,1)
Sim	19 (9,9)
Atividade física	
Não	119 (62,3)
Sim	72 (37,7)
Frequência de Atividade física	
1x semana	27 (37,5)
2x semana	25 (34,7)
3x ou mais	20 (27,8)
Grupos comunitários	
Não	103 (53,9)
Sim	88 (46,1)
Religiosidade	
Sem religião	3 (1,6)
Católico	150 (78,5)
Evangélico	36 (18,9)
Espírita	1 (0,5)
Outra	1 (0,5)
Aspectos Clínicos	
Tempo de Diagnóstico	
6 meses a 1 ano	2 (1,0)
1 a 3 anos	11 (5,8)
3 a 6 anos	8 (4,2)

(Continua)

(Conclusão)

Variáveis	n (%)
6 a 9 anos	88 (46,1)
10 ou + anos	82 (42,9)
Tratamento medicamentoso	
Não	2 (1,0)
Sim	189 (99,0)
Complicação	
Não	185 (96,9)
Sim	6 (3,1)
Outras condições crônicas*	
Não	128 (67,0)
Sim	63 (33,0)
Uso de serviço privado	
Não	149 (78,0)
Sim	42 (22,0)
Frequência ao serviço de saúde	
Regular	79 (41,4)
Urgência	53 (27,7)
Raro	59 (30,9)

EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior; *Multirespostas, majoritariamente: Diabetes Mellitus (n=46), Osteomusculares (n=11), Dislipidemia (n=6) e Cardiopatias (n=6).

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Em relação às medidas antropométricas, observou-se mediana de peso de 71 kg, IMC 26 kg/m² e CC de 92,8 cm. As variáveis clínicas PAS e PAD apresentaram medianas de 130 e 80 mmHg, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Medidas antropométricas e pressóricas de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025

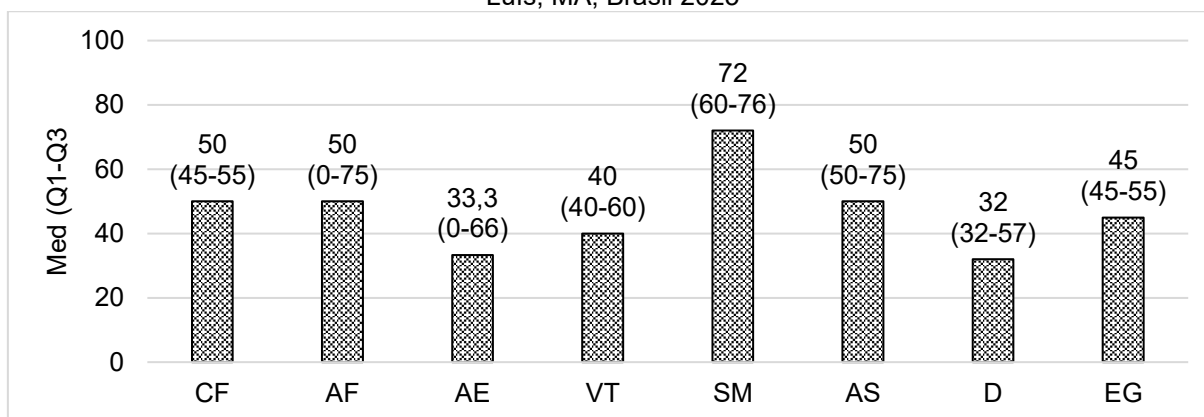
Variáveis	Med (Q1-Q3)
Peso (kg)	71 (63-81)
IMC (kg/m ²)	26 (24-30)
CC (cm)	92,8 (88,3-94,9)
PAS (mmHg)	130 (120-140)
PAD (mmHg)	80 (80-90)

IMC: Índice de Massa Corporal; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; CC: Circunferência da Cintura.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Em relação à percepção de qualidade de vida, os domínios do SF-36 apresentaram medianas e intervalos interquartis (IIQ) conforme segue: na CF de 50 (45–55), nos AF de 50 (0–75), nos AE de 33,3 (0–66), na VT de 40 (40–60), enquanto na SM foi de 72 (60–76), AS de 50 (50–75), D de 32 (32–57) e EG de 45 (45–55) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica. São Luís, MA, Brasil 2025



CF: Capacidade física; AF: Aspectos físicos; AE: Aspectos Emocionais; VT: Vitalidade; SM: Saúde Mental; AS: Aspectos Sociais; D: Dor; EG: Estado geral de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres nas dimensões avaliadas, exceto no domínio EG, no qual os homens apresentaram escores inferiores aos das mulheres (45 vs 50; $p=0,023$). Participantes solteiros apresentaram escores mais elevados ($p<0,001$) nas dimensões CF (70), AF (100), VT (75), D (67), AS (100), AE (100) e EG (70). Entre os casados, observaram-se escores mais baixos nos domínios D (32), AS (50), AE (0) e EG (45). E entre viúvos nos domínios CF (45) e AF (0). Quanto à renda, participantes com rendimento inferior a três salários mínimos apresentaram piores escores nos domínios AF (0; $p=0,038$), AS (50; $p=0,044$), AE (0; $p=0,010$) e SM (70; $p=0,031$). Aqueles com ensino superior completo obtiveram escores mais elevados nos domínios CF (80; $p=0,017$), AF (75; $p<0,001$), VT (85; $p<0,001$), AS (87; $p=0,005$), AE (100; $p=0,004$), SM (80; $p<0,001$) e EG (70; $p=0,007$). Aposentados apresentaram significativamente menor escore em VT (40; $p=0,019$) e desempregados, em SM (68; $p<0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre características sociodemográficas e domínios de qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025

Variáveis	CF	AF	VT	D	AS	AE	SM	EG
Sexo								
Masculino	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-55)	32 (32-57)	50 (50-75)	16 (0-33)	68 (60-76)	45 (45-55)
Feminino	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-60)	32 (32-57)	50 (50-75)	33 (0-66)	72 (56-76)	50 (45-60)
Valor de p §	0,375	0,810	0,325	0,780	0,130	0,394	0,865	0,023
Estado civil								
Solteiros	70 (55-90)	100 (0-100)	75 (60-85)	67 (35-90)	100 (75-100)	100 (66-100)	72 (64-96)	70 (60-90)
Casados	50 (45-55)	50 (25-75)	40 (40-50)	32 (32-57)	50 (50-62)	0 (0-33)	72 (60-76)	45 (45-55)
Divorciados	50 (45-60)	0 (0-25)	37 (30-60)	57 (57-80)	62 (50-75)	33 (33-66)	60 (56-72)	55 (45-55)
Viúvos	45 (32-60)	0 (0-100)	50 (30-60)	57 (38-58)	75 (62-93)	33 (33-100)	76 (56-86)	52 (47-55)
Valor de p ¶	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,102	<0,001

(Continua)

(Conclusão)

Variáveis	CF	AF	VT	D	AS	AE	SM	EG
Renda (SM)								
<1	50 (45-80)	0 (0;0)	60 (60-65)	57 (45-67)	75 (50-75)	66 (33-100)	76 (68-88)	50 (40-65)
1 a 3	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-55)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	70 (60-76)	45 (45-55)
4 a 6	65 (50-80)	100 (100-100)	65 (65-65)	57 (57-57)	100 (100-100)	66 (33-100)	84 (80-88)	95 (90-100)
> 6	40 (5-75)	62 (25-100)	67 (65-70)	45 (45-45)	81 (75-87)	83 (66-100)	98 (96-100)	55 (35-75)
Valor de p §	0,826	0,038	0,058	0,128	0,044	0,010	0,031	0,111
Escolaridade								
Ler e escrever	45 (35-55)	0 (0-50)	40 (30-45)	57 (32-57)	50 (50-62)	33 (0-33)	60 (52-72)	45 (45-55)
EF incompleto	50 (45-57)	50 (25-75)	40 (40-60)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-66)	76 (64-80)	45 (45-55)
EF completo	50 (45-55)	25 (0-50)	40 (35-50)	57 (32-57)	50 (50-75)	33 (0-33)	64 (48-68)	45 (45-55)
EM incompleto	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (35-50)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	60 (60-76)	50 (45-55)
EM completo	55 (50-85)	75 (25-100)	65 (50-80)	32 (32-80)	75 (50-100)	100 (0-100)	72 (64-92)	55 (45-80)
ES completo	80 (45-85)	75 (50-100)	85 (65-85)	57 (35-57)	87 (62-100)	100 (66-100)	80 (80-100)	70 (70-100)
Valor de p §	0,017	<0,001	<0,001	0,769	0,005	0,004	<0,001	0,007
Ocupação								
Desempregados	50 (20-50)	50 (0-100)	60 (30-90)	67 (55-80)	100 (12-100)	100 (0-100)	68 (52-96)	75 (60-90)
Informais	62 (45-85)	12 (0-75)	62 (50-75)	51 (32-70)	75 (50-100)	83 (0-100)	72 (52-88)	50 (40-65)
CLT	67 (35-82)	75 (25-100)	62 (50-77)	45 (22-58)	81 (56-100)	50 (0-100)	76 (72-82)	47 (40-75)
Aposentados	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-55)	32 (32-57)	50 (50-75)	33 (0-33)	72 (60-76)	45 (45-55)
Valor de p §	0,122	0,736	0,019	0,216	0,289	0,149	<0,001	0,140

CF: Capacidade física; AF: Aspectos físicos; VT: Vitalidade; D: Dor; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; EG: Estado geral de Saúde; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior; §: Mann-Whitney; ¥: Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Participantes tabagistas apresentaram piores escores nos domínios AF (25; $p<0,001$), VT (35; $p=0,023$) e SM (60; $p=0,001$), enquanto os não tabagistas apresentaram pior escore no domínio D (32; $p=0,039$). Da mesma forma, aqueles que referiram não consumir bebidas alcoólicas apresentaram os piores escores nos domínios D (32; $p=0,006$), AS (50; $p<0,001$) e AE (0; $p<0,001$). Os participantes que referiram não realizar atividade física tiveram piores resultados na CF (50; $p<0,001$), VT (40; $p=0,001$), D (32; $p<0,001$), AS (50; $p=0,024$), AE (33; $p<0,001$), SM (68; $p=0,038$) e EG (45; $p=0,029$). A frequência de prática de atividade física três vezes por semana esteve associada a escores significativamente superiores nos domínios de CF (100; $p=0,006$), AF (85; $p<0,001$), VT (75; $p<0,001$), D (80; $p=0,002$), AS (100; $p<0,001$), AE (100; $p<0,001$) e EG (65; $p=0,003$). Os participantes de grupos comunitários apresentaram valores significativamente mais elevados nos domínios CF (55; $p=0,025$) e SM (76; $p=0,007$), embora os não participantes demonstraram melhor resultado no domínio AE (33 vs 0; $p=0,001$). Indivíduos católicos apresentaram escores significativamente menores nos domínios D (32; $p=0,029$), AE (0; $p=0,024$) e EG (45; $p=0,010$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre hábitos de vida e domínios de qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025

Variáveis	CF	AF	VT	D	AS	AE	SM	EG
Tabagismo								
Não	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-60)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-66,7)	72 (60-80)	45 (45-60)
Sim	50 (40-55)	25 (0-25)	35 (30-50)	57 (57-57)	62 (50-75)	33 (33-33)	60 (52-64)	52 (50-55)
Valor de p §	0,432	<0,001	0,023	0,039	0,204	0,253	0,001	0,269
Etilismo								
Não	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-55)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	72 (60-76)	45 (45-55)
Sim	55 (45-75)	25 (0-100)	50 (35-80)	57 (57-70)	75 (75-100)	33 (33-100)	64 (52-84)	55 (45-65)
Valor de p §	0,052	0,898	0,229	0,006	<0,001	<0,001	0,647	0,129
Atividade Física								
Não	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (35-50)	32 (25-57)	50 (50-75)	33 (0-33)	68 (56-76)	45 (45-55)
Sim	55 (50-80)	50 (0-100)	50 (40-65)	57 (32-80)	62 (50-100)	33 (0-100)	76 (60-84)	50 (45-65)
Valor de p §	<0,001	0,094	0,001	<0,001	0,024	<0,001	0,038	0,029
Frequência Atividade física								
1x semana	50 (0-75)	55 (45-60)	40 (40-55)	45 (32-67)	50 (50-75)	0 (0-33)	76 (64-80)	50 (45-60)
2x semana	50 (0-100)	55 (45-60)	45 (40-60)	45 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	72 (60-76)	45 (40-55)
3x ou mais	100 (25-100)	85 (80-90)	75 (65-90)	80 (55-100)	100 (75-100)	100 (100-100)	84 (64-96)	65 (50-85)
Valor de p ¥	0,006	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,056	0,003
Grupos comunitários								
Não	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (35-60)	45 (32-57)	62 (50-87)	33 (0-66)	64 (56-76)	50 (45-55)
Sim	55 (50-60)	50 (25-75)	40 (40-60)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	76 (64-80)	45 (45-55)
Valor de p §	0,025	0,409	0,299	0,446	0,071	0,001	0,007	0,315
Religiosidade								
Nenhuma	100 (25-100)	75 (55-90)	70 (25-75)	57 (45-100)	87 (50-100)	100 (33-100)	100 (64-100)	75 (45-80)
Católico	50 (0-75)	50 (45-55)	40 (40-50)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	72 (60-76)	45 (45-55)
Evangélico	25 (0-75)	52 (37-60)	55 (40-75)	57 (38-73)	62 (50-100)	33 (0-100)	70 (54-88)	57 (45-67)
Espírita	0 (0-0)	75 (75-75)	50 (50-50)	57 (57-57)	50 (50-50)	33 (33-33)	44 (44-44)	55 (55-55)
Outra	75 (75-75)	45 (45-45)	85 (85-85)	35 (35-35)	87 (87-87)	66 (66-66)	80 (80-80)	70 (70-70)
Valor de p ¥	0,170	0,194	0,064	0,029	0,169	0,024	0,183	0,010

CF: Capacidade física; AF: Aspectos físicos; VT: Vitalidade; D: Dor; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; EG: Estado geral de Saúde; §: Mann-Whitney; ¥: Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Em relação ao tempo de diagnóstico, observaram-se diferenças significativas entre os grupos nos domínios CF ($p=0,001$), AF ($p=0,006$), VT ($p<0,001$), D ($p<0,001$), AE ($p<0,001$), AS ($p<0,001$), SM ($p=0,009$) e EG ($p<0,001$), com maiores medianas entre aqueles com menor tempo de diagnóstico (até três anos). Quanto ao tratamento da hipertensão, indivíduos em tratamento apresentaram menores escores nos domínios CF (50 vs 87; $p=0,022$) e VT (40 vs 85; $p=0,026$). De forma semelhante, a presença de complicações esteve associada a piores resultados no domínio CF (22 vs 50; $p=0,041$), mas, inversamente, a melhores resultados em AE (83 vs 33; $p=0,045$). A presença de outras condições crônicas foi associada a maiores escores nos domínios VT (60 vs 40; $p<0,001$), D (57 vs 32; $p=0,019$), AE (100 vs 0; $p<0,001$), AS (75 vs 50; $p<0,001$) SM (76 vs 68; $p=0,019$), e EG (60 vs 45; $p=0,002$). participantes que utilizavam serviços privados apresentaram melhores escores nos domínios VT (57 vs 40; $p=0,003$), D (52 vs 32; $p=0,015$), AE (68 vs 50; $p=0,009$), AS (33 vs 0; $p=0,005$) e SM (76 vs 68; $p=0,019$). Em relação à frequência de uso dos

serviços de saúde, participantes com utilização regular apresentaram melhores resultados em AF (55; $p=0,006$), VT (50; $p=0,003$), AE (62; $p<0,001$), AS (33; $p<0,001$) e SM (76; $p=0,011$), enquanto aqueles com uso raro apresentaram melhor resultado no domínio CF (50; $p=0,018$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre aspectos clínicos e domínios de qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial. São Luís, MA, Brasil, 2025

Variáveis	CF	AF	VT	D	AE	AS	SM	EG
Diagnóstico (anos)								
Até 1	90 (90-90)	50 (0-100)	82 (70-95)	79 (57-100)	66 (33-100)	87 (75-100)	76 (52-100)	72 (60-85)
1 a 3	75 (50-90)	100 (0-100)	75 (60-85)	67 (45-80)	100 (100-100)	100 (75-100)	92 (68-100)	65 (55-75)
3 a 6	80 (65-87)	87 (37-100)	67 (62-80)	67 (57-85)	83 (33-100)	93 (75-100)	80 (74-94)	80 (50-92)
6 a 9	50 (45-50)	50 (50-75)	40 (37-45)	32 (32-32)	0 (0-33)	50 (50-50)	68 (60-76)	45 (45-50)
10 ou +	55 (40-65)	25 (0-75)	47 (40-65)	57 (32-67)	33 (0-100)	62 (50-87)	72 (52-84)	50 (45-65)
Valor de p ¥	<0,001	0,006	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	<0,001
Tratamento								
Não	87 (85-90)	50 (0-100)	85 (70-100)	68 (57-80)	66 (33-100)	87 (75-100)	76 (52-100)	75 (60-90)
Sim	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-60)	32 (32-57)	33 (0-33)	50 (50-75)	72 (60-76)	45 (45-55)
Valor de p §	0,022	0,913	0,026	0,172	0,243	0,135	0,778	0,063
Complicação								
Não	50 (45-55)	50 (0-75)	40 (40-60)	32 (32-57)	33 (0-33)	50 (50-75)	72 (60-76)	45 (45-55)
Sim	22 (10-55)	0 (0-100)	50 (30-60)	56 (45-70)	83 (0-100)	68 (12-75)	78 (52-88)	57 (40-60)
Valor de p §	0,041	0,359	0,994	0,368	0,045	0,975	0,600	0,599
Outras condições crônicas								
Não	50 (45-55)	50 (25-75)	40 (40-45)	32 (32-57)	0 (0-33)	50 (50-62)	68 (60-76)	45 (45-55)
Sim	55 (35-80)	25 (0-100)	60 (40-75)	57 (32-70)	100 (33-100)	75 (50-100)	76 (52-88)	60 (40-75)
Valor de p §	0,522	0,313	<0,001	0,019	<0,001	<0,001	0,019	0,002
Uso de serviço privado								
Não	50 (0-75)	50 (45-55)	40 (35-50)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	68 (60-76)	45 (45-55)
Sim	50 (0-100)	55 (45-80)	57 (40-70)	52 (32-70)	68 (50-100)	33 (0-100)	76 (60-88)	55 (45-65)
Valor de p §	0,968	0,125	0,003	0,015	0,009	0,005	0,019	0,072
Frequência ao serviço de saúde								
Regular	50 (0-100)	55 (45-80)	50 (40-70)	57 (32-67)	62 (50-87)	33 (0-100)	76 (60-84)	50 (45-75)
Urgência	50 (0-75)	50 (45-55)	40 (40-45)	32 (32-57)	50 (50-50)	0 (0-33)	64 (52-76)	45 (45-55)
Raro	75 (25-100)	50 (45-55)	40 (35-50)	32 (32-57)	50 (50-75)	0 (0-33)	68 (60-76)	45 (45-55)
Valor de p ¥	0,018	0,006	0,003	0,097	<0,001	<0,001	0,011	0,056

CF: Capacidade física; AF: Aspectos físicos; VT: Vitalidade; D: Dor; AE: Aspectos Emocionais; AS: Aspectos Sociais; SM: Saúde Mental; EG: Estado geral de Saúde; ¥: Kruskal-Wallis; §: Mann-Whitney. Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A Tabela 6 apresenta as correlações entre os domínios de qualidade de vida e as variáveis antropométricas e clínicas. Observaram-se correlações moderadas e estatisticamente significativas entre o peso e os domínios D (ρ : -0,33; $p<0,001$), AS (ρ : -0,48; $p<0,001$) e EG (ρ : -0,36; $p<0,001$), indicando pior percepção da qualidade de vida com o aumento do peso corporal. Por outro lado, o domínio AE apresentou correlação positiva moderada (ρ : 0,35; $p<0,001$). A circunferência da cintura (CC) mostrou correlações negativas moderadas com os domínios AF (ρ : -0,37; $p<0,001$) e VT (ρ : -0,34; $p<0,001$), AE (ρ : -0,33; $p<0,001$), AS (ρ : -0,30; $p<0,001$).

O Índice de Massa Corporal (IMC) e a Pressão Arterial Sistólica (PAS) apresentaram correlações fracas com os domínios de qualidade de vida, indicando ausência de associação relevante entre essas variáveis e os escores do SF-36.

Tabela 6 – Correlação linear de Spearman entre os domínios de qualidade de vida, antropometria e níveis pressóricos das pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica. São Luís, MA, Brasil, 2025

Domínios	Peso	IMC	PAS	CC
	rho	rho	rho	rho
CF	-0,28**	-0,22**	-0,25	0,01
AF	-0,03	-0,03	-0,19**	-0,37**
VT	-0,28**	-0,08	-0,15*	-0,34**
D	-0,33**	-0,20**	-0,17*	-0,26**
AE	0,35**	-0,09	-0,19**	-0,33**
AS	-0,48**	-0,22**	-0,10	-0,30**
SM	-0,18*	-0,03	0,03	0,16
EG	-0,36**	-0,16*	-0,12	-0,28**

CF: Capacidade física; AF: Aspectos físicos; VT: Vitalidade; D: Dor; AE: Aspectos Emocionais; AS: Aspectos Sociais; SM: Saúde Mental; EG: Estado geral de Saúde; *<0,05; ** <0,001; Correlação moderada: rho (coeficiente de correlação) >0,3 | <0,7.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, que objetivou avaliar a qualidade de vida de 191 pessoas idosas negras com hipertensão arterial, observou-se que os domínios com melhores desempenhos foram saúde mental e aspectos sociais, sugerindo que, apesar das limitações clínicas, há preservação relativa das interações sociais e do bem-estar psicológico. Por outro lado, os domínios com piores escores foram dor, aspectos emocionais e vitalidade, refletindo o impacto negativo da hipertensão e das condições associadas sobre o estado físico e emocional. É possível que, embora relatem estabilidade e equilíbrio emocional, esses indivíduos ainda experimentem momentos em que sentimentos de preocupação ou desânimo interfiram em suas atividades cotidianas, o que explica a diferença entre os escores de saúde mental e aspectos emocionais. O domínio estado geral de saúde apresentou mediana intermediária, apontando percepção moderada em relação à própria saúde.

As análises de associação evidenciaram influência de fatores como estado civil, renda, escolaridade, hábitos de vida (tabagismo, etilismo e sedentarismo) e fatores clínicos, como tempo de diagnóstico e presença de outras condições crônicas. Tais achados reforçam que a qualidade de vida em pessoas idosas negras com hipertensão arterial é resultado da interação entre determinantes sociodemográficos, comportamentais e clínicos.

No perfil sociodemográfico, a amostra apresentou predominantemente mulheres, com índices de baixa escolaridade e renda, características que refletem o perfil epidemiológico da população hipertensa brasileira (Moura *et al.*, 2023). A literatura indica ainda que mulheres tendem a apresentar maior prevalência de hipertensão, especialmente após a menopausa, devido a alterações hormonais e à maior longevidade (Sparapagni; Ramos; Taliari, 2016). Essa mesma perspectiva é corroborada por Julião *et al.* (2021), que identificaram, em análise nacional, prevalência de HAS persistentemente superior entre as mulheres quando comparadas aos homens, substanciando o chamado “paradoxo saúde-sobrevivência”, segundo o qual, apesar da maior longevidade em relação aos homens, as mulheres acumulam maior número de morbidades e demonstram uma maior propensão a utilizar os serviços de saúde.

Quanto à comparabilidade externa, o perfil observado é semelhante ao descrito por Chantakeeree *et al.* (2022) em idosos com hipertensão na Tailândia, que também apresentaram predomínio do sexo feminino (81,9%), com idade média

próxima (70 anos), casados (86,4%) e baixa escolaridade (66,2%), além de renda muito reduzida. Essa semelhança indica que os dados desta pesquisa guardam convergência com achados internacionais, reforçando a consistência do perfil sociodemográfico identificado. Em escala nacional, resultados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), com 6.767 participantes, também sugerem que maior escolaridade (≥ 9 anos versus ≤ 4 anos) associa-se a menor chance de hipertensão entre mulheres (Coelho *et al.*, 2025), reforçando a relevância do gradiente educacional.

A baixa escolaridade observada entre as pessoas idosas negras desse estudo, marcada pelo predomínio do ensino fundamental incompleto, tem sido associada ao menor acesso à informação sobre saúde, o que pode comprometer a adoção de hábitos saudáveis e reflete uma condição de vulnerabilidade social (Anunciação *et al.*, 2022), fenômeno igualmente observado na amostra. Esse contexto de desigualdade educacional e social se traduz em piores desfechos clínicos, como demonstrado por Malta *et al.* (2021), que identificaram maior ocorrência de doenças cardiovasculares entre pessoas pretas e pardas com baixa escolaridade.

A renda familiar observada nesta pesquisa evidenciou um padrão de vulnerabilidade socioeconômica, uma vez que 93,2% das pessoas idosas negras com hipertensão declararam rendimentos de um a três salários mínimos. Esse resultado está em consonância com o cenário nacional, uma vez que o Brasil se configura entre os países com maior desigualdade de renda e apresenta relação significativa entre renda e cor de pele entre idosos, demonstrando que as pessoas pretas e pardas tendem a apresentar piores condições socioeconômicas e maior dificuldade de acesso a direitos básicos, como a renda (Moura *et al.*, 2023).

Conforme Ponte *et al.* (2023), a baixa renda exerce influência direta sobre as condições de saúde, uma vez que limita o acesso a uma alimentação adequada, à prática regular de atividade física e ao controle eficiente de doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Essas limitações repercutem nos comportamentos e contextos de vida e, de acordo com Marcelino *et al.* (2020), a prática reduzida de atividade física e a baixa participação em grupos comunitários observadas nessa amostra sugerem fragilidades na rede de apoio e na promoção da saúde, com repercussões na qualidade de vida.

Adicionalmente, a baixa prática de exercícios físicos reportada é corroborada pelo estudo de Mrejen, Nunes e Giacomini (2023), que objetivaram

analisar o processo de envelhecimento da população brasileira e suas consequências para o sistema de saúde e para as famílias, no qual observou-se que a prática de atividade física diminui com o envelhecimento. Segundo a pesquisa, idosos mais jovens (60-64 anos) apresentam maior frequência de atividade física em comparação aos mais velhos (80 anos ou mais). A amostra deste estudo apresenta perfil semelhante, com prática reduzida de exercícios entre os participantes. O estudo ainda indica que idosos de menor renda apresentam menor prevalência de atividade física, o que também é um fator observado nessa amostra.

A prática de atividade física entre pessoas negras é marcada por diversos desafios que envolvem fatores sociais, culturais e familiares, contribuindo para o afastamento dessa população das práticas de atividade física, o que evidencia a influência das desigualdades estruturais sobre o estilo de vida (Machado *et al.*, 2023).

Do ponto de vista clínico, a maior parte dos participantes convivia com o diagnóstico da doença há mais de seis anos, encontrava-se em tratamento atual para a morbidade, cerca de um terço referiu outra condição crônica associada e poucos apresentaram complicações. Esses dados são semelhantes aos de Chantakeeree *et al.* (2022), que observaram duração média da hipertensão de 7,03 anos e a presença de ao menos uma comorbidade em 44% dos pacientes avaliados. Esse achado reforça o conceito de multimorbidade, compatível com o tempo de doença.

Em relação ao estado nutricional, os avaliados estavam na faixa de eutrofia, porém a variação do IMC observada indica sobrepeso em parte da amostra e os valores medianos de CC indicam acúmulo de gordura abdominal (Brasil, 2022b). Contudo, os valores de PAS e PAD apontaram, em geral, controle pressórico, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (Brasil, 2025). Na mesma direção, Torres *et al.* (2020) identificaram prevalências elevadas de sobrepeso/obesidade (>60%) em afrodescendentes hipertensos residentes em comunidades quilombolas, com diferenças por sexo e maior associação entre sexo feminino e IMC elevado, em consonância com evidências internacionais sobre a susceptibilidade da população negra ao desenvolvimento de obesidade e complicações metabólicas associadas (Maraboto; Ferdinand, 2020). Mesmo com pressão arterial controlada, sobrepeso e obesidade abdominal mantêm elevado o risco cardiovascular, reforçando a importância de fatores nutricionais e comportamentais no manejo da HAS (Borges; Kimura, 2023).

Os escores do SF-36 revelaram comprometimento importante nos domínios dor (D), aspectos emocionais (AE) e vitalidade (VT) nesta amostra. Esses achados são consistentes com estudos que descrevem a dor crônica e o sofrimento emocional como condições frequentes em idosos com doenças crônicas, incluindo a hipertensão (Graças; Ferreira, 2025). Na revisão conduzida por Graças e Ferreira (2025), que analisou estudos utilizando o SF-36, observou-se que a HAS impacta de forma significativa a qualidade de vida, sobretudo em domínios físicos e emocionais. Embora poucos trabalhos tratem especificamente da população idosa negra, o padrão geral é convergente.

A piora observada nos domínios Dor, Aspectos Emocionais e Vitalidade podem refletir não apenas o impacto biológico da hipertensão arterial, mas também o efeito cumulativo do racismo estrutural na trajetória de vida dessas pessoas. Estudos indicam que a dor em pessoas negras tende a ser subvalorizada e menos tratada adequadamente devido a vieses implícitos entre os profissionais de saúde (Hoffman *et al.*, 2016; Bailey *et al.*, 2021). Do mesmo modo, sintomas emocionais em indivíduos negros são frequentemente subdiagnosticados ou interpretados como suposta 'resiliência natural', perpetuando desigualdades no cuidado em saúde mental (Williams; Mohammed, 2013). A menor vitalidade relatada pode, assim, ser compreendida à luz do conceito de *weathering*, que descreve o desgaste biológico e psicossocial provocado pela exposição crônica a estressores raciais (Geronimus *et al.*, 2006). Essa perspectiva reforça a necessidade de compreender a raça como um determinante social, e não apenas como marcador demográfico, reconhecendo o racismo como fator etiológico e modulador de desfechos em saúde.

Quanto ao sexo, não foram observadas diferenças significativas na maioria dos domínios; entretanto, os homens apresentaram escores inferiores no domínio estado geral de saúde (EG). Lima *et al.* (2023) apontam que mulheres idosas tendem a demonstrar maior resiliência em situações adversas, enquanto homens podem apresentar maior vulnerabilidade em determinados contextos, como presença de luto e condições de saúde adversas, o que pode auxiliar na interpretação desse achado.

A escolaridade mais baixa e a renda ≤ 3 salários mínimos associaram-se a escores inferiores, especialmente nos domínios aspectos físicos (AF), aspectos sociais (AS) e aspectos emocionais (AE). Além disso, os aposentados apresentaram piores escores em vitalidade (VT). Tais resultados dialogam com Sousa *et al.* (2019), que evidenciam desigualdades segundo escolaridade, renda per capita e posse de

plano privado de saúde, e com Mrejen, Nunes e Giacomini (2023), que mostram piores condições de saúde e mais limitações funcionais entre idosos de menor renda.

Especificamente, pessoas idosas negras com renda ≤ 3 salários mínimos apresentaram pior desempenho nos domínios aspectos físicos (AF), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). Esse achado é corroborado pela pesquisa de Dawalibi *et al.* (2014), realizada com 182 idosos, na qual o "desenvolvimento humano", medido pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), ambos intrinsecamente ligados à renda, exerceu influência sobre a qualidade de vida dos idosos, avaliada pelo WHOQOL BREF, especialmente nos domínios social e ambiental. No estudo (Dawalibi *et al.*, 2014), os melhores resultados foram observados entre os habitantes de A (município que exibe o maior IDHM do país) e B, em comparação aos de C (município que exibe o menor IDHM dentre os estudados).

Em uma revisão conduzida por nosso grupo de pesquisa, Silva *et al.* (2025), identificaram dificuldades enfrentadas por pessoas idosas negras no acesso a serviços de saúde, relacionadas a fatores estruturais e desigualdades socioeconômicas e geográficas. Esses condicionantes podem impactar diretamente a hipertensão arterial, que exige acompanhamento médico regular e acesso a medicamentos. Foi observado, ainda, que fatores como baixa renda, menor escolaridade e condições de moradia precárias aumentam a vulnerabilidade da população negra e são destacados como determinantes na qualidade de vida, em consonância com o presente estudo.

Os hábitos de vida mostraram associação consistente com a qualidade de vida: participantes com piores hábitos apresentaram escores mais baixos em diversos domínios do SF-36. Entre esses hábitos, destaca-se a prática e frequência de atividade física, associadas à melhor qualidade de vida nos indivíduos avaliados. Isso é corroborado por Nahas (2017), que descreve que indivíduos que praticam atividade física três vezes ou mais por semana apresentam melhores escores em diversos domínios, confirmando que a prática regular está associada à melhora da saúde física, mental e social.

A participação reduzida em atividade física é altamente prevalente em idosos brasileiros e figura entre os principais preditores de baixa qualidade de vida e vitalidade. Estudos transversais mostram que aproximadamente 50-60% dos idosos hipertensos apresentam estilo de vida sedentário, com associação significativa à

perda de vitalidade, depressão, ansiedade, dor crônica e declínio funcional (Lozado *et al.*, 2020; Domingos *et al.*, 2021).

Revisões integrativas e sistemáticas confirmam que o estilo de vida, incluindo a cessação do tabagismo, moderação do etilismo, prática de exercícios físicos e engajamento social adaptativo são determinantes fundamentais para a promoção da qualidade de vida em todas as fases do envelhecimento (Cavalcanti *et al.*, 2016; Ferreira, Luana Karoline; Meireles; Ferreira, 2018; Lourenço *et al.*, 2025). No Brasil, o tabagismo apresenta diferenças importantes entre grupos raciais, com maior prevalência entre pessoas pretas e pardas, segundo Silva *et al.* (2022). No estudo conduzido por Sacioto e Castro (2021), os autores observaram a associação entre o tabagismo e sintomas depressivos em mulheres idosas, evidenciando o impacto negativo desse comportamento sobre a saúde mental; além disso, Linli *et al.* (2022) documentaram declínio funcional mais acelerado em idosos fumantes.

No engajamento social, observou-se que indivíduos socialmente ativos em grupos comunitários apresentaram pior escore no domínio aspectos emocionais (AE), resultado que contrasta com a revisão de Ferreira *et al.* (2024), que revelou que idosos socialmente ativos apresentaram probabilidade significativamente menor de desenvolver comprometimento cognitivo em comparação àqueles socialmente isolados; bem como com Gullich, Duro e Cesar (2016), que afirmam que a participação regular em atividades de lazer diminui substancialmente o risco de depressão na população; e com Julik *et al.* (2025), que associaram participação comunitária entre pessoas idosas a maior satisfação com a vida, afeto positivo e menos sintomas depressivos.

Quanto à religiosidade, indivíduos sem religião apresentaram escores mais elevados nos domínios dor (D), aspectos emocionais (AE) e estado geral da saúde (EG), enquanto grupos específicos, como espíritas, mostraram valores mais baixos. Contudo, apenas três participantes referiram ausência de religiosidade, o que limita a interpretação. Em geral, os achados dialogam com evidências de que religiosidade e espiritualidade podem atuar como estratégias de enfrentamento e suporte psicossocial, associadas a maior bem-estar psicológico, menor depressão e melhor adaptação ao estresse (Stroppa; Moreira-Almeida, 2008; Mónico, 2021).

A correlação negativa entre peso, circunferência da cintura (CC) e os domínios de qualidade de vida sugere que o excesso de peso e adiposidade central promovem pior percepção de saúde e qualidade de vida. Esse padrão compatível com

a literatura que vincula obesidade e fatores metabólicos a piores indicadores de bem-estar físico e psicológico (Nahas, 2017).

Os participantes em tratamento atual para HAS apresentaram piores escores em capacidade funcional (CF) e vitalidade (VT), o que pode indicar estágios mais graves da doença, com sintomas relevantes e limitações funcionais. No entanto, esse achado foi altamente referido nesta amostra, e pode não ser um parâmetro adequado de comparação em relação aos indivíduos sem tratamento. Achado semelhante foi reportado por Tahkola *et al.* (2021), que investigaram o impacto da iniciação do tratamento anti-hipertensivo na qualidade de vida relacionada à saúde e nos níveis de fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão recém-diagnosticada, na Finlândia. Os autores observaram que, durante o primeiro ano de tratamento para hipertensão, houve uma leve deterioração na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes, medida pelo índice EQ-5D, com redução média de -0,045 pontos. Essa diminuição, embora discreta, foi atribuída ao impacto psicológico do diagnóstico de hipertensão ("rotulagem") e não necessariamente aos níveis pressóricos ou aos efeitos colaterais do tratamento.

Da mesma forma, participantes com complicações apresentaram menor escore em capacidade funcional (CF), e aqueles sem complicações, menor escore em aspectos emocionais (AE). Embora pouco referido, este aparente paradoxo pode refletir a natureza subjetiva da percepção de qualidade de vida e a possibilidade de que indivíduos sem complicações formalmente diagnosticados apresentem limitações físicas não reconhecidas clinicamente ou subestimadas pelos próprios pacientes, uma vez que, conforme a OMS, a qualidade de vida corresponde à “percepção de um indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995).

A presença de outras condições crônicas, especialmente referida Diabetes mellitus (DM), associou-se à melhores escores nos domínios vitalidade (VT), dor (D), aspectos emocionais (AE), aspectos sociais (AS), saúde mental (SM) e estado geral de saúde (EG), diferindo de Cardoso *et al.* (2023), que relataram pior QV geral quando HAS e DM coexistem (sobretudo em domínios físico e ambiental no WHOQOL). Por outro lado, Zucco e Silveira (2023), em sua revisão, demonstraram que idosos com diabetes e hipertensão concomitantes, quando adequadamente acompanhados, podem apresentar melhor percepção de qualidade de vida em domínios específicos,

possivelmente devido ao maior engajamento em práticas de autocuidado e a acompanhamento mais frequente com profissionais de saúde. Este fenômeno sugere que estratégias educativas e de suporte social similares às empregadas no manejo diabético deveriam ser incorporadas no cuidado de todos os pacientes hipertensos.

A literatura indica que a vitalidade (VT) reduzida pode estar relacionada à presença de comorbidades e ao contínuo tratamento para HAS, o que pode afetar a disposição física e mental (Galvão; Roncalli, 2021). Entretanto, os achados desta pesquisa divergiram desse padrão, indicando maior vitalidade entre aqueles com outras doenças crônicas. Esse resultado pode estar relacionado à presença de mecanismos adaptativos, conforme descrito por Lima *et al.* (2023), que demonstraram que pessoas idosas negras com múltiplas comorbidades frequentemente desenvolvem mecanismos adaptativos que resultam em melhor desempenho em domínios funcionais específicos, particularmente quando há controle adequado de fatores de confundimento socioeconômicos. Esses mecanismos são fundamentais para fortalecer as perspectivas pessoais de envelhecimento e podem contribuir para uma melhor percepção de bem-estar. Segundo Fontes e Nari (2015), a resiliência permite a continuidade do funcionamento e desenvolvimento em idosos, mesmo diante de riscos e adversidades. Ainda, recursos pessoais e sociais, como saúde, funcionalidade e apoio social, são fundamentais para o enfrentamento de desafios na velhice.

Dessa forma, embora a presença de comorbidades tenda a agravar a qualidade de vida, o maior envolvimento em estratégias educativas e de cuidado contínuo pode contrabalançar os efeitos deletérios da doença, promovendo melhores percepções em aspectos emocionais, vitais, mentais, sociais, de dor e de saúde geral (Bertoluci *et al.*, 2025).

Resultado semelhante foi descrito por Pereira *et al.* (2017), que destacaram que o diabetes mellitus, por ser uma condição que exige maior envolvimento educativo e estratégias de autocuidado contínuo, pode resultar em melhor capacitação do indivíduo para o manejo de sua saúde geral. Embora o presente estudo não tenha sido realizado, especificamente com pessoas com diabetes, essa condição foi a comorbidade mais referida entre os participantes. A educação em saúde voltada para pessoas com diabetes enfatiza mudanças comportamentais, monitoramento constante e desenvolvimento de habilidades de autogerenciamento que podem beneficiar o controle de outras condições crônicas concomitantes.

O tempo de diagnóstico da hipertensão associou-se negativamente a diversos domínios de qualidade de vida, compatível com padrões de deterioração progressiva associados à cronicidade cardiovascular. Galvão *et al.* (2024) descrevem em sua revisão que o envelhecimento associado à HAS contribui para limitações fisiológicas que interferem progressivamente no equilíbrio pressórico e na funcionalidade geral. A convivência prolongada com a doença pode estar relacionada a complicações subclínicas que, cumulativamente, impactam a percepção de bem-estar.

Por fim, o uso de serviços privados de saúde esteve associado a melhores escores em vitalidade (VT), dor (D), aspectos emocionais (AE), aspectos sociais (AS) e saúde mental (SM), sinalizando que o acesso e a qualidade da atenção podem influenciar a QV. A literatura demonstra que as desigualdades no acesso em saúde impactam diretamente a qualidade de vida e a equidade no cuidado (Andrade; Sodré; Rocon, 2025; Barreto *et al.*, 2025). De modo convergente, acompanhamento regular associou-se a melhores escores em aspectos físicos (AF), vitalidade (VT), aspectos emocionais (AE), aspecto sociais (AS) e saúde mental (SM), em consonância com a promoção da saúde, que enfatiza o acesso contínuo e integral aos serviços como estratégia central para a melhoria da qualidade de vida (Buss *et al.*, 2020).

Limitações

Como limitações, reconhece-se que o delineamento transversal impossibilita estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Além disso, por se tratar de um estudo baseado em autorrelato, existe a possibilidade de viés decorrente da subjetividade das respostas. O desenvolvimento da pesquisa em apenas uma unidade de saúde também restringe a generalização dos resultados para outras populações. Cabe destacar, ainda, que o reduzido tamanho de alguns subgrupos, como o de participantes em tratamento medicamentoso atual para hipertensão arterial e aqueles que relataram complicações demanda cautela na interpretação dos achados.

Apesar dessas limitações, os resultados obtidos contribuem para o avanço do conhecimento sobre a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial e evidenciam a necessidade de novas investigações com amostras mais amplas e desenhos longitudinais, capazes de aprofundar a compreensão das relações observadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica é influenciada por uma complexa interação entre fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais. A predominância de mulheres com baixa escolaridade e renda, associada à presença de sobrepeso, sedentarismo e comorbidades, configura um cenário de vulnerabilidade que compromete diversos domínios da qualidade de vida, especialmente dor, aspectos emocionais e vitalidade.

Diante dos resultados, torna-se evidente a necessidade de fortalecer políticas públicas voltadas à promoção da equidade no cuidado à saúde de pessoas idosas negras com hipertensão arterial sistêmica. A atuação multiprofissional, com enfoque na promoção da autonomia, no manejo adequado da dor e no suporte emocional, apresenta-se como estratégia essencial para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Recomenda-se que os profissionais de saúde adotem uma abordagem centrada na pessoa, considerando os determinantes sociais da saúde e estimulando o empoderamento dos pacientes. A avaliação da qualidade de vida deve ser incorporada como ferramenta complementar ao monitoramento clínico, permitindo intervenções mais sensíveis às necessidades individuais.

Este estudo preenche uma lacuna na literatura ao investigar, de forma específica, a qualidade de vida de pessoas idosas negras com hipertensão arterial, temática ainda incipiente no cenário nacional. Os resultados obtidos oferecem subsídios para a formulação de políticas públicas, programas de saúde e ações de cuidado culturalmente orientadas e socialmente inclusivas. Dessa forma, torna-se essencial adotar a raça como categoria analítica central. Somente ao fazer isso, será possível desenvolver políticas públicas e práticas profissionais verdadeiramente eficazes e sensíveis às interseccionalidades entre envelhecimento, raça e condições crônicas, visando a um cuidado mais justo e equitativo.

Por fim, destaca-se a importância de novos estudos longitudinais que aprofundem a compreensão das trajetórias de saúde de pessoas idosas negras com hipertensão, permitindo o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes e humanizadas. Sugere-se, ainda, a realização de pesquisas qualitativas que explorem as experiências subjetivas relacionadas ao envelhecimento, ao racismo e à vivência

da hipertensão, bem como investigações multicêntricas que considerem diferentes contextos geográficos, culturais e raciais.

REFERÊNCIAS

- AAMBØ, A.; KLEMSDAL, T. O. Cardiovascular disease and diabetes in patients with African or Asian background. **Tidsskrift for Den norske legeforening**, 2017. Disponível em: <https://tidsskriftet.no/en/2017/11/oversiktsartikkel/cardiovascular-disease-and-diabetes-patients-african-or-asian-background>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- AKINDELE, M. O.; USEH, U. Multimorbidity of chronic diseases of lifestyle among South African adults. **Pan African Medical Journal**, v. 38, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/238793>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- ALMEIDA, S. **Structural Racism**. São Paulo: Pólen, 2021. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=3397e394-26ac-4aef-8222-fd960c0c01f1>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- ANDRADE, J. M.; ANDRADE, F. C. D.; OLIVEIRA, E. J. P.; DUARTE, Y. A. de O.; ANDRADE, F. B. de. Life expectancy with poor health-related quality of life among Brazilian older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 94, p. 104346, 2021.
- ANDRADE, M. A. C.; SODRÉ, F.; ROCON, P. C. **Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. Acesso em: 5 out. 2025.
- ANJOS, V. P. dos; LEE, C. T. S.; MATHIAS, A. S.; MATSUTANI, T. L.; SILVEIRA, S. A.; RIBEIRO, P. M. Particularidades da hipertensão arterial sistêmica na população preta e parda: uma revisão atualizada. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p. 15687–15694, 2023.
- ANUNCIAÇÃO, D.; PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; NUNES, A. P. N.; SOARES, J. O. (Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3861–3870, 2022.
- ARSLANTAS, D.; ÜNSAL, A.; METINTAS, S.; KOC, F.; ARSLANTAS, A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 48, n. 2, p. 127–131, 2009.
- BARRETO, M. L.; ICHIHARA, M. Y. T.; AQUINO, E. M. L.; FONSECA, A. dos A. **Desigualdades sociais e saúde: abordagens inovadoras para avaliar seus efeitos na população brasileira**. 1. ed. Salvador, Bahia: Brasil, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/42377>. Acesso em: 5 out. 2025.
- BARROS, A. R. V.; OLIVEIRA, B. L. C. A. de; PINTO, C. S.; SANTOS JUNIOR, G. R. dos; SILVA, R. P. da; SILVA, T. C. da; ARAGÃO, F. B. da S.; ARAGÃO, F. B. A.; COSTA, A. S. V. Utilização de serviços de saúde por idosos quilombolas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 56, n. 3, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/204791>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. Challenges of aging in the context of social inequalities. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, supl. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2018.v52suppl2/1s/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BARROSO, W. K. S.; BATISTA, S. R.; VITORINO, P. V. de O.; SOUSA, A. L. L. Influence of Racial Composition on Blood Pressure Control in the Brazilian Population: the need for new perspectives beyond drug treatment. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 3, mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/GwPbRVKRv6857pscWvnBL7d/?lang=en>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BATISTA, L. E.; BARROS, S.; SILVA, N. G.; TOMAZELLI, P. C.; SILVA, A. da; RINEHART, D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. e190151, 2020.

BAILEY, Z. D.; KRIEGER, N.; AGÉNOR, M.; GRAVES, J.; LINOS, N.; BASSETT, M. T. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **Lancet (London, England)**, v. 389, n. 10077, p. 1453–1463, 8 abr. 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X).

BERTOLUCI, M. C.; FORTI, A. C.; PITITTO, B. D. A.; VANCEA, D.; VALENTE, F.; SILVA JUNIOR, J. C. D.; SALLES, J. E.; SÁ, J. R. D.; DAMACENO, L.; ZAJDENVERG, L.; CALLIARI, L. E. P.; LAURIA, M.; RODACKI, M.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; LAMOUNIER, R. N.; VENCIO, S. A. C.; PAZ, S.; RAMOS, S. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - Edição 2025**: conectando pessoas. 2025. DOI 10.29327/5660187. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br>. Acesso em: 19 set. 2025.

BORGES, V. M.; KIMURA, L. Overview of Arterial Hypertension in Quilombos in Brazil: A Narrative Review. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33050, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atenção à reabilitação da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_reabilitacao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta)**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao/hipertensao>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reforça cuidados com a saúde da população negra**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/noticias/2020/outubro/ministerio-da-saude-reforca-cuidados-com-a-saude-da-populacao-negra. Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reforça cuidados com a saúde da população negra**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/ministerio-da-saude-reforca-cuidados-com-a-saude-da-populacao-negra>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integrada da população negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o sus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://fundacaoofhc.org.br>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, p. 777–781, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005–2008, 2006.

BUSS, P. M.; HARTZ, Z. M. de A.; PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723–4735, 2020.

CARDOSO, E. M.; SANTOS, T. C.; HERKRATH, F. J.; BARBOSA, T. L. Quality of life in elderly people with diabetes mellitus and systemic arterial hypertension. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31040329, 2023. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040329>.

CARDOSO, E.; DIETRICH, T. P.; SOUZA, A. P. Envelhecimento da população e desigualdade. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 41, n. 1, p. 23–43, 2021.

CARVALHO, M. V. de; SIQUEIRA, L. B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, p. 164–174, 2013.

CAVALCANTI, A. D.; MOREIRA, R. da S.; BARBOSA, J. M. V.; SILVA, V. de L. Envelhecimento ativo e estilo de vida: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 1, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/53402>. Acesso em: 20 set. 2025.

CHANTAKEEREE, C.; SORMUNEN, M.; ESTOLA, M.; JULLAMATE, P.; TURUNEN, H. Factors Affecting Quality of Life among Older Adults with Hypertension in Urban and Rural Areas in Thailand: A Cross-Sectional Study. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 95, n. 2, p. 222–244, 1 set. 2022. <https://doi.org/10.1177/00914150211050880>.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143–50, 1999.

CLARK, C. E.; WARREN, F. C.; BODDY, K.; MCDONAGH, S. T. J.; MOORE, S. F.; GODDARD, J.; REED, N.; TURNER, M.; ALZAMORA, M. T.; RAMOS BLANES, R.; CHUANG, S.-Y.; CRIQUI, M.; DAHL, M.; ENGSTRÖM, G.; ERBEL, R.; ESPELAND, M.; FERRUCCI, L.; GUERCHET, M.; HATTERSLEY, A.; LAHOZ, C.; MCCLELLAND, R. L.; MCDERMOTT, M. M.; PRICE, J.; STOFFERS, H. E.; WANG, J.-G.; WESTERINK, J.; WHITE, J.; CLOUTIER, L.; TAYLOR, R. S.; SHORE, A. C.; MCMANUS, R. J.; ABOYANS, V.; CAMPBELL, J. L. Associations Between Systolic Interarm Differences in Blood Pressure and Cardiovascular Disease Outcomes and Mortality: Individual Participant Data Meta-Analysis, Development and Validation of a Prognostic Algorithm: the INTERPRESS-IPD collaboration. **Hypertension**, v. 77, n. 2, p. 650–661, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15997>.

COELHO, D. M.; ANDRADE, A. C. de S.; MOREIRA, B. de S.; BRAGA, L. de S.; LIMA-COSTA, M. F.; CAIAFFA, W. T. Gender Differences in Social Determinants of Hypertension Among Older Brazilian Adults Residing in Urban Areas: A Multilevel Approach from the ELSI-Urbe. **Journal of Urban Health**, 2 set. 2025. DOI 10.1007/s11524-025-00998-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11524-025-00998-5>. Acesso em: 19 set. 2025.

COOPER, R. S.; AMOAH, A. G.; MENSAH, G. A. High blood pressure. **Ethnicity & disease**, v. 13, p. 48–52, 2003.

CORREIA, B. R.; RIBEIRO, D. F.; CARVALHO, Q. G. da S.; MACHADO, A. L. G.; DOUBERIN, C. A.; GUBERT, F. do A.; VIEIRA, N. F. C. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes assistidos em clínica de hipertensão. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 3, p. 171–176, 2017.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; AQUINO, R. de C. de; WITTER, C.; BURITI, M. de A.; PREARO, L. C. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 496–505, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200025>.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **A inserção da população negra no mercado de trabalho**. São Paulo, SP: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2024. Disponível em:

<https://www.dieese.org.br/infografico/2024/conscienciaNegraInfo.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

DIAS, G. dos S.; COSTA, M. C. B.; FERREIRA, T. das N.; FERNANDES, V. dos S.; SILVA, L. L. da; SANTANA JÚNIOR, L. M.; MARTINS, M. S. V. de S.; HELIOTÉRIO, M. C. Fatores de risco associados à Hipertensão Arterial entre adultos no Brasil: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 962–977, 2021.

DOMINGOS, A. M. O.; VANDERLEY, A. S.; SILVA, E. C. M.; SILVA, V. M. G. de L.; CALHEIRO, M. S. C.; MELO, G. B. de. O sedentarismo no idoso e seus impactos na qualidade de vida. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 7, n. 1, p. 13–22, out. 2021.

ELFIL, M.; NEGIDA, Ahmed. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. **Emergency**, v. 5, n. 1, e52, 2017. DOI: 10.7860/JCDR/2017/23614.9528. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5325924/>. Acesso em: 31 out. 2025.

ESTEVES, S. O. **Educação em saúde e melhor cuidado à portadores de hipertensão e diabetes mellitus assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Viva Melhor, Tupanciretã-RS**. 2023. 23 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/una-28038>. Acesso em: 5 jul. 2025.

FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. de S.; KAPLAN, G. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 81–87, 2014.

FERNANDES, M. R.; ALMEIDA, P. D. dos S. **Desigualdades sociais associadas ao estado de saúde de idosos brasileiros: pesquisa nacional de saúde 2019**. 2024. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/262466>. Acesso em: 27 abr. 2025.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 616–627, 2018.

FERREIRA, M. A.; AMARAL, P. A. F.; PONTES, J. V. Z.; BOTELHO, R. P.; DIAS, B. R. da C.; OLIVEIRA, B. G. de; MENDES, M. E. P.; ASSIS, T. M. de; FERRARI NETO, M. A. G. F.; BICALHO, R. J. L. Determinantes da qualidade de vida na terceira idade: uma revisão sistemática dos fatores contribuintes. **Lumen ET Virtus**, v. 15, n. 42, p. 6689–6701, 2024.

FLECK, M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178–183, 2000.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1475–1495, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152005.00502014>.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Pesquisa Nacional de Saúde e Saúde das Pessoas Idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. e210116, 2021.

GALVÃO, T. F.; FERREIRA, R. R.; SILVA, E. V. da; SILVA, S. de S.; FERMOSELI, A. F. de O.; OLIVEIRA, J. S. de. Influência das comorbidades e da fragilidade no tratamento em pacientes idosos com hipertensão arterial. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 467–480, 9 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-027>.

GRAÇAS, E. N. A. das; FERREIRA, L. E. G. Qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica: perspectivas e evidências científicas. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 6, n. 2, p. e626268–e626268, 2025.

GERONIMUS, A. T.; HICKEN, M.; KEENE, D.; BOUND, J. “Weathering” and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 5, p. 826–833, maio 2006. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.060749>.

GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. de; LOPES, M. V. de O.; XIMENES, L. B.; VIEIRA, N. F. C. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 151–156, 2012.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 04, p. 691–701, 2016.

HOFFMAN, K. M.; TRAWALTER, S.; AXT, J. R.; OLIVER, M. N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 113, n. 16, p. 4296–4301, 19 abr. 2016. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Base dos Dados Censo 2022**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024a. Disponível em: <https://basedosdados.org>. Acesso em: 8 out. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda | **Agência de Notícias**, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>. Acesso em: 27 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **São Luís – MA: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/sao-luis.html>. Acesso em: 30 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia | Agência de Notícias. 29 nov. 2024b. **Agência de Notícias - IBGE**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 28 abr. 2025.

JULIÃO, N. A.; SOUZA, A. de; GUIMARÃES, R. R. de M. 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, p. 4007–4019, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>.

JULIK, A. D.; CARRASCO, A. C.; SUCKOW, P. P. T.; FONSECA, E. G. de J.; KERPPERS, I. I.; FERREIRA, L. A. B.; MORGADO FILHO, V. J.; BINI, A. C. D. Fatores que impactam a qualidade de vida de idosos no cenário do desenvolvimento comunitário. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 8, p. e17068–e17068, 2025.

KURY, G. Liberdade torna-se o primeiro quilombo urbano do Maranhão. **Agência Tambor**, 4 dez. 2019. Disponível em: <https://agenciatambor.net.br/geral/liberdade-torna-se-o-primeiro-quilombo-urbano-do-maranhao/>. Acesso em: 5 maio 2025.

LEWIS, T. T.; PARKER, R.; MURDEN, R.; SPIKES, T.; ERVING, C.; MCKINNON, I. I.; VAN DYKE, M. E.; BOOKER, B.; QUYUMMI, A.; VACCARINO, V. Network stressors, personal stressors, and ambulatory blood pressure in African-American women—does superwoman schema play a role? **Health psychology**, v. 42, n. 7, p. 485, 2023.

LIMA, B. D. S.; ANTONIO, M. A. R. L.; SILVA, B. P. D.; SOUZA, E. S. D. Cuidados de Enfermagem à População Negra. In: ROCHA, E. S. C.; TOLEDO, N. D. N.; PINA, R. M. P.; PEREIRA, R. S. F.; SOUZA, E. S. D. **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**: volume 1. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. cap. 5. p. 44–54. DOI 10.51234/aben.22.e11.c05. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/e11-vulneraveis_vol-I-cap5. Acesso em: 5 jul. 2025.

LIMA, G. S.; FIGUEIRA, A. L. G.; CARVALHO, E. C. de; KUSUMOTA, L.; CALDEIRA, S. Resilience in Older People: A Concept Analysis. **Healthcare**, v. 11, n. 18, p. 2491, 8 set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11182491>.

LINLI, Z.; FENG, J.; ZHAO, W.; GUO, S. Associations between smoking and accelerated brain ageing. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 113, p. 110471, 2022.

LOPES, V. de M.; ARAGÃO, J. M. N.; MOREIRA, A. C. A.; GURGEL, A. G. S. R. Assistência de enfermagem às pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **APS EM REVISTA**, v. 5, n. 1, p. 03–09, 2023.

LÓPEZ, L. C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121–134, 2012.

LOURENÇO, A. G. dos S.; CAMBOIM, P. P. T.; COSTA, L. P. T.; NETTO, J. F. de S. Qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura sobre determinantes e avaliação com o SF-36. **Revista ft**, v. 29, n. 142, 2025. DOI: 10.69849/revistaft/th102501271353. Disponível em: <https://revistaft.com.br/qualidade-de-vida-em-idosos-uma-revisao-de-literatura-sobre-determinantes-e-avaliacao-com-o-sf-36/>. Acesso em: 20 set. 2025.

LOZADO, Y. A.; BARBOSA, R. S.; CAIRES, S. da S.; BOMFIM, B. S. M.; DOS SANTOS, L. Implicações do elevado comportamento sedentário à saúde de idosos: uma revisão de literatura. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. e9994–e9994, 2020.

MACEDO, C.; ARAS JUNIOR, R.; MACEDO, I. S. de. Clinical characteristics of resistant vs. Refractory hypertension in a population of hypertensive afrodescendants. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 31–39, 2020.

MACEDO, C.; ARAS, R.; MACEDO, I. S. de. Características Clínicas da Hipertensão Arterial Resistente vs. Refratária em uma População de Hipertensos Afrodescendentes. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 115, n. 1, p. 31–39, 2020.

MACHADO, Natália Clavelin. **Avaliação de indicadores socio-econômicos, estado nutricional, nível de atividade física, funcionalidade e qualidade de vida em idosas negras**. 2023.

MAIA, S. R. de L. **Olhos que condenam: um estudo sobre as malhas de vigilância em mulheres negras nos ambientes públicos da cidade de Maceió**. 2024. 114 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2024. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/14177>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. da. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, 2016.

MARABOTO, C.; FERDINAND, K. C. Update on hypertension in African-Americans. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 63, n. 1, p. 33–39, 2020.

MARANHÃO. Governo do Estado. **SES promove ações pelo Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial**. 2023.. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/ses-promove-acoes-pelo-dia-nacional-de-prevencao-e-combate-a-hipertensao-arterial>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MARCELINO, D.; BULGO, D. C.; AGUIAR, R. N.; NASCIMENTO, L. C. G. do. Qualidade de vida em pessoas idosas hipertensas: subsídios de uma educação constante. **Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 2, n. 6, 2020. Disponível em:

<https://revistas.ceeinter.com.br/revistadeestudosinterdisciplinar/article/view/250>. Acesso em: 27 abr. 2025.

MELO, L. A. de; BRAGA, L. de C.; LEITE, F. P. P.; BITTAR, B. F.; OSÉAS, J. M. de F.; LIMA, K. C. de. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, p. e180154, 2019.

MÓNICO, L. Religião, espiritualidade e saúde: funções, convivências e implicações. **Horizonte: revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 19, n. 60, p. 14, 2021.

MOURA, R. F.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; OKAMURA, M. N.; ANTUNES, J. L. F. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 897-907, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.19252021>.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado**. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. v. 10. Disponível em: https://www.academia.edu/download/110840335/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde Qualidade de Vida**. 7. ed. Florianópolis: Ed. do Autor, 2017.

NEVES, J. M. das; FERREIRA, J. dos S.; COSTA, S. D.; MATTOS, F. da F. da S.; ANGELI, J. K.; MARTINS, L. E. G.; BALISTA, P. A.; RONDINA, R. G.; CAMPINHOS, L. A. B. Assistência de enfermagem em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Esfera Acadêmica Saúde**, v. 8, n. 3, 2023. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2025/03/Atigo-02-Esfera-Saude-v8n3-27-44.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2025.

NISHIDA, W.; KUPEK, E.; ZANELATTO, C.; BASTOS, J. L. Mobilidade educacional intergeracional, discriminação e hipertensão arterial em adultos do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00026419, 2020.

NUNES, L. C. de S. M.; SANTOS, C. A. A. dos; SERRA, M. A. A. de O. Fatores de risco e cuidados de enfermagem ao idoso hipertenso: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 2, 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/581>. Acesso em: 5 jul. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da política nacional de saúde integral da população negra no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 39, p. e0214, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030). 25 mar. 2025. **OPAS/OMS**. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em: 28 abr. 2025.

ORNELAS, H. R. dos S. **Disparidades em saúde cardiovascular: uma revisão sistemática sobre a hipertensão em corpos negros**. 2023. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2023. Disponível em: <https://saberaberto.uneb.br/handle/20.500.11896/5045>. Acesso em: 27 abr. 2025.

PADILHA, B. M. **Preditores antropométricos de hipertensão arterial sistêmica em mulheres quilombolas**. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12747>. Acesso em: 24 set. 2025.

PALLA, M.; ANDO, T.; ANDROULAKIS, E.; TELILA, T.; BRIASOULIS, A. Renin-Angiotensin System Inhibitors vs Other Antihypertensives in Hypertensive Blacks: A Meta-Analysis. **J Clin Hypertens**, v. 19, n. 4, p. 344–350, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.12867>.

PALMEIRA, N. C.; MORO, J. P.; GETULINO, F. de A.; VIEIRA, Y. P.; SOARES JUNIOR, A. de O.; SAES, M. de O. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 31, p. e2022966, 2022.

PAULI, S.; BAIRROS, F. S. de; NUNES, L. N.; NEUTZLING, M. B. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3293–3303, 2019.

PEREIRA, L. de F.; PAIVA, F. A. P.; SILVA, S. A. da; SANCHES, R. S.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L. Nurse's actions in diabetic foot prevention: the perspective of the person with diabetes mellitus Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1008–1014, 31 out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1008-1014>.

PONTE, M. C. de C. R.; RODRIGUES, A. V. A.; QUEIROZ, K. E. L.; RABELLO, C. T. M.; LIMA, L. de A. C.; LIRA, A. B.; SANTOS, M. R. L. L. dos; SILVA, M. F. P.; SOUSA, R. H. K. L. de; GOMES, B. da S.; DIAS, R. A. O Impacto dos fatores socioeconômicos na prevalência da hipertensão: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 9, p. 3387–3399, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p3387-3399.

RASELLA, D.; MACHADO, D. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; PAIM, J.; SZWARCOWALD, C. L.; LIMA, D.; MAGNO, L.; PEDRANA, L.; MEDINA, M. G.; PENNA, G. O.; BARRETO, M. L. Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. **Global Health Action**, v. 9, n. 1, p. 29042, 1 dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29042>.

RIBEIRO, E. C. de S. A.; SGAMBATO, M. R.; CASTRO JUNIOR, P. C. P. de; MEIRA, K. C.; SALLES-COSTA, R.; FERREIRA, A. A. Social inequalities among Brazilian older adults: a secondary cross-sectional analysis of a national survey. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2022.

SACIOTO, M. F.; CASTRO, C. M. S. de. Depressão e comportamentos em saúde entre idosos brasileiros: dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 37–44, 2021. Disponível em: <https://www.fcm.mg.br/revista>. Acesso em: 26 out. 2025.

SANGALETI, C. T.; LENTSCK, M. H.; SILVA, D. C. da; MACHADO, A.; TRINCAUS, M. R.; VIEIRA, M. C. U.; PELAZZA, B. B.; COLOMBO, F. M. C. Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e fatores associados entre idosos com hipertensão na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220785, 2023.

SANTOS, A. F. dos; SILVA, S. S. Em uma sociedade de morte, viver é desobediência civil: envelhecimento da população negra e a necropolítica. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DE COIMBRA, v. 8, n. 1, 2023. **Anais [...]**. 3 out. 2023. Disponível em: <https://www.trabalhoscidhcoimbra.com/ojs/index.php/anaiscidhcoimbra/article/view/2543>. Acesso em: 27 abr. 2025.

SANTOS, K. de L.; SILVA JÚNIOR, E. G. da; EULÁLIO, M. do C. Concepções de Idosos com Hipertensão e/ou Diabetes sobre Qualidade de Vida. **Psicologia em Estudo**, v. 28, p. e53301, 2023.

SANTOS, L. dos; PEDREIRA, R. B. S.; SILVA, R. R.; BARBOSA, R. dos S.; VALENÇA NETO, P. da F.; CASOTTI, C. A. Anthropometric indicators of adiposity as predictors of systemic arterial hypertension in older people: a cross-sectional analysis. **Revista de Nutrição**, v. 36, p. e220137, 2023.

SILVA, A. L. O. da; MOTA, C. de L.; PEREIRA, R. A.; NOGUEIRA, S. M.; MOREIRA, J. C. As cores do tabagismo: relação entre raça e consumo de tabaco no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 68, n. 1, p. e1552, 2022. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1552>

SILVA, C. T. O.; OLIVEIRA, C. C. R. B.; OLIVEIRA, L. B.; SAMPAIO, E.; PIRES, C. G. da S. Fatores sociodemográficos e padrão de atividade física em pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Rene**, v. 21, p. e43949, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143949>.

SILVA, E. F. M.; BOGÉA, R. L. N.; SOUSA, G. F.; MOUZINHO, L. S. N.; RIBEIRO, L. F. S.; QUEIROZ, P. L.; SARDINHA, A. H. de L. Barreiras de acesso à saúde e políticas públicas: impactos na qualidade de vida de idosos negros com doenças crônicas. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 18, n. 3, p. e16685–e16685, 31 mar. 2025. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.3-357>.

SILVA, M. T. da; TEIXEIRA, L. B.; SANTOS, D. C. R. dos; SANTOS FILHO, L. E. P. dos; CORREA, P. D. S. Acesso a saúde tem cor e não é preta: revisão integrativa do racismo institucional à população negra. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 2, n. 10, p. e210871–e210871, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial 2025. **Rev. bras. hipertens**, p. 1–60, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

SORATO, M. M.; DAVARI, M.; KEBRIAEZADEH, A.; SARRAFZADEGAN, N.; SHIBRU, T.; FATEMI, B. Reasons for poor blood pressure control in Eastern Sub-Saharan Africa: looking into 4P's (primary care, professional, patient, and public health policy) for improving blood pressure control: a scoping review. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 21, n. 1, p. 123, 4 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01934-6>.

SOUSA, C. T.; RIBEIRO, A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; BRANT, L.; LOTUFO, P.; CHOR, D.; LOPES, A. A.; MENGUE, S. S.; BALDONI, A. O. Diferenças raciais no controle da pressão arterial em usuários de anti-hipertensivos em monoterapia: Resultados do Estudo ELSA-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 3, p. 614–622, 2022.

SOUSA, N. F. da S.; MEDINA, L. de P. B.; BASTOS, T. F.; MONTEIRO, C. N.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. de A. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 22, p. E190013-supl., 2019.

SOUZA, A. I. M.; HAMMERSCHMIDT, F.; PEDOT, G.; VIOTTO, G. M. K.; FLÔRES, S. S.; MATOS, Y. V.; SILVA, Z. B. da. A prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 51716–51721, 2021.

SPARAPAGNI, J. da S.; RAMOS, N. C. A.; TALIARI, J. D. S. Hipertensão arterial sistêmica no climatério e na menopausa. *In*: FÓRUM DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFUNEC, v. 7, n. 7, 2016. **Anais [...]**. 2 ago. 2016. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/forum/article/view/2530>. Acesso em: 20 set. 2025.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008.

TAHKOLA, A.; KORHONEN, P.; KAUTIAINEN, H.; NIIRANEN, T.; MÄNTYSELKÄ, P. The impact of antihypertensive treatment initiation on health-related quality of life and cardiovascular risk factor levels: a prospective, interventional study. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 21, n. 1, p. 444, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02252-7>.

TEKOLA-AYELE, F.; ADEYEMO, A. A.; ROTIMI, C. N. Genetic epidemiology of type 2 diabetes and cardiovascular diseases in Africa. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 56, n. 3, p. 251–260, 2013.

TERRA, R. de O.; CASTRO, J. F. C. M. de; RODRIGUES, V. A. da S. Perfil epidemiológico e atuação da enfermagem ao paciente hipertenso. **Saúde Dinâmica**, v. 7, p. e072508–e072508, 25 abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.70406/2675-133X.2025.353>.

TORRES, K. R. B. de O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 30, n. 01, p. e300113, 2020.

ULBRICH, A. Z.; BERTIN, R. L.; BOZZA, R.; STABELINI NETO, A.; LIMA, G. Z. dos S.; CARVALHO, T. de; CAMPOS, W. de. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, p. 351–357, 2012.

WANG, R.; ZHAO, Y.; HE, X.; MA, X.; YAN, X.; SUN, Y.; LIU, W.; GU, Z.; ZHAO, J.; HE, J. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. **Public health**, v. 123, n. 8, p. 534–539, 2009.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing: baseline report**. Genebra: WHO: [s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>. Acesso em: 27 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=FHYOEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=World+Health+Organization.+Noncommunicable+Diseases+Progress+Monitor+2020.+Geneva:+WHO%3B+2020a.&ots=MkPCMCEf6c&sig=8HG2CAQtSSk0-qQxmAmvZRN27U>. Acesso em: 27 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. WHO Media centre, fact sheet V 311, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 27 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).

YAZAWA, M. M.; OTTAVIANI, A. C.; SILVA, A. L. de S.; INOUE, K.; BRITO, T. R. P. de; SANTOS-ORLANDI, A. A. dos. Qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado em alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230032, 2023.

ZEIFERT, A. P. B.; WERMUTH, M. A. D.; MATOS, G. E. C. de. Racismo estrutural e desigualdade social no Brasil: possibilidades de enfrentamento a partir do cooperativismo. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 129, 2024. Disponível

em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/1117>. Acesso em: 27 abr. 2025.

ZILBERMINT, M.; HANNAH-SHMOUNI, F.; STRATAKIS, C. A. Genetics of hypertension in African Americans and others of African descent. **International journal of molecular sciences**, v. 20, n. 5, p. 1081, 2019.

ZUCCO, A. P.; SILVEIRA, M. M. da. Qualidade de vida e prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1–9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-0985/mu.v31n1p1-9>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da Pesquisa **“SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: CONDIÇÕES CRÔNICAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”** que têm por objetivo analisar as pessoas negras com condições crônicas na Atenção Primária em Saúde.

Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirão para o conhecimento das condições crônicas em pessoas negras acompanhados pela Atenção Primária em Saúde, possibilitando a reflexão e análise das ações desenvolvidas no sentido de promover ações preventivas que visem a detecção precoce de riscos a que esses pacientes estão expostos e se atinja a desaceleração de complicações.

RISCOS E BENEFÍCIOS ASSOCIADOS AO ESTUDO

Esta pesquisa envolve riscos mínimos de cunho emocional devido desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário. Os possíveis riscos esperados para esse estudo são o tempo destinado à entrevista, aplicação de questionário e/ou formulário. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário) será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso este aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. Além disso, quando formulados os resultados dessa pesquisa você receberá um código, codinome que de forma alguma será revelada sua identidade pessoal, mantendo-se em anonimato todas informações prestadas pelo senhor (a) nesta pesquisa.

O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos, os benefícios do melhor regime, conforme determinações da Resolução CNS/MS nº466/12.

Este estudo prevê como benefício direto a você, a possibilidade de melhor expandir os conhecimentos acerca das condições crônicas em pessoas negras acompanhados pela Atenção Primária em Saúde.

Almeja-se através desta pesquisa entender melhor as condições crônicas em pessoas negras acompanhadas pela Atenção Primária que podem direcionar as políticas públicas e estratégias que garantam a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE

Todos os seus dados registrados nas fichas que serão preenchidas durante a pesquisa serão considerados sigilosos, ou seja, todo esforço será feito no sentido de

resguardar o sigilo sobre os dados fornecidos por você, bem como dos resultados de seus exames, acesso ao prontuário médico e informações complementares.

DIREITO DE A RETIRADA DO ESTUDO

Será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem ocasionar prejuízo para continuidade do seu tratamento.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES (RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO)

A participação no estudo não envolve nenhum custo para você. Desta forma, não há indenização ou qualquer tipo de recompensa financeira. No entanto, estão assegurados a você, se necessário, o direito de pedir indenizações ou ressarcimento a cobertura material para reparação a algum dano causado pela pesquisa. Poderá ser feito o ressarcimento ou indenização de qualquer despesa referente a transporte, alimentação, diária, custo de exame devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Asseguramos a você o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação na pesquisa, pelo tempo que for necessário.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação neste estudo é voluntária. Caso recuse-a, não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito à saúde. Terá também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitado de assinar, usaremos a impressão digital.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Por estar devidamente informado (a) a respeito da minha participação neste estudo, tendo sido discutidos com os responsáveis quais os propósitos, desconfortos e eventuais riscos, de forma isenta de despesas, com garantia de confidencialidade, expresse o consentimento para minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa; mantendo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento.

GARANTIA DE ACESSO AOS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO

A qualquer momento durante a pesquisa, você pode entrar em contato com pesquisador principal professora Ana Hélia de Lima Sardinha, que poderá ser encontrada no endereço Avenida dos Portugueses, Cidade Universitária, Bacanga, CEP: 65080-80, São Luís- MA e através dos telefones: (98)98159-9161 de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h. E-mail: ana.helia@ufma.br. Poderá ainda consultar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão/HUPD/UFMA para saber sobre os aspectos éticos desta pesquisa, de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, pelo telefone: (98)2109-1250; Endereço: Rua Viana Vaz, nº 238, B. Centro, CEP: 65.020- 660, São Luís - MA.

Os comitês de ética em pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter público, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, em observância a Resolução CNS/MS nº466/12.

São Luís (MA), _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante



Documento assinado digitalmente
ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA
Data: 09/04/2024 23:25:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Pesquisadora Responsável

Pesquisador Participante

APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Data de nascimento: / /
Endereço:	Contato: ()
Raça/Cor:	Data da coleta: / /

BLOCO A: DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____	2. Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino Outro: _____	3. Estado Civil ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ou união estável ☐ Separado(a)/Divorciado(a) ☐ Viúvo (a) ☐ Outro: _____
4. Renda Familiar ☐ menos de 1 salário mínimo ☐ entre 1 a 3 salários mínimos ☐ entre 4 a 6 salários mínimos ☐ mais de 6 salários mínimos	6. Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ Sabe ler e escrever ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação	7. Ocupação: ☐ Aposentado ☐ Trabalha informalmente ☐ Trabalha com carteira assinada ☐ Desempregado
5. Você recebe algum tipo de benefício social? ☐ Sim. Qual: _____ ☐ Não		
8. Religião ☐ Católico ☐ Evangélico ☐ Espírita ☐ Candomblecista ☐ Umbandista ☐ Sem religião ☐ Outra: _____	9. Com quem você mora atualmente? ☐ Sozinho ☐ Com os pais e/ou parentes ☐ Com cônjuge e/ou filhos ☐ Com outras pessoas	10. Quantas pessoas moram com você na sua residência? ☐ 1 pessoa ☐ 2 a 3 pessoas ☐ 3 a 5 pessoas ☐ 6 ou mais pessoas
11. Além do serviço público, você utiliza o serviço privado? ☐ Sim ☐ Não	13. A sua casa é feita de quê? ☐ Tijolo (Alvenaria) ☐ Taipa ☐ Outro: _____	14. Como o lixo é recolhido no seu bairro? ☐ Coleta pública ☐ Queimado/enterrado ☐ Céu aberto ☐ Outro: _____
12. Com que frequência você utiliza o serviço de saúde? ☐ Regularmente (Rotina) ☐ Urgência/Emergência ☐ Não utilizo frequentemente		
15. Como é o abastecimento de água da sua casa? ☐ Rede encanada ☐ Poço/Nascente ☐ Cisterna ☐ Outro: _____	16. Como é sua água para consumo? ☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Mineral ☐ Outro: _____	17. Para onde é o destino dos dejetos do banheiro? ☐ Rede coletora de esgoto ☐ Fossa séptica ☐ Fossa rudimentar (Sentina) ☐ Outra: _____

BLOCO B: HÁBITOS DE VIDA

18. Você fuma? ☐ Sim ☐ Não 19. Há quanto tempo? 20. Quantos cigarros/dia? ☐ menos de 1 maço/dia ☐ 1 a 2 maços por/dia ☐ 3 ou mais maços/dia	21. Você consome bebida alcoólica? ☐ Sim ☐ Não 22. Há quanto tempo? 23. Quantas vezes você bebe: ☐ Socialmente ☐ Toda semana ☐ Todo dia	24. Você pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não 25. Quantas vezes faz atividade física? ☐ 1x/semana ☐ 2x/semana ☐ 3x/semana ☐ mais de 3x/semana
26. Você participa de algum grupo do seu bairro? ☐ Sim ☐ Não	27. Se sim, que grupo você participa? ☐ Grupo religioso ☐ Grupo de dança ☐ Grupo político ☐ Grupo educativo () _____ Outro: _____	28. Você gosta de fazer o quê para seu lazer? (Pode marcar mais de 1) ☐ Sair/conversar com amigos/família ☐ Ler/estudar ☐ Assistir TV/Filme () _____ Outra coisa: _____ ☐ Não tenho tempo de lazer

BLOCO C: ASPECTOS CLÍNICOS

29. Quanto tempo você tem o diagnóstico de Hipertensão Arterial? ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 6 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ maior ou igual a 10 anos	30. Você está em tratamento medicamentoso para esta condição? ☐ Sim ☐ Não	31. Você já teve alguma complicação por causa da hipertensão arterial? ☐ Sim ☐ Não 32. Se sim, qual? ☐ Derrame ☐ Infarto () _____ Outra: _____
33. Você tem outra(s) condição saúde crônica? ☐ Sim ☐ Não	34. Se sim, qual: ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Obesidade ☐ Outra: _____ 35. Faz tratamento para essa outra condição de saúde? ☐ Sim. Para qual? _____ ☐ Não	36. Há quanto tempo você tem o diagnóstico? ☐ Menor de 1 ano ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 6 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ maior ou igual a 10 anos

BLOCO D: DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Data da coleta: / /

37. Pressão arterial (mmHg) 	38. Perfil antropométrico: PESO: _____ kg ALTURA: _____ cm IMC: _____ CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____ cm
---	---

ANEXOS

ANEXO A – MEDICAL OUTCOMES SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF – 36)

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36) – Versão Brasileira

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc).

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Fonte: Ciconelli *et al.* (1999).

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - HU/UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Saúde da população negra: condições crônicas no contexto da atenção primária.

Pesquisador: ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79685924.7.0000.5086

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.151.027

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas da Pesquisa, arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2422418_E1.pdf. pdf 18/09/2024

Apesar da Política Nacional de Saúde integral da população Negra (PNSIPN) criada em 2007, debruçar-se sobre o racismo e as desigualdades que se desdobram dele, assegurando o direito dessa população aos serviços de saúde, ainda é possível observar que existe precariedade no atendimento, o que carece de atenção especial para a inclusão da população negra no sistema de saúde (Aiquoc 2021). As desigualdades raciais são importantes marcadores de análise das disparidades sociais no Brasil, revelam a maior vulnerabilidade das pessoas de cor ou raça preta, o que é atestado por meio do acesso desigual de diferentes grupos populacionais e serviços básicos como saúde e moradia (De Oliveira Costa et al., 2023).

Hipótese:

Ho A prevalência de condições crônicas em pessoas negras acompanhados pela Atenção Primária em Saúde de um estado do Nordeste Brasileiro está relacionada ao perfil

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1002

E-mail: cep@huufma.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HU/UFMA



Continuação do Parecer: 7.151.027

Informações básicas do projeto na plataforma Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente à EMENDA com justificativas. Atende à Norma Operacional nº001/2013(item 3/ 3.3.)

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

Carta_CEP_Emenda1

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1578461_E1.pdf

Com a EMENDA, o pesquisador solicita ampliação dos objetivos abaixo para alcançar um número estimado de participantes:

- Avaliar a adesão ao tratamento nas pessoas negras em condições crônicas
- Avaliar a qualidade de vida nas pessoas negras em condições crônicas.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A EMENDA não apresenta óbices éticos, o Protocolo atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, sendo avaliada como APROVADA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO da EMENDA referente ao projeto proposto "Saúde da população negra: condições crônicas no contexto da atenção primária", identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1002	E-mail: cep@huufma.br	Página 06 de 07

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HU/UFMA



Continuação do Parecer: 7.151.027

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_2422418_E1.pdf	18/09/2024 11:58:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/09/2024 11:57:30	ANA HELIA DE LIMA SARDINHA	Aceito
Outros	EMENDA_.docx	17/09/2024 13:41:06	ANA HELIA DE LIMA SARDINHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.docx	08/05/2024 21:28:01	ANA HELIA DE LIMA SARDINHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/05/2024 21:19:29	ANA HELIA DE LIMA SARDINHA	Aceito
Outros	autorizacaomunicipio.pdf	02/05/2024 21:50:30	GILNARA FRAZAO SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/05/2024 21:32:32	GILNARA FRAZAO SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 11 de Outubro de 2024

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1002

E-mail: cep@huufma.br