ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM HIPERTENSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE EXERCÍCIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SELF-PERCEIVED HEALTH, FUNCTIONAL CAPACITY, AND HEALTH CONDITIONS IN HYPERTENSIVE PARTICIPANTS OF EXERCISE GROUPS IN PRIMARY HEALTH CARE

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-254

Submetido em: 19/10/2026 e Publicado em: 27/10/2026

SAS: e26481

Micaele Cristina da Silva
Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde
Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
E-mail: micaele.crs28@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8037024660355638

Laysa Gabrielle Silva Medeiros
Mestra em Saúde Coletiva (UNISANTOS – SP)
Docente do Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: laysamedeiros@fiponline.edu.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/6189404913685879

Resumo

A autopercepção de saúde constitui um indicador subjetivo relevante, pois pode divergir da condição clínica objetiva e influenciar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida. A prática regular de exercícios supervisionados por fisioterapeutas na Atenção Primária à Saúde (APS) representa uma estratégia promissora para o controle pressórico e manutenção da funcionalidade. Este estudo objetivou investigar a autopercepção de saúde, capacidade funcional e condições de saúde em hipertensos participantes de grupos de exercícios na APS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal realizada com 32 hipertensos da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Luzia-PB. Utilizou-se questionário sociodemográfico, escala de autopercepção de saúde, Índice de Katz e WHOQOL-bref. Os dados foram analisados no SPSS 21.0. Os achados apontaram predomínio do sexo feminino (71,9%) e faixa etária de 41–60 anos (56,2%). Embora 100% dos participantes fossem funcionalmente independentes (Katz = 6 pontos), 56,2% autopercebiam-se como "doentes" e 56,3% relataram insatisfação com a própria saúde, quadro associado à elevada taxa de multimorbidades (71,9%) e afecções musculoesqueléticas (53,1%). Na qualidade de vida, os maiores escores foram nos domínios Meio Ambiente (79,8) e Relações Sociais (77,9), e os menores no Físico (65,8) e Psicológico (59,4). Conclui-se que há uma disparidade entre a capacidade funcional objetiva e a percepção subjetiva de adoecimento, sendo os grupos de exercícios essenciais para o suporte psicossocial e manutenção da autonomia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Autopercepção de Saúde; Capacidade Funcional; Hipertensão Arterial Sistêmica; Qualidade de Vida.

Abstract

Self-perceived health is a relevant subjective indicator, as it may diverge from the objective clinical condition and influence treatment adherence and quality of life. Regular physical exercise supervised by physical therapists in Primary Health Care (PHC) represents a promising strategy for blood pressure control and functional maintenance. This study aimed to investigate self-perceived health, functional capacity, and health conditions in hypertensive participants of exercise groups in PHC. This is a quantitative, descriptive, and cross-sectional study conducted with 32 hypertensive individuals from the Family Health Strategy in Santa Luzia-PB. A sociodemographic questionnaire, self-perceived health scale, Katz Index, and WHOQOL-bref were used. Data were analyzed using SPSS 21.0. Females (71.9%) and the 41–60 age group (56.2%) predominated. Although 100% of participants were functionally independent (Katz = 6 points), 56.2% perceived themselves as "sick" and 56.3% reported dissatisfaction with their health, linked to high multimorbidity (71.9%) and musculoskeletal disorders (53.1%). Environment (79.8) and Social Relations (77.9) had the highest quality of life scores, while Physical (65.8) and Psychological (59.4) were the lowest. In conclusion, there is a mismatch between objective functional capacity and subjective perception of illness, highlighting exercise groups as essential for psychosocial support and autonomy.

Keywords: Functional Capacity; Primary Health Care; Quality of Life; Self-Perceived Health; Systemic Arterial Hypertension.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial (≥ 140/90 mmHg), sendo uma das principais doenças crônicas não transmissíveis no mundo. Constitui importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, estando associada a fatores genéticos, comportamentais e ambientais, como sedentarismo, obesidade e envelhecimento (Barroso *et al.*, 2021; World Health Organization, 2023).

A maior faixa etária afetada pela HAS no Brasil é a população idosa (≥ 60 anos), com prevalência que pode ultrapassar 60–70% nessa faixa, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (Malta et al., 2021). Essa predominância em idosos decorre de fatores fisiológicos (envelhecimento vascular, rigidez arterial, redução da complacência aórtica), comorbidades associadas (diabetes, dislipidemia, obesidade) e aspectos sociais (sedentarismo, baixa adesão ao tratamento, polifarmácia e vulnerabilidade socioeconômica) (Oliveira *et al*,2020; Santos *et al.*, 2019).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), observa-se elevada proporção de idosos entre os indivíduos hipertensos nos grupos de convivência, o que reforça a necessidade de intervenções adaptadas a essa faixa etária, considerando limitações funcionais, risco de quedas e impacto na qualidade de vida (QV) (Silva *et al.*, 2022).

A adesão ao tratamento da hipertensão constitui fator determinante para o controle pressórico e a prevenção de complicações. Estudos indicam que apenas 50–60% dos hipertensos brasileiros aderem adequadamente ao tratamento farmacológico e não farmacológico, sendo a baixa adesão associada a fatores como baixa autopercepção de saúde, ausência de suporte familiar, dificuldades socioeconômicas, falta de compreensão sobre a doença e barreiras no acesso aos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2022).

A autopercepção de saúde, definida como a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de seu próprio estado de saúde, emerge como um importante indicador complementar às medidas clínicas objetivas (Idler & Benyamini, 1997). Evidências apontam que uma percepção negativa da saúde está associada à menor adesão ao tratamento, redução do engajamento em práticas de atividade física e pior qualidade de vida em indivíduos com hipertensão (Oliveira *et al.*,2020; Santos *et al.*,2019).

A capacidade funcional refere-se à habilidade do indivíduo de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária de forma independente. Em pessoas com hipertensão, essa capacidade pode ser comprometida devido à presença de comorbidades, sedentarismo e sintomas como fadiga, dor e dispneia (Katz et al., 1963; Santos et al., 2019). Essas limitações impactam diretamente a qualidade de vida, frequentemente avaliada por instrumentos multidimensionais como o WHOQOL-bref, que demonstram redução nos escores em indivíduos com menor funcionalidade e percepção negativa de saúde (The WHOQOL Group, 1995; Oliveira *et al.*,2022).

Nesse contexto, a prática regular de exercícios físicos supervisionados por fisioterapeutas na APS constitui uma estratégia não farmacológica de primeira linha. Evidências demonstram reduções significativas da pressão arterial sistólica (4–9 mmHg) e diastólica (2–5 mmHg), além de melhora da função endotelial, redução da resistência vascular periférica e aumento da capacidade funcional (Cornelissen & Smart, 2013; Pescatello *et al.*, 2015). Meta-análises recentes indicam que exercícios aeróbicos e combinados realizados em grupos na atenção primária são eficazes, seguros e favorecem maior adesão ao tratamento quando comparados a intervenções individuais (Herrod *et al.*, 2021).

A atuação do fisioterapeuta no manejo da hipertensão vai além do controle pressórico, promovendo adaptações cardiovasculares e metabólicas, melhora da função vascular e aumento da capacidade funcional. Além disso, contribui para o fortalecimento da motivação e da adesão ao tratamento por meio de orientação individualizada, correção de padrões de movimento e integração com a equipe multiprofissional (Santos *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2022). Programas de exercícios em grupo supervisionados por fisioterapeutas na ESF

demonstram benefícios adicionais na autopercepção de saúde, qualidade de vida e redução de queixas funcionais (Silva *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*,2022).

Apesar desses avanços, ainda existem lacunas importantes na literatura brasileira, especialmente em estudos que integrem simultaneamente autopercepção de saúde, capacidade funcional e condições clínicas em hipertensos participantes de grupos de exercícios na atenção primária (Silva *et al.*, 2022). A maioria das pesquisas concentra-se em desfechos objetivos, como pressão arterial, negligenciando a percepção subjetiva (Oliveira *et al.*, 2020). Além disso, poucos estudos exploram o papel da fisioterapia em contextos comunitários vulneráveis no interior do Nordeste, como no município de Santa Luzia/PB (Malta *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, o presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender como a participação em grupos de exercícios supervisionados por fisioterapeutas na APS influencia a autopercepção de saúde, a capacidade funcional e as condições de saúde em indivíduos hipertensos. Espera-se que os resultados contribuam para o fortalecimento das ações de promoção da saúde, melhoria da adesão ao tratamento e prevenção de complicações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário, este estudo teve como objetivo geral analisar a autopercepção de saúde, a capacidade funcional, a qualidade de vida e as condições de saúde de hipertensos participantes de grupos de exercícios na Atenção Primária à Saúde. Especificamente, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, descrever a autopercepção de saúde e a qualidade de vida, avaliar a capacidade funcional identificando queixas relacionadas à hipertensão arterial sistêmica e analisar a associação entre a autopercepção de saúde, a capacidade funcional e as condições de saúde na amostra investigada.

2 METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa e caráter analítico, realizado com indivíduos hipertensos participantes de grupos de exercícios na Atenção Primária à Saúde (APS). A investigação foi conduzida no cenário real de prática da residência multiprofissional em saúde, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) localizadas no município de Santa Luzia, Paraíba

2.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A população do estudo foi constituída por adultos e idosos (≥ 18 anos) com diagnóstico clínico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) cadastrados no e-SUS ou prontuários eletrônicos das UBS de Santa Luzia/PB e acompanhados pela equipe multiprofissional da ESF. A amostragem deu-se de forma não probabilística por conveniência, composta por 32 indivíduos hipertensos que frequentavam regularmente

os grupos de exercícios da ESF, atenderam aos critérios de elegibilidade e concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Silva *et al.*, 2022).

Para inclusão na pesquisa, estabeleceram-se os critérios de apresentar diagnóstico clínico de HAS registrado em prontuário e confirmado por profissional da equipe de saúde, participação regular em grupos de exercícios supervisionados por fisioterapeuta na APS (com frequência mínima de duas sessões semanais e engajamento mínimo de quatro semanas consecutivas), idade igual ou superior a 18 anos, capacidade cognitiva preservada para responder aos instrumentos de avaliação e assinatura prévia do TCLE. Como critérios de exclusão, adotaram-se a presença de contraindicações médicas absolutas ou relativas para a prática de exercícios físicos, déficit cognitivo severo ou distúrbios de comunicação, condições clínicas agudas descompensadas no momento da abordagem e questionários preenchidos de forma incompleta.

2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de forma presencial e individualizada nas dependências das UBS ou nos espaços comunitários onde eram realizados os grupos de exercícios, antecedendo ou sucedendo as sessões de movimento para não interferir na rotina assistencial. As entrevistas estruturadas tiveram duração média de 20 a 30 minutos por participante, utilizando-se um questionário estruturado dividido em quatro blocos de avaliação.

O primeiro bloco englobou o questionário sociodemográfico e clínico para caracterizar idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, arranjo domiciliar, comorbidades, uso de medicações controladas e hábitos de vida. O segundo bloco avaliou a autopercepção global de saúde por meio da escala adaptada da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE), categorizada em muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim (Malta *et al.*, 2021), além da percepção direta (saudável ou doente) e satisfação com a própria saúde. O terceiro bloco mensurou a capacidade funcional em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) através do Índice de Katz, avaliando seis funções biológicas (banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação), com escore total de 0 a 6 pontos (Katz *et al.*, 1963). O quarto bloco aplicou o instrumento WHOQOL-bref (The WHOQOL Group, 1995; Oliveira *et al.*, 2022), composto por 26 questões que avaliam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), convertidos em escores de 0 a 100. Nos casos em que o participante apresentava limitações de leitura, a pesquisadora realizou a leitura neutra dos questionários em voz alta e registrou fielmente as respostas fornecidas.

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA E ASPECTOS ÉTICOS

Os dados coletados foram inicialmente tabulados e codificados na planilha Microsoft Excel para verificação de consistência e, em seguida, processados no software Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS), versão 21.0, adotando-se o nível de significância de $p < 0,05$. Realizou-se análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão) para caracterizar a amostra e as pontuações obtidas.

O estudo foi conduzido em estrita conformidade com as diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, observando as Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) sob o Parecer nº 97706926.4.0000.5181. A participação foi voluntária, mediante assinatura do TCLE, assegurando-se o anonimato, a confidencialidade das informações e a liberdade de desistência sem qualquer prejuízo ao atendimento na APS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 32 indivíduos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Luzia, Paraíba. Conforme apresentado na Tabela 1, predominou a faixa etária de 41 a 60 anos (56,2%; n = 18), o sexo feminino (71,9%; n = 23) e o estado civil divorciado ou separado (34,4%; n = 11).

Em relação à escolaridade, observou-se distribuição semelhante entre os participantes com ensino fundamental completo e ensino médio completo, ambos correspondendo a 28,1% (n = 9). Quanto à renda, 53,1% (n = 17) relataram receber mais de um salário mínimo. No que se refere ao arranjo residencial, predominou a moradia com filhos e netos (40,6%; n = 13), enquanto morar sozinho e residir com o cônjuge apresentaram a mesma frequência (25,0%; n = 8, cada).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes (n=32)

Variáveis	N	(%)
Faixa Etária		
18-40 anos	6	18,8%
41-60 anos	18	56,2%
61-80 anos	7	21,9%
Mais de 80 anos	1	3,1%
Sexo		
Feminino	23	71,9%
Masculino	9	28,1%
Estado Civil		
Solteiro(a)	6	18,8%
Casado(a) / União de fato	10	31,2%
Divorciado(a) / Separado(a)	11	34,4%
Viúvo(a)	5	15,6%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	6	18,8%
Ensino Fundamental Completo	9	28,1%
Ensino Médio Incompleto	7	21,9%
Ensino Médio Completo	9	28,1%
Ensino Superior ou Pós-graduação	1	3,1%
Situação Econômica		
Renda de até 1 salário mínimo	15	46,9%
Renda de mais de 1 salário mínimo	17	53,1%
Com quem mora		
Mora sozinho	8	25,0%
Mora com cônjuge	8	25,0%
Mora com filhos e netos	13	40,6%
Mora com cônjuge, filhos e netos	3	9,4%
Outros	0	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A análise do perfil sociodemográfico (Tabela 1) revelou um expressivo predomínio do sexo feminino (71,9%) na amostra estudada. Esse achado é amplamente respaldado pela literatura científica nacional, que aponta para o fenômeno da "feminização" na busca por assistência à saúde e na participação em programas preventivos na Atenção Primária. Conforme discutido por Oliveira *et al.* (2020), as mulheres apresentam maior percepção do próprio estado de saúde e maior engajamento histórico em práticas comunitárias de promoção do bem-estar e grupos de convivência.

Em contrapartida, a população masculina frequentemente adota um comportamento de esquiva quanto a medidas preventivas e exames de rotina, acessando a rede de saúde de forma tardia, predominantemente em situações de urgência ou agudização clínica (Mota *et al.*, 2022). Essa disparidade de gênero reforça a necessidade de que os grupos de movimento e lazer da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuem como portas de entrada acolhedoras e sensíveis às particularidades de toda a comunidade.

No que tange à faixa etária, a maior prevalência situou-se entre 41 e 60 anos (56,2%), caracterizando um grupo de adultos em transição para a terceira idade. Esse período do ciclo de vida é marcado por

importantes alterações hormonais, metabólicas e hemodinâmicas. Fisiologicamente, o envelhecimento vascular envolve um declínio progressivo da complacência vascular, aumento da deposição de colágeno e fragmentação da elastina, culminando na rigidez arterial e no consequente aumento da resistência periférica. Essa deterioração do sistema circulatório eleva de forma acentuada a incidência de hipertensão arterial sistêmica, principalmente em mulheres após o período do climatério, devido à perda do efeito cardioprotetor do estrogênio, conforme apontam as diretrizes de Barroso *et al*. (2021) e os achados epidemiológicos de Malta *et al.* (2021).

Os dados relativos ao nível de escolaridade mostram uma distribuição onde a maior parte da amostra (46,9%) possui apenas o ensino fundamental completo ou incompleto. Menores níveis de instrução formal são descritos na saúde coletiva como importantes determinantes sociais de saúde que elevam a vulnerabilidade do usuário. De acordo com Malta *et al.* (2021) e Oliveira *et al.* (2020), a baixa escolaridade dificulta a compreensão sobre o caráter crônico e silencioso da hipertensão, bem como a importância da adesão rigorosa ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Por fim, o arranjo domiciliar evidenciou que 40,6% dos hipertensos residem em modelo de coresidência multifamiliar (com filhos e netos), enquanto 25,0% relataram morar sozinhos. Esse dado é de suma relevância clínica e terapêutica. O suporte sociofamiliar, conforme apontado por Santos *et al.* (2019) é um dos principais fatores facilitadores da resiliência funcional e da autogestão do cuidado crônico. A presença ativa da família atua positivamente diminuindo os índices de ansiedade, depressão e abandono medicamentoso no ambiente doméstico.

No entanto, para os indivíduos que residem sozinhos, a inserção integral em atividades de lazer e exercícios em espaços coletivos configura-se como uma estratégia de proteção biopsicossocial fundamental, atuando ativamente no combate ao isolamento social e na construção de novas redes de apoio comunitário (Cunha *et al.*, 2022).

A avaliação das condições de saúde e hábitos de vida (Tabela 2) revelou que 71,9% (n = 23) dos participantes apresentavam multimorbidade (mais de um problema de saúde). A totalidade da amostra relatou doenças do sistema circulatório (100,0%; n = 32), destacando-se também a elevada frequência de afecções musculoesqueléticas (53,1%; n = 17), Diabetes Mellitus (37,5%; n = 12) e queixas de saúde mental (21,9%; n = 7). Quanto à terapêutica, 96,9% (n = 31) faziam uso de medicações controladas. Em contrapartida, verificou-se adesão unânime (100,0%; n = 32) à prática de exercícios físicos e atividades de lazer em espaços coletivos. Sobre os hábitos de vida, predominou a condição de ex-fumante (43,8%; n = 14) e o consumo esporádico de bebida alcoólica (65,6%; n = 21).

Tabela 2 - Condições de saúde e hábitos de vida dos participantes (n=32)

Variáveis	N	(%)
Estado de saúde atual		
Um problema de saúde	9	28,1%
Mais de um problema de saúde	23	71,9%
Problemas de saúde apresentados*		
Doenças do Sistema Circulatório (HAS, AVC, Cardiopatias)	32	100,0%
Doenças do sistema musculoesquelético	17	53,1%
Diabetes Mellitus	12	37,5%
Problemas mentais (Depressão, Ansiedade, etc.)	7	21,9%
Outros problemas	6	18,8%
Uso de medicações controladas		
Sim	31	96,9%
Não	1	3,1%
Pratica atividade física	32	100,0%
Participa de lazer em espaço coletivo	32	100,0%
Tabagismo		
Fumante	7	21,9%
Ex-fumante	14	43,8%
Nunca fumou	11	34,4%
Consumo de bebida alcoólica		
Esporadicamente	21	65,6%
Nunca consome	11	34,4%

Fonte: Dados da pesquisa (2026). **Nota: Os participantes puderam indicar mais de uma comorbidade.*

Os dados apresentados na Tabela 2 expõem a alta complexidade clínica da população hipertensa assistida na Atenção Primária, caracterizada por uma prevalência de 71,9% de indivíduos que convivem com mais de um diagnóstico de saúde de forma simultânea. Essa elevada taxa de multimorbidade reflete a realidade epidemiológica discutida por Barroso et al. (2021), indicando que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) raramente se manifesta como uma condição clínica isolada.

Fisiologicamente, o envelhecimento celular, concomitante a disfunções metabólicas sistêmicas e à perda progressiva da complacência vascular, favorece o surgimento de múltiplos distúrbios crônicos associados no indivíduo. Em conformidade com essa premissa, a totalidade da amostra investigada (100,0%) apresentou doenças do sistema circulatório, achado que valida o critério de inclusão do estudo e reflete a elevada prevalência de alterações hemodinâmicas nessa faixa etária (Ferreira *et al.*, 2022).

Somado a isso, observou-se uma taxa expressiva de 37,5% de participantes acometidos simultaneamente por Diabetes Mellitus. A associação sinérgica entre a hipertensão arterial e o diabetes acelera o processo aterosclerótico e a deterioração vascular, elevando substancialmente o risco de desfechos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais graves (Sousa *et al.*, 2023). Esse cenário de multimorbidade demanda da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) um acompanhamento longitudinal, multiprofissional e focado no controle rigoroso dos fatores de risco.

A alta prevalência de comorbidades musculoesqueléticas (53,1%) identificada na amostra atua como um fator clínico limitante de extrema relevância para a população estudada. Sintomas dolorosos crônicos

decorrentes de afecções osteoarticulares (como osteoporose, artrose e reumatismo) geram frequentemente um quadro de restrição funcional. Essa dor persistente pode culminar no desenvolvimento de cinesiofobia, caracterizada pelo medo irracional de movimentar-se devido à expectativa de desencadear maior dor ou lesão física (Lima *et al.*, 2022).

Esse comportamento de esquiva cinesiofuncional perpetua um ciclo vicioso de descondicionamento físico, sedentarismo e rigidez articular, os quais exercem um impacto direto sobre o sistema cardiovascular. A inatividade física prolongada favorece o aumento da resistência vascular periférica e dificulta o controle pressórico, demonstrando a necessidade de abordagens fisioterapêuticas e de exercícios adaptados no âmbito da Atenção Primária para interromper esse processo (Ribeiro *et al.*, 2023).

Conforme preconizado por Santos *et al.* (2019), a inserção e supervisão do fisioterapeuta na Atenção Primária são estratégicas para romper esse ciclo. A atuação desse profissional na educação em dor, correção de padrões de movimento e prescrição de exercícios adaptados e seguros é indispensável para combater a cinesiofobia, resgatar a autoconfiança física e reabilitar a autonomia funcional dos usuários no âmbito da comunidade.

No cenário farmacológico, destaca-se o uso expressivo de medicações controladas por 96,9% da amostra, configurando um contexto de polifarmácia frequente na Atenção Primária à Saúde. Embora a farmacoterapia contínua seja imperativa para a manutenção dos níveis pressóricos adequados, o uso concomitante de múltiplos fármacos impõe desafios clínicos relevantes, destacando-se o risco aumentado de reações adversas (como episódios de tontura e hipotensão postural), as quais elevam a vulnerabilidade a quedas e afetam diretamente a autonomia do usuário (Carvalho *et al.*, 2022).

Somado a isso, a complexidade dos esquemas terapêuticos relaciona-se à baixa taxa de adesão voluntária ao tratamento anti-hipertensivo a longo prazo, estimando-se que no Brasil a taxa de adesão contínua oscile historicamente entre 50% e 60% (Cardoso *et al.*, 2021). Esse cenário evidencia a importância de ações integradas da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) para promover o acompanhamento farmacoterapêutico, a orientação quanto ao uso racional de medicamentos e o incentivo a estratégias não farmacológicas de controle pressórico.

No entanto, esse panorama de alta sobrecarga clínica e farmacológica é contrabalançado por um indicador do estudo: 100% de adesão à prática de exercícios físicos e lazer em espaços coletivos por parte dos participantes. Conforme demonstrado na meta-análise de Herrod *et al.* (2021), as intervenções de exercício físico realizadas de forma coletiva na APS apresentam resultados superiores às orientações individuais isoladas. O pertencimento a um grupo terapêutico gera suporte social e acolhimento mútuo, atuando como um potente fator de motivação intrínseca que mitiga o isolamento social, eleva a autoestima e incentiva a manutenção da independência ativa para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs).

Em relação aos hábitos de vida, observou-se que 21,9% são fumantes ativos, 43,8% são ex-fumantes e 65,6% realizam o consumo esporádico de bebida alcoólica. A presença de hábitos de vida desfavoráveis prévios ou atuais, como o histórico de tabagismo e o consumo de álcool identificados na amostra, reforça o papel do exercício físico supervisionado como ferramenta não farmacológica de primeira linha para reverter e compensar os danos endoteliais e vasculares acumulados ao longo dos anos (Mendes *et al.*, 2022).

Do ponto de vista cinesiofisiológico, o esforço físico aeróbico e combinado promove o aumento do fluxo sanguíneo pulsátil, gerando o estímulo mecânico conhecido como shear stress (estresse de cisalhamento) nas paredes endoteliais. Esse fenômeno estimula a produção e liberação de óxido nítrico endotelial, favorecendo a vasodilatação, a melhora da complacência arterial e a consequente redução da resistência vascular periférica (Costa *et al.*, 2023).

De acordo com as evidências de Pescatello *et al.* (2015), o treinamento físico regular também reduz a hiperatividade do sistema nervoso simpático, diminuindo os níveis plasmáticos de catecolaminas. Essas adaptações fisiológicas conjuntas promovem a redução crônica da resistência vascular periférica e a melhora da complacência arterial, atenuando a sobrecarga de trabalho cardíaco e protegendo os participantes contra futuras complicações circulatórias graves.

Finalmente, a prevalência de 21,9% de problemas mentais autorreferidos (como ansiedade e depressão) na amostra sinaliza a importante carga emocional gerada pelo manejo e convivência de longo prazo com diagnósticos crônicos de saúde. Sintomas depressivos e ansiosos relacionam-se diretamente a uma pior autopercepção subjetiva de saúde e a menores escores de qualidade de vida, com prejuízo proeminente no domínio psicológico (Nogueira *et al.*, 2022). Esse achado evidencia que o sofrimento psíquico compromete a percepção global de bem-estar dos indivíduos hipertensos, reforçando a importância do suporte emocional na Atenção Primária.

Nesse sentido, o grupo de exercícios físicos em ambiente comunitário assume um papel que transcende o ganho exclusivamente cinesiofuncional. Ao promover um espaço dinâmico de convivência, lazer e troca de experiências, o grupo atua como um recurso de suporte psicossocial e reabilitação integrativa na APS, auxiliando na redução de sintomas de ansiedade e depressão, estimulando sentimentos positivos de autoestima e ressignificando o bem-estar biopsicossocial do hipertenso no Sistema Único de Saúde (SUS)

A investigação da autopercepção de saúde e da satisfação com o bem-estar geral (Tabela 3) revelou que a maioria dos participantes se percebia como "doente" (56,2%; n = 18). Quanto ao nível de satisfação com a própria saúde, observou-se que 43,8% (n = 14) declararam-se satisfeitos e 43,8% (n = 14) insatisfeitos, enquanto 12,5% (n = 4) relataram estar muito insatisfeitos, somando 56,3% (n = 18) de insatisfação global. Destaca-se, ainda, que nenhum participante se declarou muito satisfeito (0,0%; n = 0).

Tabela 3 - Autopercepção de saúde dos participantes (n=32)

Variáveis	N	(%)
Percepção em relação à saúde		
Saudável	14	43,8%
Doente	18	56,2%
Satisfação com a saúde		
Muito Satisfeito(a)	0	0,0%
Satisfeito(a)	14	43,8%
Insatisfeito(a)	14	43,8%
Muito Insatisfeito(a)	4	12,5%
Não sabe / Não responde	0	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

No que diz respeito à autopercepção de saúde (Tabela 3), observou-se que a maioria dos participantes (56,2%) se percebia como doente. A autopercepção de saúde constitui um indicador relevante na avaliação das condições de saúde, uma vez que reflete a percepção individual sobre o próprio estado de bem-estar, considerando aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, o predomínio da percepção negativa de saúde pode estar relacionado à experiência de conviver com doenças crônicas e outras condições de saúde, embora essa relação não possa ser confirmada apenas com os dados apresentados.

A avaliação subjetiva da própria saúde constitui um preditor fidedigno de morbimortalidade e de declínio funcional, apresentando elevada sensibilidade para sinalizar alterações clínicas que parâmetros biomédicos isolados não conseguem captar de imediato (Andrade *et al.,* 2022).

No cenário comunitário de Santa Luzia-PB, esse panorama evidencia que a convivência diária com o diagnóstico crônico da hipertensão arterial, associada às queixas álgicas secundárias, molda uma percepção de fragilidade e de doença entre os participantes. Esse fenômeno ocorre mesmo diante da preservação de sua capacidade física objetiva, demonstrando a complexidade e a subjetividade do processo saúde-doença na Atenção Primária à Saúde.

Esse quadro de percepção de adoecimento alinha-se aos resultados de satisfação com a saúde, nos quais se constatou que 56,3% dos hipertensos possuem uma visão desfavorável (insatisfeita ou muito insatisfeita) em relação ao seu estado geral de bem-estar. Essa expressiva taxa de insatisfação subjetiva serve como um importante alerta clínico para a equipe de saúde da família.

Segundo as teorias de saúde comunitária discutidas por Santos *et al.* (2019), uma autopercepção negativa e a insatisfação com a saúde podem desencadear o chamado "ciclo de declínio". Nesse fenômeno, ao enxergar sua saúde de forma pessimista ou limitante, o indivíduo passa a perceber seu organismo como excessivamente frágil e vulnerável, gerando sentimento de insegurança e medo. Como consequência direta, há uma redução voluntária de seu engajamento em atividades físicas, de lazer e de participação comunitária,

o que paradoxalmente acelera o descondicionamento físico, eleva a rigidez arterial e agrava as dores crônicas, realimentando o ciclo de adoecimento.

A superação desse cenário de vulnerabilidade subjetiva e a quebra desse ciclo de declínio reforçam a relevância estratégica das intervenções coletivas de movimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O acompanhamento profissional especializado por meio de grupos de exercícios supervisionados pelo fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família (ESF) atua diretamente como um elemento modificador desse quadro. De acordo com Silva *et al*. (2020) e Oliveira *et al.* (2022), a atuação da fisioterapia na atenção básica transcende o condicionamento físico isolado ou o controle hemodinâmico da pressão arterial. Ao atuar de forma acolhedora na educação em dor, na facilitação de padrões posturais seguros e no combate direto à cinesiofobia (medo do movimento), o fisioterapeuta auxilia o hipertenso a resgatar a autoconfiança cinesiofuncional e a segurança em seu próprio corpo, sendo um pilar fundamental para que o usuário ressignifique sua condição crônica e sinta-se ativo no meio social.

Ademais, a presença de sentimentos negativos (como ansiedade e desespero relacionados ao manejo terapêutico contínuo) e a dor musculoesquelética crônica são fatores que justificam diretamente o predomínio da autopercepção de adoecimento na amostra. Como ressaltado por Oliveira *et al*. (2020), o cuidado longitudinal e holístico na ESF deve integrar as esferas física e mental do indivíduo, compreendendo que o bem-estar psicológico e a autopercepção favorável de saúde influenciam de forma direta a adesão ao tratamento e o sucesso do controle pressórico de longo prazo.

Dessa forma, os grupos terapêuticos de movimento cinesiofuncional na APS consolidam-se como espaços indispensáveis de reabilitação e suporte psicossocial, mitigando os efeitos do sofrimento associado à cronicidade e devolvendo ao indivíduo hipertenso sua dignidade, autonomia e qualidade de vida relacionada à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A avaliação da capacidade funcional para o desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), mensurada pelo Índice de Katz (Tabela 4), revelou que a totalidade da amostra (100,0%; n = 32) apresentou Independência Total (6 pontos). Não foram registrados indivíduos com dependência parcial ou importante (0,0%; n = 0).

Tabela 4 - Capacidade funcional dos participantes (n=32)

Variáveis	N	(%)
Nível de Independência (Escore)		
Independência Total (6 pontos)	32	100,0%
Dependência Parcial (4 pontos)	0	0,0%
Dependência Importante (2 pontos)	0	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

.

A manutenção da autonomia funcional plena (100,0%) para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) representa um achado de grande relevância clínica na amostra estudada. A literatura salienta que a hipertensão arterial sistêmica, em virtude do envelhecimento vascular e do estresse oxidativo, tende a comprometer gradativamente a reserva funcional e a capacidade aeróbica, elevando a vulnerabilidade física do usuário quando não há intervenção preventiva adequada (Guedes *et al.*, 2022).

Embora mais da metade dos participantes tenha relatado uma autopercepção negativa de saúde ("doente"), a preservação integral da funcionalidade no Índice de Katz reflete o papel protetor da prática regular e supervisionada de exercícios físicos em grupo na Estratégia Saúde da Família. Conforme apontam Martins *et al.* (2022), a inserção comunitária orientada por fisioterapeutas fortalece o sistema musculoesquelético, previne o declínio motor e estimula a autoeficácia, garantindo que os usuários mantenham a independência para o autocuidado diário como banhar-se, vestir-se e transferir-se.

Sob o ponto de vista estatístico e epidemiológico, a ausência de associação significativa entre o Índice de Katz e a autopercepção de saúde é explicada pelo "efeito teto", decorrente da independência uniforme observada em 100,0% dos participantes. Esse achado demonstra que a percepção de adoecimento e a insatisfação relatadas na amostra de Santa Luzia-PB não decorrem da incapacidade física para o autocuidado, mas sim do desgaste emocional e do impacto doloroso das comorbidades crônicas associadas (Araújo *et al.*, 2023).

A avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL-bref (Tabela 5) evidenciou que 40,6% (n = 13) dos participantes atribuíram o escore máximo (escore 5 - muito boa) à qualidade de vida global. Quanto à satisfação com a própria saúde, 34,4% (n = 11) também atribuíram o escore máximo. Entre os domínios específicos convertidos na escala de 0 a 100, o domínio do Meio Ambiente apresentou a maior média transformada (79,8), seguido pelo domínio das Relações Sociais (77,9) e pelo domínio Físico (65,8), enquanto o domínio Psicológico apresentou a menor média da amostra (59,4).

Tabela 5 - Instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-bref) (n=32)

VARIÁVEIS	N	(%)
WHOQOL-BREF 1 (QUALIDADE DE VIDA)		
ESCORE 2	6	18,8%
ESCORE 3	6	18,8%
ESCORE 4	7	21,9%
ESCORE 5	13	40,6%
WHOQOL-BREF 2 (SATISFAÇÃO COM A SAÚDE)		
ESCORE 1	3	9,4%
ESCORE 2	7	21,9%
ESCORE 3	2	6,3%
ESCORE 4	9	28,1%
ESCORE 5	11	34,4%
DOMÍNIO FÍSICO		
ESCORE 1	3	8,0%
ESCORE 2	7	20,5%
ESCORE 3	4	11,6%
ESCORE 4	6	17,4%
ESCORE 5	14	42,4%
DOMÍNIO PSICOLÓGICO		
ESCORE 1	3	10,4%
ESCORE 2	6	19,8%
ESCORE 3	6	19,8%
ESCORE 4	6	19,8%
ESCORE 5	10	30,2%
DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS		
ESCORE 1	2	6,3%
ESCORE 2	1	4,2%
ESCORE 3	5	14,6%
ESCORE 4	7	21,9%
ESCORE 5	17	53,1%
DOMÍNIO DO MEIO AMBIENTE		
ESCORE 1	0	0,4%
ESCORE 2	2	6,6%
ESCORE 3	5	15,6%
ESCORE 4	9	28,1%
ESCORE 5	16	49,2%

Fonte: Dados da pesquisa (2026). Nota: Para os domínios, o valor N representa a frequência média de respostas por escore dentro do bloco de questões, arredondada para o número inteiro mais próximo para fins de padronização visual.

A avaliação multidimensional da qualidade de vida revelou um perfil geral de bem-estar positivo na amostra. Na autopercepção global (WHOQOL 1), 40,6% dos participantes classificaram sua qualidade de vida como muito boa. Entretanto, na satisfação específica com a própria saúde (WHOQOL 2), observou-se maior dispersão, com 31,3% dos hipertensos relatando insatisfação (escores 1 e 2). Essa divergência é frequente em populações crônicas, pois o indivíduo consegue perceber sua vida de forma gratificante por meio do suporte social, mesmo convivendo com o desconforto físico e as exigências terapêuticas de uma doença persistente (The WHOQOL Group, 1995; Vasconcelos *et al.*,2022).

Ao converter os escores para a escala de 0 a 100, os maiores índices de bem-estar concentraram-se no Domínio do Meio Ambiente (79,8) e no Domínio das Relações Sociais (77,9). Conforme apontam Barbosa *et al.* (2022) e Moraes *et al.* (2023), o suporte social, a segurança comunitária e o uso de espaços públicos de lazer constituem determinantes sociais essenciais que favorecem o autocuidado e a adesão ao tratamento na Atenção Primária à Saúde.

A vivência contínua nos grupos comunitários promovidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) fortalece os laços de solidariedade, reduz o sentimento de solidão e amplifica a rede de apoio interpessoal dos usuários. Esse engajamento coletivo minimiza os impactos do isolamento social e atua como uma importante ferramenta de proteção biopsicossocial no contexto comunitário (Barbosa *et al.*, 2022).

Por outro lado, o Domínio Psicológico apresentou a menor média da amostra (59,4), seguido pelo Domínio Físico (65,8). A redução no escore psicológico reflete a sobrecarga emocional e a presença de sentimentos de ansiedade e insegurança associados ao manejo contínuo da hipertensão e de comorbidades dolorosas. Segundo Xavier *et al.* (2023), o convívio crônico com dores e diagnósticos de longo prazo compromete a percepção de autoeficácia. Esse cenário reforça a urgência de intervenções multiprofissionais que integrem o condicionamento físico ao suporte emocional na Atenção Primária.

4 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelam uma importante disparidade entre a capacidade funcional objetiva e a percepção subjetiva de saúde em hipertensos participantes de grupos de exercícios na Atenção Primária à Saúde em Santa Luzia/PB. Embora a totalidade dos participantes tenha apresentado independência funcional plena para as Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Katz), a maioria autopercebe-se como "doente" e relata insatisfação com a própria saúde. Esse paradoxo é influenciado pela elevada prevalência de multimorbidades, com destaque para as afecções musculoesqueléticas dolorosas, e pelo impacto emocional decorrente do manejo contínuo de uma patologia crônica.

A adesão integral aos grupos de exercícios e às atividades de lazer em espaços coletivos evidencia o papel fundamental das intervenções promovidas na Estratégia Saúde da Família. A atuação do fisioterapeuta no ambiente comunitário transcende o controle hemodinâmico da pressão arterial, atuando como um pilar essencial para a manutenção da autonomia física, redução da cinesiofobia e fortalecimento do suporte psicossocial. Os altos escores observados nos domínios de Relações Sociais e Meio Ambiente do WHOQOL-bref reforçam que a convivência em grupo minimiza os efeitos do isolamento e favorece a qualidade de vida.

Conclui-se que o cuidado ao indivíduo hipertenso na Atenção Primária deve integrar desfechos clínicos objetivos e subjetivos, reconhecendo a importância de abordagens multiprofissionais e interdisciplinares. Recomenda-se a continuidade e ampliação dos grupos de exercícios supervisionados por

fisioterapeutas na ESF, bem como a realização de estudos futuros com amostras maiores e acompanhamento longitudinal para consolidar as evidências sobre os impactos cinesiofuncionais e psicossociais dessas intervenções no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. B. *et al.* Autopercepção de saúde como preditor de declínio funcional e morbimortalidade em adultos e idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, e00123421, 2022.

ARAÚJO, K. S. *et al.* Autopercepção de saúde, dor crônica e funcionalidade em hipertensos na Atenção Básica: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 8, e2023015, 2023.

BARBOSA, K. G. *et al.* Relações sociais e ambiente como determinantes da qualidade de vida em grupos comunitários de idosos e adultos crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3105–3114, 2022.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)***. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CARDOSO, R. B. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1281–1290, 2021.

CARVALHO, M. A. *et al.* Polifarmácia e reações adversas a medicamentos em idosos e hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, e20210412, 2022.

CORNELISSEN, V. A.; SMART, N. A. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Heart Association**, Dallas, v. 2, n. 1, e004473, 2013.

COSTA, E. C. *et al.* Respostas vasculares e estresse de cisalhamento (shear stress) ao exercício físico em indivíduos hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 2, e20220310, 2023.

CUNHA, K. C. *et al.* Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, e220087, 2022.

FERREIRA, L. M. *et al.* Alterações vasculares no envelhecimento e a prevalência de doenças crônicas na atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, e3120, 2022.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos hipertensos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, e220112, 2022.

HERROD, P. J. J. *et al.* Exercise training for hypertension in adults: a systematic review and meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 6, n. 6, CD013821, 2021.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. 1, p. 21-37, 1997.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

LIMA, R. C. *et al.* Cinesiofobia, dor crônica e funcionalidade em adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, e210198, 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2021009, 2021.

MARTINS, P. R. *et al.* Exercício físico supervisionado e capacidade funcional em hipertensos na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 33, e3345, 2022.

MENDES, R. *et al.* Exercício físico como medicina na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 28, n. 4, p. 310–316, 2022.

MORAES, K. L. *et al.* Suporte social, meio ambiente e qualidade de vida em idosos e adultos com doenças crônicas na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1425–1434, 2023.

MOTA, M. V. S. *et al.* Atenção primária e saúde do homem: potencialidades e limitações. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 38, n. 2, p. 11–14, 2022.

NOGUEIRA, J. P. *et al.* Impacto dos sintomas ansiosos e depressivos na autopercepção de saúde de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1015–1024, 2022.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* Autopercepção de saúde em hipertensos na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3451–3460, 2020.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* Qualidade de vida de hipertensos na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, e20210145, 2022.

PESCATELLO, L. S. *et al.* Exercise for hypertension: a prescription update integrating existing recommendations with emerging research. **Current Hypertension Reports**, Philadelphia, v. 17, n. 11, p. 87, 2015.

RIBEIRO, M. F. *et al.* A dor musculoesquelética crônica e suas repercussões na resistência vascular e controle da hipertensão arterial. **BrJP – Brazilian Journal of Pain**, v. 6, n. 2, p. 145–151, 2023.

SANTOS, R. S. *et al.* Capacidade funcional e qualidade de vida em hipertensos idosos na atenção primária. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 23, n. 6, p. 498-505, 2019.

SILVA, A. G. S. *et al.* Gaps in hypertension management in primary care: a scoping review. **BMC Family Practice**, London, v. 23, n. 1, p. 45, 2022.

SILVA, D. A. S. *et al.* Efeitos de programa de exercícios em grupo na atenção primária para hipertensos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 24, n. 3, p. 245-252, 2020.

SOUSA, A. L. *et al.* Impacto do diabetes mellitus associado à hipertensão arterial no risco cardiovascular de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 4, e2022045, 2023.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

VASCONCELOS, A. M. *et al.* Qualidade de vida e fatores associados em hipertensos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, e20210512, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hypertension**. Geneva: World Health Organization, 2023.

XAVIER, L. F. *et al.* Carga emocional e comprometimento dos domínios psicológico e físico da qualidade de vida em indivíduos com hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 6, e20220580, 2023.