



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARIA KAROLINE SAMPAIO MARTINS

**SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

REDENÇÃO

2025

MARIA KAROLINE SAMPAIO MARTINS

**SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso (TCC),
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira como requisito
parcial para a obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Huana Carolina
Cândido Morais

REDENÇÃO

2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Martins, Maria Karoline Sampaio.

M386s

Suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde / Maria Karoline Sampaio Martins. - Redenção, 2025.

58f: il.

Monografia - Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2025.

Orientadora: Profa. Dra. Huana Carolina Cândido Moraes.

1. Atenção primária à saúde. 2. Suporte Social. 3. Anti-Hipertensivos. 4. Cooperação. 5. Adesão ao tratamento. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 362.10425

MARIA KAROLINE SAMPAIO MARTINS

**SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, UNILAB – Campus das Auroras.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Huana Carolina Cândido Morais (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Eyler Gonçalves Maia Brasil
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Jennara Candido do Nascimento
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

REDENÇÃO

2025

Dedico este trabalho à memória do meu querido pai, cuja presença e amor continuam vivos
em mim todos os dias.

*“Mas eu posso dizer que sei o que é ter
Um amor de verdade
E um amor assim eu sei que é pra sempre
É pra eternidade.”*

Roberto Carlos - Amor sem Limites

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e à Nossa Senhora de Fátima, pelo amparo divino, sempre me abençoando, protegendo e renovando minhas forças nos momentos mais desafiadores da graduação.

À minha mãe, Mércia, meu alicerce, minha fortaleza. Obrigada pelo amor incondicional que me sustentou nos dias bons e ruins.

Às queridas e amadas amigas Cleonice e Rita, que, mesmo partindo, deixaram o legado de coragem para perseguir meus sonhos. Carrego cada lembrança com carinho e gratidão.

À minha querida, Sandra Lúcio, que é pra mim como uma segunda mãe. Suas palavras e seu suporte foram fundamentais. Sou grata por tanto cuidado e acolhimento.

Às orientadoras Huana Carolina, pelo incentivo decisivo no TCC seu empenho e atenção, apoio constante fizeram toda a diferença quando eu mais precisava acreditar em mim, e Carolina Carvalho, pela sensibilidade ao guiar minha pesquisa em Saúde Mental um caminho tão necessário. Essa experiência me transformou.

E, por fim, agradeço às ausências mais presentes do meu coração: meu pai, Raimundo, exemplo de homem, de pai e de amigo. Sua voz sempre ecoou como incentivo em minha mente, dizendo que a educação é o caminho mais poderoso para quem, como nós, não nasceu em berço de ouro. É sua imagem que me inspira, e cada dia me vejo mais parecida com você.

Aos meus avós, Fransquim e Imperete, que foram mais que avós — foram também meus pais. Foram eles que me formaram, que me educaram, que moldaram quem sou. Que, mesmo não podendo ler estas palavras assim como meu pai, sei que de onde estiverem continuam olhando por mim e guiando meus passos.

A todos vocês, minha eterna gratidão. Este trabalho também é de vocês.

RESUMO

Introdução: A literatura aponta que o suporte social percebido e recebido influencia o comportamento do paciente em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, mas essa relação não está bem descrita. **Objetivos:** Analisar a relação entre suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde. **Método:** Estudo de método misto realizado entre dezembro de 2024 e março de 2025 com pessoas com hipertensão arterial de três Unidades Básicas de Saúde. Na primeira fase, aplicaram-se os questionários validados QATHAS e LSNS-6 para mensurar a adesão terapêutica e o suporte social, respectivamente, seguida por análise estatística descritiva. Enquanto na segunda etapa, foram realizadas entrevistas e construção de ecomapas, para compreensão das redes de apoio de alguns dos participantes, sendo realizada a análise de conteúdo, proposta por Bardin. Todas as diretrizes éticas foram respeitadas. **Resultados:** Participaram da primeira etapa 74 pessoas, na maioria mulheres (67,6%), com idade entre 60-69 anos e renda de até um salário mínimo (68,9%). A maioria tinha baixa escolaridade e risco moderado de isolamento social. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi alta (63,51%), mas apenas 2,7% atingiram a adesão ideal. Na segunda etapa, foram entrevistadas 10 pessoas e foi evidenciado que redes de apoio como UBS e igrejas são importantes, entretanto barreiras estruturais dificultam a adesão. Pelos ecomapas identificaram-se falhas na comunicação e no cuidado, ressaltando a necessidade de políticas intersetoriais e estratégias culturais específicas. **Conclusão:** A adesão terapêutica anti-hipertensiva é multifatorial, influenciada por aspectos socioeconômicos, relacionais e institucionais. Mesmo com a presença de redes de apoio, barreiras estruturais e de comunicação limitam sua efetividade. A predominância de idosos vulneráveis evidencia a necessidade de estratégias intersetoriais e culturalmente sensíveis. Conclui-se então a importância de abordagens integradas que consideram o território e as complexidades psicossociais.

Palavras-chave: Suporte Social; Atenção Primária à Saúde; Anti-Hipertensivos; Cooperação e Adesão ao Tratamento

ABSTRACT

Introduction: The literature indicates that both perceived and received social support influence patient behavior regarding adherence to antihypertensive treatment, although the nature of this relationship remains insufficiently explored. **Objectives:** This study aims to analyze the relationship between social support and adherence to antihypertensive treatment in primary healthcare settings. **Methods:** A mixed-methods study was conducted between December 2024 and March 2025 with individuals diagnosed with hypertension from three Basic Health Units. In the first phase, the validated QATHAS and LSNS-6 questionnaires were administered to assess therapeutic adherence and social support, respectively. Descriptive statistical analysis was then performed. The second phase involved conducting interviews and constructing ecomaps to explore the participants' support networks, followed by content analysis as outlined by Bardin. Ethical guidelines were strictly adhered to throughout the study. **Results:** A total of 74 individuals participated in the first phase, the majority of whom were women (67.6%), aged between 60 and 69 years, and had an income of up to one minimum wage (68.9%). Most participants had low levels of education and a moderate risk of social isolation. Therapeutic adherence to antihypertensive treatment was relatively high (63.51%); however, only 2.7% achieved ideal adherence. In the second phase, 10 participants were interviewed, revealing that support networks such as Basic Health Units (UBS) and updates were deemed important. Nevertheless, structural barriers were identified as significant impediments to adherence. The ecomaps highlighted communication and care gaps, underscoring the necessity for intersectoral policies and culturally tailored strategies. **Conclusion:** Adherence to antihypertensive therapy is multifactorial, influenced by socioeconomic, relational, and institutional factors. Despite the presence of support networks, structural and communication barriers significantly hinder their effectiveness. The predominance of vulnerable elderly individuals emphasizes the need for intersectoral strategies that are culturally sensitive. This study advocates for integrated approaches that consider both territorial and psychosocial complexities.

Keywords: Social Support; Primary Health Care; Antihypertensive Agents; Treatment Adherence and Compliance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 MÉTODO	18
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 LOCAL E PERÍODO DA COLETA	20
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	21
3.4.1 Primeira etapa do estudo	21
3.4.2 Segunda etapa do estudo	27
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4 RESULTADOS	31
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES E ANEXOS	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ecomapa Paciente 2

Figura 2 - Ecomapa Paciente 7

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis do coeficiente de resultado do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Quadro 2- Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico dos participantes

Tabela 2 - Distribuição dos Níveis de Adesão ao tratamento da HAS segundo QATHAS

Tabela 3 - Distribuição do Risco de Isolamento Social segundo LSNS-6 (Escala Breve de Redes Sociais de Lubben - Versão Portuguesa)

Tabela 4 - Cruzamento entre níveis de adesão ao tratamento (QATHAS) e risco de isolamento social (LSNS-6)

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitária de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LSNS-6 - LSNS -6- Lubben Social Network Scale

QATHAS - Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como finalidade investigar como o suporte social se relaciona com a adesão à terapia anti-hipertensiva. Buscou-se compreender esse fenômeno para subsidiar o desenvolvimento de intervenções eficazes que favoreçam a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, os resultados de saúde dos pacientes com hipertensão arterial.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um conjunto de doenças que causam o maior impacto em termos de agravos à saúde e à mortalidade, sendo responsáveis por 41 milhões de óbitos anuais, representando um desafio significativo para a saúde pública, especialmente em populações com menor renda e nível educacional (Manso *et al.*, 2023; Moreira *et al.*, 2023). Isso se dá devido à maior exposição a fatores de risco e à dificuldade no acesso a informações e serviços de atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2021). A falta de controle dessas doenças não apenas leva a resultados mais graves, como também afeta a qualidade de vida das pessoas acometidas (SBC, 2021).

Dentre as DCNT, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com elevadas incidência e prevalência, cerca de 27,9% da população brasileira é afetada pela doença, segundo dados do inquérito telefônico da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL). O levantamento desses dados também aponta que o diagnóstico da HAS é mais comum entre mulheres (29,3%) do que entre homens (26,4%) nas 27 capitais brasileiras. Ademais, em ambos os sexos a frequência da doença cresce com a idade e diminui com o nível de escolaridade (Brasil, 2023). A investigação do Vigitel viabiliza a obtenção de informações valiosas para o planejamento de políticas públicas referentes à promoção e prevenção de agravos da saúde. Seus resultados respaldam novas metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (Plano de DANT) 2021-2030 bem como a avaliação de metas da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Brasil, 2023).

A HAS se mantém como a principal condição crônica predominante que requer ações dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) até os níveis de cuidados assistenciais mais complexos do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo devido às suas conseqüências cardiovasculares (Santos *et al.*, 2021). É caracterizada como uma elevação sustentada da pressão sanguínea, sendo identificada quando a pressão arterial sistólica é igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90 mmHg, medidas em duas ou mais situações diferentes, sem a utilização de remédios anti-hipertensivos (SBC, 2021).

Trata-se de uma condição de origem multifatorial, influenciada por fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais. É importante ressaltar que, devido a sua natureza frequentemente assintomática, a doença pode progredir e causar alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como o coração, o cérebro, os rins e os vasos sanguíneos (SBC, 2021). Os principais fatores de risco comportamentais que podem ser modificados são o hábito de fumar, o sedentarismo, uma dieta pouco saudável e o consumo nocivo de álcool. Além disso, é importante ressaltar que existem elementos metabólicos de risco (colesterol, triglicérides, dentre outros) que desempenham um papel significativo no desenvolvimento dessa doença (Who, 2021).

Tendo como foco o controle da HAS, é fundamental que o paciente reconheça a seriedade da condição crônica bem como a importância de aderir ao tratamento. Devido ao curso assintomático, a gravidade é frequentemente subestimada, levando muitos a interpretá-la como pontual e de fácil manejo, com o uso de métodos não farmacológicos, redução do estresse e medicamentos caseiros. Essa visão inadequada, está atrelada a uma taxa de abandono medicamentoso de até 50%, mesmo em pacientes com acesso a serviços de saúde (Julião; Souza; Guimarães, 2021). O tratamento adequado consiste na mudança comportamental no estilo de vida com a adesão a uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular e ao uso de medicações, com o objetivo de minimizar futuras consequências decorrentes do descontrole dessa patologia, sendo possível manter uma boa qualidade de vida (Barroso *et al.*, 2020).

A adesão aos medicamentos possui um impacto direto na obtenção e qualidade dos resultados clínicos, sendo amplamente reconhecida como uma questão de saúde pública. Garantir que os pacientes sigam corretamente seus tratamentos medicamentosos é essencial para melhorar os desfechos clínicos e promover uma melhor saúde para a população (Carvalho; Rodrigues, 2020). Apesar disso, ainda é constante a falta de adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial (Barroso *et al.*, 2021).

Na equipe de saúde, o enfermeiro desempenha um papel importante na abordagem do problema da não adesão ao tratamento, com base em evidências bem estruturadas. Sua atuação é necessária para otimizar a adesão do paciente ao medicamento, especialmente nas fases iniciais e de implementação da terapêutica (Lima *et al.*, 2021). Sua atuação envolve o uso de diferentes métodos para avaliar a falta de adesão ao tratamento, incluindo o relato dos pacientes sobre seu próprio comportamento, a contagem manual e eletrônica de comprimidos, o registro das retiradas de medicamentos em farmácias, a realização de dosagens laboratoriais de fármacos ou metabólitos e o uso de questionários (Chiabai, 2020). Os questionários são

amplamente usados para avaliar a adesão ao tratamento devido à sua praticidade e baixo custo, apesar das limitações de precisão e sensibilidade (Manso *et al.*, 2023).

A orientação e o encorajamento fornecidos pelos profissionais de saúde também desempenham um papel relevante, bem como o apoio da família na adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Manso *et al.*, 2023). Essa abordagem é fundamental para alcançar resultados terapêuticos satisfatórios, prevenir a progressão da doença, aprimorar a qualidade de vida e reduzir os custos associados ao sistema público de saúde (Aguiar *et al.*, 2023). Além disso, o comprometimento pessoal com o plano terapêutico é crucial para alcançar o sucesso no tratamento, assim como uma rede de apoio social bem estruturada.

Zanatta *et al.* (2021) descrevem que o apoio social começa no nascimento, na interação entre mãe e filho, se expandindo aos outros membros familiares. Com o passar dos anos o apoio social torna-se evidente entre os colegas de escola, de trabalho e dentro da comunidade. O termo apoio social é sinônimo de suporte social, pois ambos se referem às relações interpessoais nas quais existe ou está disponível a capacidade do indivíduo em estabelecer vínculos de confiança, demonstrar preocupação, valorizar e comunicar-se com o outro. Este apoio inclui a assistência de recursos disponíveis possibilitando o envolvimento da família, seus grupos formais (organizações sociais formais) e informais (os indivíduos e seus grupos formais). Esses elementos compõem os elos de relacionamentos recebidos e percebidos de cada indivíduo.

Esse suporte social refere-se à percepção da existência de pessoas dispostas a oferecer ao indivíduo recursos emocionais ou financeiros, bem como o sentimento de pertença e acolhimento dentro de sua rede social. Com isso, esse suporte cria a crença de que a pessoa é amada, respeitada e valorizada por fazer parte de uma rede de comunicação recíproca, que leva em consideração suas necessidades sociais. Dessa forma, o termo “suporte social percebido” se aplica a percepção de que o suporte está disponível caso o indivíduo precise, enquanto o “suporte social recebido” se refere aquele efetivamente obtido, sendo este dividido em três dimensões: o apoio familiar (quando este se percebe vindo de membros da família), apoio de amigos (quando o indivíduo percebe esse apoio vindo de amigos) e o apoio de outro significativo (quando este apoio vem de outras pessoas que não sejam seus amigos ou família) (Zanatta *et al.*, 2021). Avaliar essa rede de suporte social é importante, pois ela permite auxiliar na formulação de estratégias de enfrentamento e, conseqüentemente, na redução do sofrimento psicológico promovendo um sentimento de pertencimento a uma rede social com responsabilidades e deveres compartilhados.

Visando a compreensão da relação entre a adesão terapêutica e o suporte social, vê-se a necessidade de utilizar ferramentas que nos auxiliem na compreensão de como a organização familiar e social influencia a terapia anti-hipertensiva. Em 1975, Ann Hartman desenvolveu o Ecomapa com o objetivo de apoiar os assistentes sociais nos Estados Unidos a identificar as famílias que se encontravam em situação de vulnerabilidade. Com essa ferramenta foi possível a representação geográfica das relações entre as famílias, as pessoas e o mundo ao redor (Souza *et al.*, 2022). Utilizando-se de linhas simples, duplas, triplas, tracejadas e símbolos geométricos é possível ilustrar os vínculos, potencialidades e as fragilidades das redes de suporte social dos indivíduos com os elementos que compõem seu território de vida. Permitindo uma visão ampla e a compreensão da perspectiva territorial do acesso aos serviços básicos e da rede de apoio do indivíduo (Gomes; Vecchia, 2023).

Em um estudo de Garcia *et al.* (2018) a relevância do suporte social tem sido reconhecida como uma ferramenta crucial para o enfrentamento do estresse. Podendo correlacionar-se a uma variedade de aspectos, como a adesão aos cuidados de saúde, a sensação de controle, a percepção de estabilidade e ao bem estar-psicológico. Evidências apontam que o suporte social pode mitigar os impactos de eventos estressantes, promovendo efeitos positivos na saúde física e mental, pois estes estão intimamente ligados ao bem-estar.

De acordo com Resende *et al.* (2018), em um estudo com idosos, o curso silencioso da doença surge como fator determinante na falta de adesão ao tratamento. Questões como esquecimento, o medo de interações medicamentosas e a falta de uma rede de apoio familiar e social apresentam forte relação com a não adesão ao tratamento. Além disso, a relação entre o profissional de saúde e o paciente, a disponibilidade de medicamentos, as dificuldades de acesso ao serviço de saúde e as limitações financeiras também são identificadas como influências negativas. O estudo também aponta que, apesar do conhecimento sobre hábitos saudáveis para a melhoria da qualidade de vida, os idosos enfrentam desafios na implementação dessas orientações, evidenciando a complexidade subjacente à promoção da adesão ao tratamento nesse grupo etário e a necessidade de abordagens mais personalizadas e adaptadas às suas circunstâncias individuais.

Em um estudo realizado por Santos *et al.* (2021), foi constatado que pacientes com HAS que lidam bem com a doença e o tratamento, geralmente têm relações afetivas harmoniosas, com apoio social forte e laços familiares unidos, o que contribui para o controle da doença e adesão ao tratamento. Por outro lado, pacientes com HAS não compensada, apresentam relacionamentos afetivos prejudicados, laços familiares menos coesos e com suporte social limitado, o que dificulta o tratamento. Portanto, profissionais da Atenção

Primária devem explorar e conhecer o suporte social e coesão familiar por meio de ferramentas como o ecomapa que se trata da representação das interações entre os membros familiares e a comunidade, permitindo entender como o ambiente social afeta a preservação da saúde (Santos *et al.*, 2021).

Dessa forma, apesar de a relação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o suporte social já ter sido abordada em outros estudos, há uma lacuna no entendimento dessa relação e no uso de métodos que integrem métodos quantitativos e qualitativos no município de Aracoiaba, localizado no Maciço de Baturité, Ceará. Assim, o estudo pretende responder às seguintes questões de pesquisa: Como se caracteriza a adesão terapêutica anti-hipertensiva e o suporte social em pessoas com hipertensão arterial acompanhadas na atenção primária no município de Aracoiaba, Ceará? Existe relação entre esses dois fenômenos? De que forma o suporte social pode influenciar na adesão ou não adesão da terapia anti-hipertensiva?

Assim, pretendeu-se verificar a seguinte hipótese de pesquisa: Existe uma relação entre suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva em pessoas acompanhadas na atenção primária à saúde. E essa associação é direta e positiva, ou seja, quanto maior o suporte social identificado e mais fortes forem os vínculos entre o paciente e seus familiares, amigos e outros (profissionais, conhecidos, vizinhos, etc) maior será a probabilidade de o paciente aderir ao tratamento anti-hipertensivo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mensurar os níveis de adesão terapêutica anti-hipertensiva e de suporte social percebido e recebido por pacientes com hipertensão arterial acompanhados na atenção primária.
- Explorar as barreiras e facilitadores relacionados ao suporte social entre pacientes com diferentes níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo com o uso de ecomapas.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo com emprego de método misto, no qual foram realizadas duas etapas, a primeira caracterizava-se por um estudo transversal e descritivo, e a segunda por uma descrição exploratória e qualitativa, com análise de conteúdo e construção de ecomapa para compreender a relação entre os fenômenos de interesse.

A pesquisa de método misto é uma abordagem investigativa que trabalha a combinação da coleta de dados qualitativos e quantitativos, englobando ambos os métodos para criar um desenho de pesquisa que reflete pressupostos filosóficos e estruturas teóricas distintas. O princípio básico dessa abordagem metodológica é a de que a integração dos dados qualitativos e quantitativos proporciona uma compreensão mais profunda e abrangente do que seria possível obter ao considerar esses dados separadamente (Creswell; Creswell, 2018).

A primeira parte do estudo para a determinação de dados quantitativos foi caracterizada por uma abordagem transversal, essa metodologia de estudo mede a prevalência dos fenômenos. As medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento. Sendo assim, são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, além de examinar associações entre elas. Uma das vantagens é que não é necessário esperar pela ocorrência de um desfecho, o que os torna rápidos, de baixo custo e evita a perda dos participantes durante o seguimento (Hulley *et al.*, 2015).

As pesquisas descritivas associadas com as exploratórias têm como principal objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com o intuito de formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Esse tipo de pesquisa se caracteriza por uma menor rigidez no seu planejamento e são desenvolvidas com o intuito de fornecer uma visão geral aproximativa de determinado fato compondo uma fase mais ampla de investigação. Tem como produto final processo de clarificação do problema, que se torna mais passível de investigação por meio de procedimentos mais sistematizados. Em específico, as pesquisas descritivas têm um ponto em particular, objetivam descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relação entre variáveis, destacando-se aquelas que visam estudar as características de um grupo, ou seja, descobrir a existência de associações entre as variáveis e determinar sua natureza (Gil, 2008).

Conforme classificado por Sampieri *et al.* (2014), o presente estudo adota um desenho sequencial explicativo de método misto, no qual os dados quantitativos são inicialmente coletados e interpretados, seguidos pela etapa qualitativa. Essa abordagem sucessiva permitiu um aprofundamento na compreensão dos resultados obtidos.

Portanto a coleta foi realizada através da abordagem sequencial, iniciando-se pela etapa quantitativa, que subsidiou a construção da etapa qualitativa. Entretanto, para o presente estudo, ambas as abordagens foram consideradas complementares e de igual relevância para o entendimento completo, conforme defendido por Sampieri et al. (2014), que enfatizam a integração entre os métodos objetivando sanar as limitações de cada um e maximizar os pontos fortes.

A unificação desses dados aconteceu em três momentos distintos, sendo o primeiro feito durante o planejamento da coleta qualitativa, sistematizada a partir dos dados obtidos na etapa quantitativa, segundo na análise e interpretação cruzada dos dados para ambas as abordagens e por fim dentro da discussão dos resultados, que viabilizou uma interpretação mais aprofundada que foi confirmada por múltiplas fontes de evidência.

3.2 LOCAL E PERÍODO DA COLETA

Foi realizado no município de Aracoiaba, localizado no maciço de Baturité, Ceará. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), o município possui uma população total de 26.696 habitantes, dos quais cerca de 4.406 pessoas têm hipertensão arterial. O acompanhamento é realizado em 13 Unidades Básicas de Saúde, localizadas tanto na sede quanto na zona urbana.

Dentre as pessoas com hipertensão arterial cadastradas na atenção primária, cerca de 1.244 (28%) não fazem acompanhamento de rotina. Nesse cenário, 15% da população tem diagnóstico de hipertensão arterial, mas 28% não fazem acompanhamento regular, tornando-se necessário entender de que forma o suporte social a esses pacientes pode influenciar a adesão ao tratamento.

Foram incluídas no estudo três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na sede do município de Aracoiaba, selecionadas devido à alta concentração de pessoas com hipertensão arterial cadastradas, UBS 1 (372); UBS 2 (303); UBS 3 (184). A escolha dessas unidades levou em consideração a fácil logística de deslocamento entre elas, o que facilitou a coleta de dados pela pesquisadora.

O período de coleta dos dados foi de dezembro de 2024 a março de 2025, sendo os três primeiros meses dedicados à identificação dos fenômenos de adesão terapêutica anti-hipertensiva e suporte social, com formulários estruturados. Nos meses seguintes, foram realizadas entrevistas para compreensão da relação entre os fenômenos e a elaboração do ecomapa, a fim de aprofundar a compreensão da relação entre os referidos fenômenos, complementar os dados quantitativos, especialmente diante da possibilidade de a aplicação

dos formulários não captarem em sua totalidade, a complexidade subjetiva do suporte social percebido e recebido pelos pacientes participantes no estudo.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo deste estudo foi composta por pessoas com hipertensão arterial que atendiam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Foram incluídas pessoas com idade maior ou igual a 18 anos; que tenham sido diagnosticadas com hipertensão arterial, há pelo menos 6 meses; que façam tratamento medicamentoso anti-hipertensivo; e estejam sendo acompanhadas na atenção primária do município de Aracoíaba, em uma das três unidades básicas de saúde selecionadas. Foram excluídos do estudo participantes que apresentaram dificuldades para ouvir e responder verbalmente às questões formuladas. A identificação dessas pessoas que deveriam ser excluídas ocorreu por meio de uma interação inicial entre a pesquisadora e o participante, na qual foram feitas perguntas simples e claras sobre os hábitos, os medicamentos que toma e como é o uso desses fármacos pelo paciente. Esse procedimento permitiu verificar se a pessoa respondia de forma rápida e coerente, ou se demonstrava sinais de confusão ou dificuldades auditivas. Como a natureza do estudo dependia de um formulário estruturado, a capacidade de fornecer respostas coerentes e completas era essencial para a validade e confiabilidade dos dados coletados. Dificuldades na compreensão ou resposta que poderiam comprometer as informações obtidas, resultariam em respostas incompletas, confusas ou inadequadas, o que poderia distorcer os resultados e levar a conclusões equivocadas sobre a adesão terapêutica anti-hipertensiva ou sobre o suporte social.

Os participantes da primeira etapa foram coletados por conveniência de acordo com o tempo determinado para a coleta dos dados (3 meses), foram convidados para participar todos aqueles que estavam na UBS no período da coleta dos dados com tempo disponível para responder ao formulário do estudo. Entretanto, obteve um pequeno número amostral em virtude de uma série de limitações operacionais. Destacam-se a ausência de agendas específicas voltadas para pessoas com hipertensão arterial, inconsistências na atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no processo de mobilização da comunidade, bem como a predominância de atendimentos por demanda espontânea. Além disso, algumas pessoas abordadas demonstraram desinteresse pela temática, recusa explícita e limitações de tempo. Dessa forma, a amostra final da primeira etapa foi composta por 74 indivíduos divididos entre as três UBS.

A amostragem da segunda etapa do estudo também foi por conveniência e buscou representantes de todas as UBS selecionadas e que participaram da primeira fase. Foram convidados a participar aqueles que obtiveram os mais altos e mais baixos níveis de adesão terapêutica anti-hipertensiva conforme dados da parte quantitativa. Essa abordagem viabilizou a garantia de uma variabilidade nos perfis de adesão, possibilitando uma análise mais rica acerca das percepções e dos contextos vivenciados pelos participantes. Compuseram a amostra final desta etapa 10 pessoas.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

3.4.1 Primeira etapa do estudo (Quantitativa)

Inicialmente, foi solicitado o Termo de Anuência a fim de obter autorização do município no qual se realizou a coleta dos dados. Após envio, avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNILAB, iniciou-se a etapa de coleta. Realizaram-se encontros individuais com o enfermeiro responsável por cada unidade e, posteriormente, com os ACS, a fim de divulgar a pesquisa e favorecer a identificação dos participantes.

Adicionalmente, foi elaborado um folder digital (Apêndice A), contendo as principais informações a respeito da pesquisa, o qual foi enviado por meio do aplicativo WhatsApp tanto para os enfermeiros quanto às ACS, com a solicitação de que fosse compartilhado nos grupos de comunicação com os usuários das UBS. Essa abordagem contribuiu para o alinhamento parcial dos propósitos do estudo.

O processo de captação dos participantes para a parte quantitativa ocorreu por conveniência, com base na presença dos usuários na unidade, seja no dia das suas consultas de acompanhamento, ou no comparecimento à UBS por qualquer outro motivo. Embora não tenha havido a articulação sistemática com os profissionais das unidades, algumas ACS contribuíram pontualmente com a divulgação da pesquisa, essa colaboração não interferiu diretamente na seleção dos participantes, que se manteve baseada na presença da pesquisadora e dos usuários nas unidades durante o período da coleta. Para os participantes que aceitaram participar do estudo, a pesquisadora os conduzia para um local reservado dentro da Unidade, onde eram aplicados os formulários.

Durante esses momentos entre participante e pesquisadora, foi reiterada a finalidade da pesquisa, bem como os possíveis riscos e benefícios para o participante. Foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em conformidade

com os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

3.4.2 Instrumentos de Coleta

Para a coleta dos dados da primeira etapa do estudo foi aplicado o *Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica* (QATHAS) que objetivou mensurar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, e a versão reduzida da *Escala de Redes Sociais de Lubben* (LSNS - Lubben Social Network Scale), que mensura o suporte social em duas dimensões: estrutural, referente ao tamanho da rede e frequência dessas interações e o funcional que se relaciona a disponibilidade de apoio prático em situações críticas. Além disso, a aplicação dos formulários através da leitura das questões pela pesquisadora buscou a garantia da inclusão equitativa e a minimização do viés de interpretação.

O QATHAS foi selecionado por abordar o tratamento anti-hipertensivo farmacológico e não-farmacológico, além de ser validado na realidade brasileira com alfa de Cronbach de 0,81 (Rodrigues; Moreira; Andrade, 2014). Fazem parte do instrumento os dados sociodemográficos do paciente bem como a obtenção de medidas como peso, altura, pressão arterial e circunferência abdominal. As medidas antropométricas (peso, altura e circunferência abdominal) e os valores de pressão arterial, foram mensuradas com os materiais disponíveis nas respectivas UBS onde os participantes realizavam acompanhamento de saúde e, quando necessário, foram utilizados os materiais próprios da pesquisadora.

Faz parte da estrutura do QATHAS, 12 itens que abordam o tratamento anti-hipertensivo farmacológico e o não farmacológico e se os participantes comparecem ou não às consultas de rotina. O resultado permite classificar os indivíduos em alta adesão e baixa adesão ao tratamento. Está disponível gratuitamente em um site de acesso público (<http://www.qathas.com.br/>) (Anexo A), permitindo inserir as respostas dos pacientes e a visualização do resultado da escala (Quadro 1), que é fornecido no formato de coeficiente. O coeficiente pode variar de 60 a 110, logo a menor adesão corresponde ao valor de 60 pontos, enquanto os mais aderentes ao tratamento obtêm valores próximos de 110 pontos (Rodrigues; Moreira; Andrade, 2014).

Como a literatura não estabelece cortes definidos para as categorias, optou-se por agrupar os participantes em três níveis de adesão, a fim de favorecer o entendimento dos participantes do seu próprio resultado e para selecionar os participantes da etapa seguinte do estudo. Assim, foram considerados os seguintes grupos: Baixa adesão: escores até 89, associados a erros frequentes na medicação e redução insuficiente do sal e açúcar; Adesão

moderada: escores entre 90 e 100, caracterizando menor frequência de erros e redução moderada de fatores de risco; Alta adesão: escores acima de 100, indicando aderência próxima ao ideal, com cumprimento rigoroso do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Como o objetivo do estudo é uma análise comparativa entre grupos, essa categorização permitiu essa análise respeitando as características clínicas da escala.

Quadro 1 - Níveis do coeficiente de resultado do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Nível da Escala	Descrição
60	Neste nível, os hipertensos não tomam o anti-hipertensivo, ao menos uma vez por semana. E também não o tomam na dose prescrita, ao menos uma vez por semana.
70	Os hipertensos posicionados nesse nível deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por semana, e comparecem às consultas agendadas.
80	Ao atingirem este nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação, conforme a dose prescrita, ao menos uma vez por mês, e fazem uso da medicação independentemente de apresentar algum sintoma, seguem o tratamento medicamentoso rotineiramente e reduzem a terça parte do sal, da gordura, e de doces e bebidas com açúcar.
90	Os hipertensos localizados neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduzem à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar.
100	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão, ao menos uma vez por ano, e praticamente não consomem gordura, doces e bebidas com açúcar.
110	A partir deste nível, os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.

Fonte: Rodrigues, Moreira e Andrade (2014)

A versão reduzida da Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS - *Lubben Social Network Scale*), foi selecionada neste estudo baseada na sua robustez psicométrica, validade de constructo, bem como a ampla utilização na literatura científica como instrumento de triagem para avaliação do risco de isolamento social. Inicialmente desenvolvida por Lubben (1988) com 10 itens, voltados a avaliar o suporte social fornecido por familiares, amigos e vizinhos. Posteriormente, foi criada a versão reduzida (LSNS-6), composta por 6 itens que mantém dois principais domínios: relações familiares e de amizade (Quadro 2).

A LSNS-6 foi utilizada neste estudo com dupla finalidade: mensurar tanto o risco de isolamento social quanto dimensões verificáveis do suporte social dos participantes. No contexto brasileiro, a versão traduzida e adaptada da LSNS-6 foi validada por Garcia *et al.* (2018), apresentando um alfa de Cronbach de 0,798 para a escala total, demonstrando consistência interna satisfatória. Cada item é respondido em uma escala tipo Likert de 0 a 5, com pontuação total variando entre 0 e 30 pontos. Os autores recomendam pontos de corte

(≤ 12) os indivíduos com pontuação igual ou inferior a esse valor são tidos como tendo redes sociais reduzidas, condição está associada à vulnerabilidade social e menor capacidade no gerenciamento de saúde (Ribeiro *et al.*, 2012; Lubben *et al.*, 2006). Estudos internacionais também confirmam a estabilidade da LSNS-6 em diferentes contextos culturais, Chan *et al.* (2023) validaram a escala em idosos chineses de Hong Kong, com resultados positivos quanto à consistência interna ($\alpha = 0,75$).

Quadro 2- Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

LSNS-6						
No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.						
	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

Fonte: Ribeiro, *et al.*, 2012

Entretanto, é importante destacar que a LSNS-6 não mensura diretamente o suporte social percebido ou efetivamente recebido. Em vez disso, avalia aspectos objetivos da rede de apoio social, como número de contatos significativos, a frequência dessas interações e a possibilidade de contar com o auxílio em situações de crise. Tais indicadores são considerados determinantes confiáveis de suporte social, principalmente o risco de isolamento social e fragilidade (Lubben *et al.*, 2006). Nesse sentido, a escala possibilitou a compreensão paralela do nível de suporte social disponível e o grau de isolamento social potencial.

Considerando tais aspectos, a utilização da LSNS-6 a aplicabilidade no presente estudo levou em consideração a praticidade da quantidade de itens avaliados, a linguagem acessível a diversas faixas etárias, tempo reduzido para aplicação. A escala apresentou sensibilidade satisfatória para a identificação de indivíduos com redes sociais fragilizadas, preservando a exatidão da mensuração, o que foi primordial para os objetivos da pesquisa.

O tempo estimado para o preenchimento de ambos os formulários e dos componentes da primeira etapa do estudo (apresentação da pesquisa, assinatura do TCLE e preenchimento dos formulários) foi de aproximadamente 30 minutos. Ambos os formulários são de fácil compreensão. Para otimizar o tempo, as perguntas foram mediadas pela pesquisadora e preenchidas de forma online e simultânea por meio da plataforma *Google Forms* e os dados armazenados em uma planilha no Excel gerada em associação ao arquivo do *Forms*. Após a coleta e processamento dos dados, os registros em nuvem foram excluídos do ambiente virtual no qual foram mantidos pela pesquisadora pelo tempo necessário, tendo sido definitivamente eliminados ao final desse prazo.

É importante elucidar que, neste estudo, ambas as escalas foram aplicadas com foco na situação atual do participante, principalmente em contextos do estado presente da rede de apoio social. O recorte temporal estabelecido pela análise, foi assumido pela pesquisadora durante a aplicação e a orientação das respostas, objetivando evitar interpretações ambíguas sobre outras fases da vida. Essa postura, foi essencial para a garantia da validade dos dados obtidos, considerando que experiências passadas podem influenciar subjetivamente a percepção de vínculos.

Cabe ressaltar que as escalas utilizadas para obtenção dos dados quantitativos não têm o objetivo de mapear as fontes de suporte social do paciente, somente descrevem a frequência das mesmas. Diante disso, a fim de mitigar as possíveis limitações do instrumento, e compreender de forma mais aprofundada como e quem geralmente compõe a rede de suporte social dos participantes optou-se por abordagem qualitativa complementar.

Assim, após a coleta dos dados da primeira etapa, os participantes foram informados dos resultados obtidos, incluindo o valor do coeficiente e sua respectiva interpretação. Neste momento, os participantes das três categorias de adesão terapêutica anti-hipertensiva, definidas no estudo, foram convidados a participar da segunda etapa. Aqueles que aceitaram participar foram posteriormente contatados para o agendamento de uma visita domiciliar, com horário previamente acordado.

3.4.2 Segunda etapa do estudo (qualitativa)

Na segunda etapa do estudo, de natureza qualitativa, as entrevistas foram realizadas em domicílio, com agendamento prévio de dias e horários conforme a disponibilidade dos participantes elegíveis para essa parte. A estratégia tinha o objetivo de flexibilizar a logística, respeitando a rotina dos participantes e viabilizando a condução da entrevista em um local reservado e confortável. Além disso, essa abordagem visou minimizar as ausências e favorecer a adesão à segunda fase da pesquisa.

As entrevistas estruturadas foram realizadas baseadas em eixos temáticos definidos previamente (Apêndice C), tendo em média uma hora de duração. As gravações foram autorizadas verbalmente no início de cada entrevista, registradas em áudio garantindo o consentimento dos participantes durante a captação dos dados. A gravação foi realizada com o auxílio de um *Smartphone* e os áudios obtidos foram armazenados em uma pasta protegida no *Google Drive*, de acesso exclusivo da pesquisadora, assegurando a confidencialidade e proteção de dados sensíveis. Após a transcrição completa dos conteúdos, todos os áudios foram efetivamente excluídos.

Os critérios adotados para a seleção dos participantes para esta etapa, basearam-se nos resultados obtidos a partir do QATHAS, priorizando aqueles que obtiveram os escores mais elevados e mais baixos de adesão terapêutica anti-hipertensiva. Esse recorte buscou garantir a diversidade de perfis, permitindo uma análise comparativa entre os grupos.

As entrevistas foram conduzidas a partir de uma abordagem dialógica e não intervencionista, com o uso de tópicos flexíveis, a fim de estimular a livre expressão dos participantes bem como garantir a preservação da neutralidade e autenticidade das falas. A transcrição integral, realizada pela pesquisadora, contribuiu para o aprofundamento analítico favorecendo assim a familiaridade com o material e a garantia de maior rigor interpretativo. Embora não tenha sido feita dupla codificação, priorizou-se a fidelidade das transcrições e sistematização de conteúdo, assegurando a integridade metodológica do estudo.

Dessa forma, foram abordados pela pesquisadora quatro tópicos temáticos principais ao longo da investigação: Tópico 1 - Entendendo a casa e o bairro onde está situado, onde pretendeu-se compreender as especificidades das moradias e o contexto urbano ou comunitário onde os participantes estão inseridos; Tópico 2 - Entendendo a assistência social e de saúde disponível nos arredores da residência, buscando mapear onde estão situados os serviços, centros comunitários ou outras instituições de apoio de acordo com a percepção do participante; Tópico 3 - Entendendo as barreiras de acesso enfrentadas pelo participante levando em consideração entraves, físicos, sociais, econômicos ou institucionais que dificultam o uso efetivo dos serviços e recursos disponíveis; Tópico 4 - Entendendo as potencialidades ou fragilidades da convivência (Suporte Social Percebido), nesses últimos tópicos esperou-se que fossem mencionados elementos como: família, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde e compreender como a presença ou ausência desses vínculos impactam a rede de apoio dos participantes.

Analiticamente, potencialidades foram compreendidas como forma de suporte emocional e instrumental, e fragilidades como a ausência de vínculos ou vínculos frágeis, além do isolamento. A partir desses tópicos, pretendeu-se captar tanto os recursos quanto desafios presentes no cotidiano dos participantes, contribuindo assim para uma análise contextualizada de suas condições de vida.

Durante a entrevista foram disponibilizados a cada participante lápis, borracha, apontador, folha de papel no tamanho A4 e régua para a elaboração conjunta do ecomapa, essa técnica foi utilizada como ferramenta para mapeamento das redes de apoio e identificação de fragilidades em determinados contextos territoriais. Escolhido para auxílio na análise qualitativa deste estudo devido a aplicabilidade e visando a compreensão das dinâmicas relacionais e de suporte social de uma forma mais aprofundada. A criação com o lápis permitiria que tanto a pesquisadora (quando solicitado pelo participante) quanto o participante se sentissem à vontade para a inclusão e exclusão de determinados elementos no Ecomapa no decorrer do diálogo propiciado pela entrevista.

Embora os participantes tenham sido incentivados a realizarem o desenho do ecomapa por conta própria, estes mostraram preferência que o desenho fosse realizado pela própria pesquisadora. A hesitação em assumir a criação do ecomapa, mesmo após o esclarecimento de que não havia respostas “certas” ou “erradas” sugere que a presença da pesquisadora como facilitadora das questões, gerou maior segurança durante o processo de criação. Tal postura ressalta a importância do papel do pesquisador como facilitador em metodologias

participativas, visando minimizar inseguranças e garantindo que a técnica seja vivenciada como diálogo e não como uma avaliação.

Nesse sentido, o rascunho foi elaborado à lápis em colaboração dos participantes, e posteriormente revisado junto com ele. A intenção foi transformar cada resposta associada a um código, uma cor diferente, mantendo a fidelidade das escolhas e indicações dos participantes. Durante a criação do desenho, a pesquisadora esteve atenta para as verbalizações dos participantes fazendo uma escuta reflexiva para, posteriormente, realizar uma reafirmação de tudo que foi dito, utilizando da legenda previamente criada para identificar os pontos de ligação do participante com o seu entorno. O participante pôde identificar pontos de ligação: positivo, fortemente positivo, fraco, estressante, inexistente e direção de energia. Além disso, apesar de o ecomapa ser representado por figuras geométricas, os participantes estavam livres para representar suas redes de apoio com os símbolos que considerarem mais apropriados (Gomes; Vecchia, 2023).

A criação do ecomapa, em associação com a entrevista, permitiu à pesquisadora uma visualização ampliada e integrada da rede de suporte social de cada participante seja este com alta e com baixa adesão e com relação ao suporte social e adesão ao tratamento, revelando os pontos de fragilidade e potencialidade. Essa análise fornecerá subsídios importantes para o auxílio na criação de intervenções direcionadas e mais sensíveis às particularidades de cada grupo de pacientes. Uma vez que, quando se é levado em consideração os aspectos biopsicossociais do paciente, tem-se como ponto positivo a melhoria na adesão ao tratamento e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da primeira etapa do estudo de natureza quantitativa foram analisados por meio de estatística descritiva, incluindo cálculos de frequência absoluta e relativa, média, desvio-padrão, mediana, bem como valores mínima e máxima. A categorização das variáveis permitiu uma melhor visualização na distribuição dos níveis de adesão e do suporte social, possibilitando um cruzamento descritivo entre essas dimensões para explorar possíveis associações. Essas análises permitiram mensurar os níveis de adesão terapêutica anti-hipertensiva é uma medida objetiva da rede social, considerando número de contatos significativos, frequência de interações e disponibilidade percebida de apoio.

A segunda etapa do estudo, que compõe a análise qualitativa, constituiu a análise dos dados obtidos por meio da transcrição dos áudios e da construção do ecomapa. Foi realizada análise de conteúdo segundo o método de Bardin, que engloba um conjunto de técnicas que

analisam os significados e/ou significantes na comunicação. O método possui três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, os áudios foram transcritos na íntegra e organizados em arquivos individuais por participantes. Em seguida, foi realizada uma leitura inicial dessas entrevistas para um contato inicial com o conteúdo empírico e a identificação dos tópicos recorrentes. As perguntas que foram criadas como roteiro da entrevista foram utilizadas como categoria prévia (análise dedutiva) respeitando os tópicos previamente definidos e buscando aprofundar o conteúdo, para viabilizar a identificação inicial de unidades que fossem relevantes ao problema de pesquisa. Partindo dessa leitura, foi construído temas preliminares, que direcionou as etapas subsequentes.

Na etapa de exploração do material, os textos transcritos foram submetidos à codificação manual pela pesquisadora, sendo identificadas as unidades de registro com base em trechos significativos (palavras, frases ou segmentos que expressassem sentido relevante aos objetivos de estudo). Consideram-se a recorrência, a ênfase e a relevância desses conteúdos. As unidades foram agrupadas e classificadas em categorias temáticas, emergiram de forma dedutiva, fundamentadas na materialidade dos dados, sem imposições como preconizado por Bardin (2004).

Durante o tratamento dos resultados, as categorias foram organizadas em quadros analíticos e descritos de forma articulada com a literatura e com os dados quantitativos. Os ecomapas por sua vez foram utilizados como fonte complementar permitindo validar e enriquecer a análise textual com visualização gráfica das redes de suporte descrita pelos participantes. A etapa mencionada permitiu a transformação desses dados brutos em informações significativas, possibilitando inferências precisas e pertinentes para a compreensão dos elementos que propiciam ou dificultam a adesão à terapêutica antihipertensiva dentro do contexto do suporte social (Bardin, 2004). Permitindo assim a compreensão das experiências e percepções dos sujeitos, atribuindo relevância aos significados atribuídos às suas interações sociais e vivências da sua condição crônica.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos seguiram a Resolução 466/12 (Brasil, 2012), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB (Parecer nº 7.113.727) (ANEXO B). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, garantindo anonimato (codificação como P1, P2, P3...) e sigilo. Os dados foram armazenados em dispositivo local (pen-drive/disco rígido), excluídos de ambientes virtuais após

transferência. Foram mitigados riscos como ansiedade - com a realização de entrevistas em ambiente reservado e a garantia do direito de interromper a participação - e exposição de dados mediante adoção de medidas técnicas para minimizar vulnerabilidades online.

Os benefícios incluíram devolutivas aos participantes sobre sua adesão terapêutica e fornecimento de subsídios para que profissionais de saúde elaborassem planos de cuidado individualizados. Ressalta-se que limitações técnicas de segurança em plataformas digitais permaneceram além do controle da equipe, embora todas as precauções cabíveis tenham sido adotadas.

4 RESULTADOS

Participaram da primeira etapa do estudo 74 pessoas cujo perfil sociodemográfico foi: maioria do gênero feminino (67,6%), com predominância de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (29,73%). Quanto ao nível de instrução, observou-se prevalência do ensino fundamental completo-ensino médio incompleto (33,8%). A renda familiar de um salário mínimo foi a mais frequente (68,9%), contudo, parte dos dados sobre renda não foi informada. No estado civil, a maioria declarou-se solteira (33,8%), conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes (n = 74). Aracoiaba/CE, 2025.

Variável	Categoria	Nº de participantes	Percentual (%)
Posto de Saúde	PSF 1	18	24,32
	PSF 2	36	48,65
	PSF 3	20	27,03
Gênero	Feminino	50	67,6
	Masculino	24	32,4
Faixa Etária	29-49 anos	13	17,57
	50-59 anos	18	24,32
	60-69 anos	22	29,73
	70-79 anos	17	22,97
	80-86 anos	4	5,41
Nível de Instrução	Analfabeto - Ensino Fundamental Incompleto	22	29,7
	Ensino Fundamental Completo - Ensino Médio Incompleto	25	33,8
	Ensino Médio Completo	21	28,4
	Ensino Superior ou Mais	6	8,1
	Renda Familiar	Menor que um Salário Mínimo	6

	Um Salário Mínimo	51	68,9
Estado Civil	Casado(a)/ União consensual	25	33,8
	Solteiro	25	33,8
	Viúvo	19	25,7
	Divorciado(a)	5	6,8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025

Sobre as variáveis hemodinâmicas e antropométricas a Pressão Arterial Sistólica (PAS) apresentou média de 134,05 ($\pm 16,88$) mmHg, mediana de 130 mmHg, com valores variando de 100 a 180 mmHg. A Pressão Arterial Diastólica (PAD) apresentou 84,13 ($\pm 10,87$) mmHg, mediana de 82 mmHg, com valores entre 50 e 120 mmHg. Observou-se média de peso de 75,68 ($\pm 12,95$) kg (mediana 76,95 kg; mínimo 47 kg; máximo 110 kg), altura de 1,61 ($\pm 0,08$) m (mediana 1,605 m; mínimo 1,44 m; máximo 1,80 m) e circunferência abdominal de 96,45 ($\pm 10,97$) cm (mediana 95 cm; mínimo 78 cm; máximo 142 cm). Quanto à idade dos participantes, variou entre 29 e 86 anos, com média de 61,27 ($\pm 11,83$) anos e mediana de 62 anos. Com relação às escalas aplicadas, o escore médio de adesão terapêutica (QATHAS) foi de 96,35 ($\pm 6,29$) pontos (mediana 96,21; mínimo 81,64; máximo 115,78) e o escore da escala de suporte social (LSNS-6) apresentou média de 15,11 ($\pm 4,09$) pontos (mediana 15; mínimo 4; máximo 26).

A Tabela 2 apresentou os níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo o QATHAS. A maioria dos participantes (67,57%) foi classificada com adesão moderada, obtendo escores entre 90-100 pontos. A adesão alta representada por escores superiores a 100 pontos correspondeu a 24,32%. Já para a adesão baixa, com escores iguais ou inferiores à 89 pontos foi vista em apenas 8,11% dos participantes.

Tabela 2 – Níveis de adesão ao tratamento da HAS segundo o Q-ATHAS (n = 74). Aracoiaba/CE, 2025.

Pontuação	Descrição Resumida	Principais Comportamentos	Nº de Participantes	Percentual (%)
≤ 89	Baixa adesão	Associada a erros frequentes na medicação e redução insuficiente de sal e açúcar.	6	8,11%

90-100	Adesão moderada	Caracterizada por menor frequência de erros e redução moderada de fatores de risco.	50	67,57%
> 100	Adesão Alta	Indica aderência próxima ao ideal, com cumprimento rigoroso do tratamento.	18	24,32%

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

Na Tabela 3 consta a distribuição dos escores obtidos de acordo com os critérios de classificação de risco de isolamento social propostos por Lubben *et al.* (2006), 68,92% dos participantes apresentaram risco moderado de isolamento social (13-20 pontos). Enquanto 22,97% apresentaram risco elevado de isolamento (≤ 12 pontos). No entanto, apenas 8,11% apresentou risco baixo (≥ 21 pontos) de isolamento social. Os resultados evidenciam que a maioria dos participantes possui alguma fragilidade nas suas redes de suporte social, conforme quantificados pela escala.

Tabela 3 – Risco de isolamento social segundo LSNS-6 (Escala Breve de Redes Sociais de Lubben – Versão Portuguesa) (n = 74). Aracoiaba/CE, 2025.

Pontuação (LSNS-6)	Classificação de Risco	Nº de participantes	Percentual (%)
≤ 12 pontos	Risco Elevado	17	22,97%
13-20 pontos	Risco Moderado	51	68,92%
≥ 21 pontos	Risco Baixo	6	8,11%

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

Buscando analisar de forma conjunta as variáveis do estudo, para compreensão de aspectos comportamentais e sociais, na Tabela 4 consta a distribuição dos participantes de acordo com as classificações obtidas pelo QATHAS e pela Escala LSNS-6. Considerando os dados apresentados, observa-se que pessoas com adesão alta ao tratamento anti-hipertensivo têm menor risco de isolamento social, enquanto pessoas com baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo tiveram níveis elevado e moderado de risco para isolamento social. Estas constatações sugerem uma potencial relação entre suporte social e adesão ao tratamento da HAS.

Tabela 4 - Associação entre adesão terapêutica (QATHAS) e risco de isolamento social (LSNS-6) (n = 74). Aracoíaba/CE, 2025.

Adesão Terapêutica (QATHAS)	Risco Elevado	Risco Moderado	Risco Baixo	Total
Baixa (≤ 89)	3 (50,00%)	3 (50,00%)	-	6 (100%)
Moderada (90–100)	13 (26,00%)	36 (72,00%)	1 (2,00%)	50 (100%)
Alta (>100)	1 (5,56%)	12 (66,67%)	5 (27,78%)	18 (100%)

Distribuição percentual calculada dentro de cada grupo de adesão terapêutica. Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Para a segunda etapa do estudo foram selecionados 10 participantes, contemplando os diferentes níveis de adesão ao tratamento ao anti-hipertensivo (alto, baixo e moderado). Para cada participante realizou-se uma entrevista para que pudesse ser elaborado o ecomapa, com base nas informações fornecidas ao longo da própria entrevista, sendo desenvolvidos de forma dinâmica à medida que os participantes descreviam suas redes e relações que orientavam de forma direta a representação gráfica (Apêndice D).

Os dados obtidos a partir dos registros em áudio das entrevistas e informações representadas nos ecomapas foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo. Para a fase de pré-análise, os dados foram organizados e realizados os primeiros contatos com o material empírico, sendo os tópicos do roteiro de entrevista utilizados como categorias prévias, em uma abordagem predominantemente dedutiva. Na etapa de exploração de conteúdo, os áudios foram transcritos, lidos e codificados pela pesquisadora, viabilizando a identificação de núcleos e sentido recorrentes.

Por fim, o tratamento dos resultados concedeu a delimitação de 4 categorias temáticas, que estruturam a análise qualitativa apresentada a seguir. Os ecomapas foram utilizados como fonte adicional de dados, isso contribuiu para aprofundar a compreensão das redes de suporte social percebidas e das conexões entre os participantes e seus territórios de vivência.

Categoria 1: Localização, relacionamentos com vizinhos, infraestrutura

A partir do tópico “*Entendendo a casa e o bairro onde está situado*” evidenciou-se que a maioria dos participantes avalia positivamente a relação descrevendo-a como “bom” ou “ótimo”, sugerindo assim uma convivência harmoniosa. A exceção foi o participante P5 que mencionou um “fraco” vínculo com o vizinho da esquerda. No entanto, constatou-se que os laços familiares geograficamente próximos reforçam o suporte percebido, como é o caso de P6 que reside ao lado da irmã e P9 que é vizinho da filha. Sendo assim, a vizinhança é

evidenciada como rede de suporte imediato, especialmente quando há laços familiares dentro da vizinhança, reforçando uma rede de suporte imediato e significativa.

Quanto à localização dos bairros, dois territórios foram frequentemente citados como espaços principais de convívio para a maioria, ainda que P4, P8, P10 tenham citado outras áreas como continuidade do território. Todos relataram acesso a água encanada e saneamento básico, mesmo aqueles que moram mais afastados. Porém, foram relatados desafios relacionados à infraestrutura urbana como a distância de serviços essenciais. Como apontado por P10:

"Gosto da enfermeira, mas o posto é tão longe que eu acabo indo só quando eu realmente não aguento". P10 (QATHAS: 91.76; LSNS-6: 5; PA: 130X60)

Categoria 2: Serviços disponíveis e proximidades

Referente ao tópico *"Entendendo a assistência social e de saúde disponível nos arredores da residência"*, a UBS foi reconhecida por todos como um serviço essencial. Entretanto, existiram críticas sobre a forma de funcionamento e a comunicação com os usuários. P1 enfatizou a ausência de grupos educativos para pessoas com hipertensão arterial, em contrapartida P5 criticou a desinformação e falhas na atuação por parte das ACS.

"Nem um remédio elas sabem dizer se tem". P5 (QATHAS: 106.71; LSNS-6: 14; PA: 120X60)

Além das UBS, espaços como igrejas, grupo de oração, praças e academias foram apontadas como locais de interação social, apontados como redes secundárias de suporte, P7 menciona a creche local como serviço essencial, enquanto participantes como P1 e P8 demonstram preocupação com espaços desativados ou negligenciados, como a escola fechada, a estação de trem e o campo em situações precárias, que geram insegurança.

"Tenho medo dos bichos que têm lá, tem muito mato dentro. [...] o lixo que as pessoas colocam no campo também é um problema, os animais rasgam os sacos e o lixo fica espalhado". P1 (QATHAS: 92.43; LSNS-6: 16; PA: 140X100)

Categoria 3: Dificuldades físicas, sociais e impactos na saúde

Quanto às barreiras de acesso, exploradas a partir do tópico *"Entendendo as barreiras de acesso"*, apresentou-se de formas variadas, identificadas em três domínios: ambientais, institucionais e psicossociais. Barreiras ambientais como acúmulo de lixo, rede de esgoto danificada, lama, mato e ruído foram apontados tanto como riscos físicos quanto emocionais. Na parte de barreiras institucionais foram mencionadas a carência de informações por parte

das ACS e a distância geográfica das instituições de saúde, especialmente para P8 e P10 que residem em áreas periféricas. Do ponto de vista psicossocial também são mencionados, sentimentos como o medo e insegurança em conjunto com a sobrecarga emocional e isolamento como relatado por P9:

"Não vou muito pra igreja depois que meu marido morreu" [...] tenho um filho especial aí não tenho com quem deixar não posso levar ele". P9 (QATHAS: 89.82; LSNS-6: 4; PA: 100X60)

As barreiras encontradas demonstram um ciclo de vulnerabilidades dos participantes, que impactam na saúde coletiva, reforçando sentimentos de abandono e negligência do poder público. As desigualdades socioeconômicas também são abordadas uma vez que o relato de P7 que menciona não conseguir cuidar da saúde por conta do trabalho:

"A prefeitura conserta mas na mesma semana fica ruim de novo". P3 (QATHAS: 90.36; LSNS-6: 14; PA: 134X86)

"Meu medo é esse esgoto estourado aí na rua trazer doenças pra gente". P5

Categoria 4: Tipos de apoio, carências e impacto psicológico

No tópico "Entendendo as potencialidades ou fragilidades da convivência (Suporte Social Percebido)", identificaram-se diferentes formas de apoio. Apoios práticos foram descritos como sendo prestados por esposos (P4 e P7), filhos (P8) e de vizinhos (P9). Esse apoio prático, segundo os relatos, inclui auxílio no deslocamento para os serviços de saúde, na aquisição de medicações, acompanhamento em consultas, suporte financeiro para as despesas oriundas do tratamento, bem como ajuda nas tarefas do dia a dia.

Já o apoio emocional aparece principalmente nas relações familiares e no contato com os profissionais de saúde. Sendo este, materializado através do cuidado demonstrado através da escuta, da empatia, do acolhimento principalmente em momentos difíceis, proporcionando ao paciente, o sentimento de estar sendo lembrado. P2, P4 e P10 apontam a importância desses profissionais como fonte de suporte emocional:

"A ACS tá sempre aqui me ajudando, conto muito com ela, ela que faz a mediação de tudo". P7(QATHAS: 95.11; LSNS-6: 19; PA: 155X95)

"Toda a equipe me acolhe, gosto de todo mundo, me deram muito suporte quando meu irmão estava doente, principalmente o Dr Matheus". P2 (QATHAS: 92.54; LSNS-6: 13; PA: 146X68)

Entretanto, surgiram alguns relatos de carências afetivas e dificuldade nos vínculos familiares. P5, relata que o marido oferece apoio financeiro, mas não é alguém que pode contar emocionalmente:

"O meu marido me ajuda financeiramente, mas é uma pessoa que eu não posso contar pra outra coisa porque ele nunca entende nada." P5

Outros relatos destacam rupturas ou fragilidades no suporte familiar:

"Eu sinto falta do apoio da minha filha, a gente não tem um bom relacionamento". P6
(QATHAS: 92.99; LSNS-6: 12; PA: 120X80)

A centralização dos serviços de saúde também foi questionada, especialmente por P8 e P10, pois sentem-se prejudicadas pela distância e pela limitação da assistência oferecida:

"Uma vez no mês vem a equipe pra cá pra essa escolinha que tá fechada pra fazer atendimento mais não é o suficiente, eles vêm ver os acamados, mas aí a população tem que se deslocar pra ser atendido". P7

Por fim, aspectos como solidão, luto e perdas recentes repercutem no contexto de saúde, evidenciando o comprometimento emocional e o equilíbrio subjetivo, sendo frequentemente citados como fatores que podem contribuir para prejuízos na qualidade de vida:

"Perdi meus pais e uma grande amiga no mesmo ano e eu ainda fico sofrendo por isso". P6

"Eu tinha muita ajuda do meu marido, mas depois que ele faleceu eu não tenho ânimo nem de ir pra igreja, e eu fico tão cansada com os serviços de casa que eu acabo nem tendo vontade de fazer mais nada". P9

Embora essas fragilidades sejam apontadas, os profissionais de saúde foram reconhecidos como pilares de apoio prático e emocional em vários relatos, evidenciando uma relação ambivalente com o sistema de saúde, ora de acolhimento, ora de frustração.

Desse modo, os dados apresentados, nos auxiliam na compreensão de uma maneira mais aprofundada, das experiências territoriais, dinâmicas do suporte social e as barreiras enfrentadas pelos participantes no seu cotidiano.

5 DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa indicaram que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo está significativamente associada a condições sociais, emocionais e territoriais dos participantes. Entretanto, não houve predominância entre as categorias, uma vez que as pontuações estiveram próximas. A predominância do público idoso (29,73% entre 60-69 anos) e a alta frequência de participantes com ensino fundamental incompleto (29,7%) reforçam a necessidade de estratégias adaptadas a populações vulneráveis. Nenhuma categoria apresentou > 50% indicando assim uma distribuição relativamente equilibrada entre os grupos analisados quanto ao nível de instrução. Os resultados quantitativos evidenciam uma prevalência de adesão moderada (67,57%) e demonstrou baixa incidência de participantes com alta adesão (24,32%) e baixa adesão (8,11%) indicando desafios vivenciados por pessoas com hipertensão arterial em contextos de vulnerabilidade. Esse panorama evidencia as múltiplas barreiras que comprometem a continuidade do cuidado, validando estudos que vinculam as fragilidades socioeconômicas à não adesão terapêutica (Resende *et al.*, 2018; Brasil, 2023).

Os dados quantitativos revelaram que 63,51% dos participantes obtiveram escores que apontam alta adesão ao tratamento (90 pontos no QATHAS), em consonância com Santos *et al.* (2021), ao associar laços familiares confiáveis a melhores resultados no controle da HAS. No entanto, apenas 2,7% dos participantes atingiram escores superiores a 100 pontos revelando que mesmo com certo suporte social ainda persistem barreiras relacionadas a fatores que podem dificultar o autocuidado e as orientações terapêuticas, como apontado por Manso *et al.* (2023).

Além disso, parece existir uma relação direta entre adesão ao tratamento e o suporte social, com base na análise conjunta das escalas QATHAS e LSNS-6. Os achados do estudo apontam que mesmo com algumas falhas, a maioria dos participantes mantém certo comprometimento parcial com o tratamento, sendo ele influenciado positivamente pelas redes de apoio. De fato, os participantes com menor adesão apresentavam risco elevado de isolamento social, enquanto os que tinham alta adesão tendiam a ter um suporte social mais consistente, reforçando a ideia de que redes de apoio fortalecidas influenciam no comportamento terapêutico, corroborando assim, a ideia de Oliveira *et al.*, (2021).

Essa relação foi ampliada pela etapa qualitativa, que evidenciou como a rede de apoio seja ela familiar, comunitária ou institucional desempenha um papel central no afeto, pertencimento e vínculos na manutenção e cuidado com a saúde. Participantes que relataram forte conexão com familiares ou vizinhos (P6, P9) apontam que esses vínculos geram

segurança emocional estimulando à continuidade no tratamento, no auxílio prático, como a companhia nas consultas, lembrete das medicações, apoio em situações de fragilidade emocional, sendo esses fatores de motivação na adesão do cuidado. Entretanto, o processo do luto, abandono, fragilidades no vínculo familiar (P5, P9) apresentam-se como fatores de desmotivação, impactando de forma negativa no cuidado validando o argumento de Zanatta *et al.*, (2021) que conectam isolamento social a desfechos negativos em HAS.

Ademais, as narrativas também enfatizaram o território como fator determinante para a experiência com a doença. Insuficiências urbanas como a falta de transporte, deslocamento até os serviços de saúde e falta de grupos de apoio foram mencionados de forma recorrente como barreiras. Estas descobertas estão em consonância com a análise quantitativa, que evidencia uma predominância dos participantes que vivem com um salário mínimo, impactando diretamente na mobilidade e no acesso frequente aos serviços de saúde. Tais barreiras comprometem a eficácia de ações em saúde, especialmente em contextos onde a articulação intersetorial é limitada (Gomes; Vecchia, 2023).

Obstáculos ambientais (rede de esgoto com defeito, mato e lixo acumulados), fragilidades institucionais (falta de informação dos profissionais) e psicossociais (isolamento e sobrecarga emocional) revelam articulação entre situações sociais e comportamentos de saúde. Essas condições produzem um ciclo contínuo de vulnerabilidades como relatados por P9 que relacionam o luto à queda na regularidade das atividades sociais e religiosas, pontos importantes para sua estabilidade emocional.

A relação usuários-profissionais de saúde apresentou dualidade nas narrativas. Apesar de adversidades, foram citados como fonte de suporte emocional e prático de forma recorrente e significativa. Enquanto uns relataram experiências positivas com laços de confiança e acolhimento da equipe (P2,P7), outros criticaram a carência na resolutividade do atendimento e a centralização do cuidado. Essa ambivalência, realça a necessidade da construção de dinâmicas terapêuticas na Atenção Primária conforme defendido por Lima *et al.* (2021) que enfatizam o papel do enfermeiro na articulação do cuidado. A presença efetiva dos profissionais pode reinterpretar as práticas de saúde, principalmente em contextos de vulnerabilidade, onde a confiança na equipe é fundamental para a adesão especialmente quando se trata de municípios de pequeno porte, onde a rotatividade de profissionais é alta.

A experiência metodológica com ecomapas produziu reflexões críticas a respeito das hierarquias no cuidado, uma vez que a hesitação apresentada pelos participantes delegando a tarefa à pesquisadora, reflete em uma compreensão hierárquica do cuidado, onde o profissional é visto como o “detentor do saber”, contrariando assim o princípio de autonomia

que é defendido por Zanatta *et al.* (2021), sugerindo que ferramentas participativas precisam ser adaptadas culturalmente para evitar reproduzir dinâmicas de poder, especialmente quando se tratar de realidades tidas em comunidades de baixa escolaridade.

Dentre as fragilidades apontadas como a ausência de grupos educativos voltados para pessoas com hipertensão arterial (P1) e influência psicoemocional do luto (P9), destacam a necessidade de intervenções pautadas em tecnologias leves, como escuta qualificada e vínculo terapêutico, reforçando a necessidade de abordagens subjetivas no cuidado ao doente crônico, tal como preconizado pela SBC (2021). Essas experiências junto a eventos vitais revelam que perdas principalmente familiares podem minar redes de apoio e impactam diretamente na adesão terapêutica, aspecto esse ainda pouco explorado em estudos epidemiológicos. Nesse sentido, também vale destacar a experiência de P2 que ilustra como relações positivas com profissionais também podem fortalecer a adesão, alinhando-se às recomendações de Barroso *et al.* (2020) sobre humanização do cuidado.

Em suma, os resultados demonstraram que a adesão ao tratamento está fortemente ligada ao suporte social e às condições territoriais dos participantes. A articulação entre os métodos quantitativos e qualitativos viabilizou a compreensão das nuances desse fenômeno, englobando barreiras culturais e estruturais que interferem no autocuidado. Assim, ressalta-se a importância de abordagens integradas, ajustadas ao cenário sociocultural, para intervenções terapêuticas efetivas.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é influenciada diretamente por múltiplos fatores, transcendendo a perspectiva ótica biomédica reconhecendo o cuidado como prática compartilhada e não mera prescrição. A ligação consistente entre suporte social e adesão terapêutica, observada nas análises quantitativas e qualitativas, evidenciam que o comportamento em saúde está intrínseco aos vínculos sociais, nas condições materiais do território e na solidez dos vínculos com os serviços. A predominância de idosos com baixa escolaridade e o risco de isolamento social corroboram a necessidade de estratégias adaptadas a populações vulneráveis.

A abordagem mista mostrou-se adequada para a triangulação dos dados estatísticos corroborados com as narrativas, captando não só os graus de adesão terapêutica, mas também as razões que comprometem ou que fortalecem esses aspectos. O uso dos ecomapas revelou-se inovador ao tornar visíveis redes de apoio geralmente ocultas, contudo, a metodologia participativa enfrentou desafios operacionais e culturais, como a resistência inicial dos participantes na construção dos ecomapas, reflexo de uma visão ainda hierárquica do cuidado em contextos marcados pela desigualdade, apontando assim a necessidade de adaptação de ferramentas participativas e em conformidade com as realidades de baixa escolaridade.

É importante ressaltar que o fortalecimento das redes de apoio formais (UBS, NASF, CAPS) e informais (familiares, vizinhos e comunidades locais) deve configurar um núcleo articulador das intervenções destinadas a estimular a adesão terapêutica. A capacitação contínua das equipes multiprofissionais para a gestão de experiências de perda e luto, uma vez que tais experiências vivenciadas configuram-se como fator limitante ao autocuidado.

Sob a perspectiva das políticas públicas, é necessário garantir a oferta regular dos medicamentos nas UBS, estímulo a iniciativas intersetoriais que minimizem as vulnerabilidades territoriais e integrar indicadores de suporte social e a qualidade de vínculos profissional-usuário nos sistemas de monitoramento da Atenção Primária. Para o campo investigativo, sugere-se a execução de estudos longitudinais que avaliem os efeitos do luto e isolamento para desfechos clínicos da hipertensão, bem como intervenções pautadas em redes comunitárias e adaptação de ferramentas participativas.

As limitações desta pesquisa centraram-se no tamanho amostral que pode impedir a generalização dos dados e por não ter sido operacionalizado a inclusão de todos os participantes na segunda etapa do estudo. Apesar disso, os achados oferecem subsídios para

pesquisas futuras e a criação de intervenções que se aliem ao suporte social qualificado, escuta qualificada e acolhimento emocional. Valorizando as dimensões subjetivas do cuidar, em consonância com os princípios do SUS na promoção da equidade e no respeito à complexidade das trajetórias de vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Erlan Canguçu. **Uso de mensagens de texto na promoção da adesão medicamentosa e na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos: Estudo ESSENCE**. 2023. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, BA. [s.l.: s.n.]. Disponível em:
<<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36962/1/Disserta%3%a7%3%a3o%20-%20Erlan%20Cangu%3%a7u%20Aguiar.pdf>> . Acesso em: 20 jul.2024.
- BARROSO, WKS, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** , São Paulo, v. 116, n. 3, pág. 516-658, março. 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3a. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 37 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf . Acesso 06 jul.2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial: Saúde alerta para a importância da prevenção e tratamento**. Publicado em 26/04/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/hipertensao-arterial-saude-alerta-para-a-importancia-da-prevencao-e-tratamento>. Acesso em 06 jul.2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 100 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protexao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>. Acesso em 06 jul.2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de metodologias participativas para a atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf . Acesso em 06 jul.2024.
- BARROSO, W. K. S. et al. Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516–658, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 06 jul.2024.
- CARVALHO, A. T. F.; RODRIGUES, B. T. **Adesão ao Tratamento Farmacológico e não Farmacológico em Idosos com Hipertensão Arterial: Revisão de Literatura**. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73197> . Acesso em: 4 dez. 2023.
- CHAN, S. C. Y. et al. The psychometric properties of the Lubben Social Network Scale (LSNS-6) and its associations with well-being indicators in Hong Kong older adults.

Australasian Journal on Ageing, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 683–689, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajag.13214> .Acesso em: 16 jul.2024

CHIABAI, Rafael Angelo Ribeiro. **Prevalência de Hipertensão e Adesão a Medicamentos de Controle Pressórico em Adultos e Idosos**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus de Passo Fundo, Passo Fundo, RS. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4119/1/TCC%20RAFAEL%20CHIABAI.pdf>. Acesso em: 15 dez.2023.

COELHO, Juliana Chaves et al. Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e19282022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022> Acesso em: 25 abr. 2024.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Grupo A Educação SA Company. 2. e d. ed. [S.l: s.n.],[19--?].

GARCIA, CS et al. Apoio social para pacientes submetidos a transplante de fígado em um Hospital Público Universitário. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 35, 17 fev. 2018. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12955-018-0863-5.pdf> . Acesso em 04 dez. 2023.

GIL, Antônio. Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 672 p.

GOMES, Thaís B.; VECCHIA, Maria Dolores. Genograma e ecomapa ampliados como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial. **Revista Pesquisa Qualitativa** , v. 11, n. 28, pág. 710–727, 2023. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.28.658> Acesso em: 04 dez. 2023.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, M. del P. **Metodologia de pesquisa**. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

HULLEY, S. B. et al. **DELINEANDO A PESQUISA CLÍNICA**. Tradução: MICHAEL SCHMIDT DUNCAN; Tradução: ANDRÉ GARCIA ISLABÃO. 4. e d. ed. [2015] ARTMED, [s.d.].

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/aracoiaba.html>. Acesso em 10 abr.2025.

LIMA, A. K. L., et al. Atuação da enfermagem na prevenção da hipertensão arterial. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Maringá, v. 13, e20210009, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7373.2021>. Acesso em: 04 maio. /2024.

LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. **Family & Community Health**, v. 11, p. 42-52, 1988.

LUBBEN, J.; BLOZIK, E.; GILLMANN, G.; ILIFFE, S.; VON RENTELN KRUSE, W.; BECK, J. C.; STUCK, A. E. **Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations.** *Gerontologist*, v. 46, n. 4, p. 503–513, 2006. Disponível em: https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS_website_PDF.pdf Acesso em: 29 maio 2025.

MANSO, Vitoria Jabre Rocha et al. **Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área com grande vulnerabilidade social.** 2023. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59260> . Acesso em: 04/05/2025

MOREIRA DOS SANTOS, Jayne; JUNIOR PINTO DO CARMO, Thaynan; FERREIRA SANTANA DE MELO, Thárcila Graciely. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE EM HIPERTENSÃO: uma revisão de literatura.** 2023. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/120da6c1-2c0b-469f-8fa4-ecd167860c6c> . Acesso em: 04 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Hipertensão.** 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> . Acesso em: 26 jan. 2024.

RESENDE, A. K. M., et al. Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2546-2554, out./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236078p2546-2554-2018> . Acesso em 04 maio 2024.

RIBEIRO, O., TEIXEIRA, L., DUARTE, N., AZEVEDO, M. J., ARAÚJO, L., BARBOSA, S., & PAUL, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 15 (Especial 11), p. 217–234. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p217-234>. Acesso em: 04/ maio 2024.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; ANDRADE, Dalton Francisco de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista de saude publica**, v. 48, p. 232-240, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044> . Acesso em 25 abr. 2024.

SANTOS, P. A. DOS; RUSCHEL, P. P.; PFEIFER, P. M. Apoio Social e Coping em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 24, n. 2, p. 151–162, 31 jul. 2021. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v24n2/13.pdf> . Acesso em 25 abr. 2024.

SANTOS, Romário Correia et al. Fatores que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial: uma abordagem a partir do genograma e ecomapa. **Revista de APS** , v. 1, 2021. Disponível em: **DOI:** <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.32569>. Acesso em 25 abr. 2024.

JULIÃO, Nayara Abreu; SOUZA, Aline de; GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. 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. disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>
Acesso em: 25 abr. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf> . Acesso em: 15 jul. 2024.

SOUZA, A. A. DE et al. Acolhimento e o uso de genograma e ecomapa pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Enfermagem na Promoção e Prevenção da Saúde**, p. 31–46, 2022. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220809764.pdf> . Acesso em 14 jul.2024

VASCONCELOS, T. R. S.; SILVA, J. S.; MIRANDA, L. N. Fatores associados à não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: Uma revisão integrativa de literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 4, n. 2, p. 385-396, 2017.

WHO. **Non communicable diseases**. 2021. who.int. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> . Acesso em: 26 de jan. 2024.

ZANATTA, Cleia et al. Bem-estar psicológico e percepção de suporte social: uma análise sobre idosos e a pandemia covid 19. **Revista Valore**, v. 6, p. 120-135, 2021 Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/1024/815> Acesso em: 17 jun. 2024

APÊNDICE A - PANFLETO DE DIVULGAÇÃO

SUA SAÚDE, NOSSA PESQUISA: PARTICIPE E FAÇA A DIFERENÇA!

Você tem **hipertensão** e está **em tratamento há mais de 6 meses?**



Então, **convidamos você a participar** da nossa pesquisa sobre Hipertensão e Suporte Social!

Ela tem como objetivo:



- Compreender como o **apoio familiar e social influencia o sucesso** do tratamento contra a hipertensão.
- Identificar **formas de melhorar o atendimento aos pacientes hipertensos**, considerando o apoio social.

Sua participação é importante para:



- Contribuir para o **avanço do conhecimento sobre a hipertensão** e o apoio social.
- Ajudar a desenvolver **melhores estratégias de tratamento** para a hipertensão.
- **Melhorar o seu próprio atendimento** durante as consultas de rotina

Se você estiver interessado em participar, **entre em contato comigo, ou com a sua Agente comunitária de Saúde** durante a visita domiciliar.

Participe! Sua contribuição é fundamental para a saúde da população!

Nome da pesquisa: SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisadora: Karoline Martins Graduanda em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dra. Huana Carolina

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Huana Carolina Cândido Morais, professora do curso de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Ceará, gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa: **SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, cujos dados serão coletados pela acadêmica Maria Karoline Sampaio Martins.

Nosso objetivo é analisar a relação entre suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde. Ou seja, como o apoio que o(a) Sr(a). percebe ou recebe de seus familiares, amigos ou outras pessoas se relaciona com seu seguimento ao tratamento contra a hipertensão arterial (pressão alta que precisa de tratamento). Caso queira participar, o(a) Sr(a). deverá ter 18 anos ou mais, ter sido diagnosticado com hipertensão arterial, há pelo menos 6 meses, e ser acompanhado na atenção primária do município de Aracoiaba, em uma das três unidades básicas de saúde selecionadas.

Está sendo solicitado que o(a) Senhor(a) responda a perguntas abertas e fechadas, para medirmos seu grau de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e o suporte social recebido e percebido. Serão feitas perguntas sobre: 1) dados gerais (idade, sexo, nível de instrução, renda familiar, ocupação, estado civil e composição familiar); 2) perguntas relacionadas a sua adesão, ou seja, o cumprimento das recomendações para o tratamento da hipertensão arterial; 3) perguntas para verificar seu suporte social percebido e recebido. Além disso, serão verificados seu peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial, usando os materiais da própria UBS onde o(a) Sr(a). costuma ser atendido. O tempo estimado para participar dessa etapa do estudo é de, aproximadamente, 30 minutos.

Caso seu nível de adesão ao tratamento da hipertensão arterial seja muito alto ou muito baixo, o(a) Sr(a). poderá ser convidado para participar da segunda etapa do estudo, que será uma entrevista para entendermos seu suporte social. Essa entrevista ocorrerá em sua casa, em dia e horários previamente agendados, e será solicitado que o(a) Sr(a). desenhe um mapa, com a ajuda da pesquisadora, apontando sua rede de suporte social. O tempo estimado para participar dessa etapa do estudo é de, aproximadamente, 60 minutos.

Vale ressaltar que, a pesquisa envolverá riscos, como exposição dos dados e cansaço ou ansiedade no momento de responder as perguntas ou na verificação dos seus dados antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura) ou da pressão arterial, entretanto todos os cuidados serão tomados para evitar qualquer desconforto. Os cuidados são: será respeitada sua vontade para continuar ou interromper a entrevista, ou não responder a perguntas consideradas constrangedoras, ou não realizar a mensuração dos dados antropométricos e da pressão arterial. Será ressaltado que não existem respostas certas ou erradas e que o(a) Sr(a) não estará sendo socialmente julgado pelos seus resultados. Será garantido um ambiente reservado para aplicação dos formulários e mensuração dos dados físicos, com sala ampla e de acesso reservado para o(a) Sr(a) e a pesquisadora, serão fornecidos todos os esclarecimentos para dúvidas que possam surgir.

As respostas do o(a) Sr(a) serão registradas em um banco de dados virtual, em segurança, que não irá conter seu nome para que não possamos saber quem deu as respostas. Assim, pedimos que seja honesto(a) ao responder, pois o sigilo está garantido. Isso significa que todas as informações sobre o(a) Senhor(a) são confidenciais e não poderão ser usadas para objetivos diferentes dos desta pesquisa. Todos os dados que possam lhe identificar de Rubrica da pesquisadora e Rubrica/Digital do Participante _____ alguma maneira serão transformados em códigos para que fique anônimo(a) em qualquer análise realizada.

Ressalta-se que, em se tratando de uma pesquisa coletada com uso de meios virtuais, os pesquisadores não podem assegurar a total segurança dos participantes quanto à confidencialidade dos dados. Como forma de minimizar essa possibilidade de exposição dos

dados, todos os questionários serão baixados num dispositivo local (tipo pen-drive ou disco rígido externo) para posterior análise, sendo apagados todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem", minimizando os riscos de permanência de qualquer dado confidencial na internet. No entanto, os pesquisadores não podem assegurar a confiabilidade das plataformas online quanto à violação de normas de segurança e confidencialidade, fugindo, portanto, ao controle dos mesmos, esse controle.

O(A) Senhor(a) pode se recusar a responder perguntas que não se sinta bem ou pode desistir de participar se ficar cansado durante o preenchimento do formulário. O(A) Senhor(a) tem direito de não responder àquelas que não desejar ou de parar a coleta dos dados a qualquer momento.

Lembre-se que sua participação na pesquisa é voluntária, não gerará custos e não implica em nenhum compromisso financeiro entre o(a) Senhor(a), nossa equipe e a instituição responsável pela pesquisa (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB). Sinta-se completamente livre para não participar ou por optar, quando quiser, pelo encerramento de sua participação sem qualquer prejuízo.

Esta pesquisa tem benefícios, pois permite informar para o participante como está sua adesão terapêutica e quais pontos podem ser otimizados, além de compreender a relação entre essa adesão ao tratamento anti hipertensivo e o suporte social, permitindo uma maior conscientização sobre a necessidade desse apoio. Para os profissionais de saúde, permite informações para a construção de planos de cuidados individualizados, que envolvam familiares, amigos e os próprios profissionais de saúde e apontem a importância desse suporte para que as pessoas com hipertensão arterial sigam o tratamento e não desenvolvam complicações, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e otimizando os recursos do sistema de saúde. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de trabalhos científicos (artigos, livros etc.) e divulgados em linguagem acessível para a população.

Fique à vontade para entrar em contato com a nossa equipe de pesquisa para tirar dúvidas a qualquer momento. Contate-me como responsável pela pesquisa: Nome: Huana Carolina Cândido Morais. Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Endereço: Avenida da Abolição, 3. Centro. CEP: 62.790-000. Telefone para contato: (85) 3332-1414. E-mail: huanacarolina@unilab.edu.br

Ainda, se o(a) Senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro, CEP: 62.790-000, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: (85) 3332 6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

Agradecemos a atenção e sua valiosa colaboração!

Rubrica da pesquisadora e Rubrica/Digital do Participante _____

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após esclarecido pela pesquisadora, e tendo compreendido tudo o que me foi esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Aracoiaba, ____ de _____ 2024.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante da Pesquisa



Digital

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA E DESENHO DO ECOMAPA

A abordagem inicial durante a visita ao domicílio incluirá a recapitulação do coeficiente dos formulários anteriores e uma melhor explicação dos resultados obtidos independentemente de indicarem baixa ou alta adesão. Após esse momento inicial a pesquisadora seguirá tópicos norteadores para direcionar a conversa, focando nos principais pontos para compreender o suporte social e desenhar o ecomapa.

O ecomapa será desenhado no papel pela pesquisadora (se assim for a vontade do participante) ou por ele mesmo. Ao final a pesquisadora fará uma recapitulação de toda a conversa e por meio da legenda previamente criada, buscará entender como esse participante se comporta e se desloca dentro do desenho, quais vínculos são mais fortes e quais são mais fracos, quais dificuldades ele encontra de acesso entre outros. Essa recapitulação facilitará a reflexão do participante sobre suas fragilidades e o entendimento de como seu comportamento e as pessoas ao seu redor podem influenciar no seu processo de saúde.

Tópicos para orientar a segunda etapa do estudo:

Tópico 1 - Entendendo a casa e o bairro onde está situado.

- O bairro, suas redondezas e seus vizinhos.
- Funcionamento dos serviços, saneamento e localização.

Tópico 2 - Entendendo a assistência social e de saúde disponível nos arredores da residência.

- Serviços ou centros de atendimento comunitários próximos a você

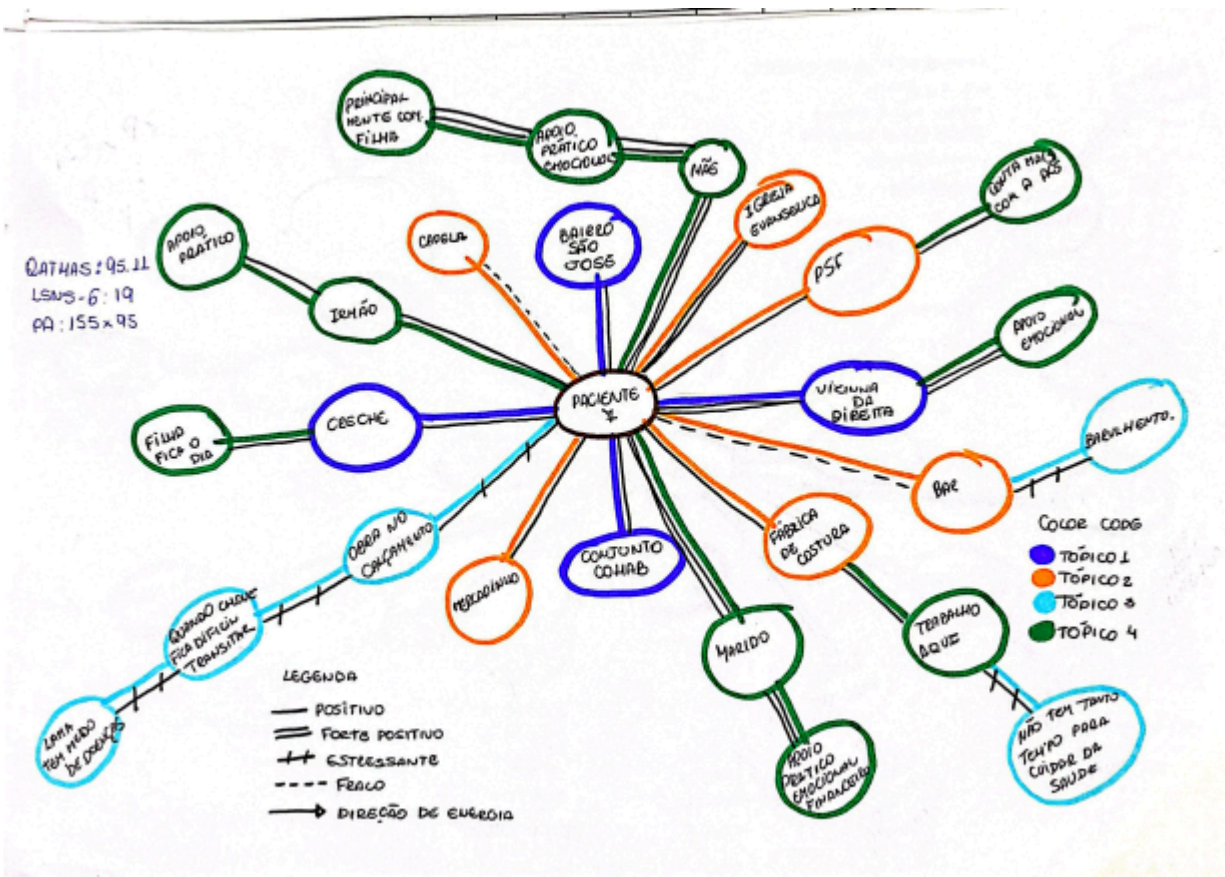
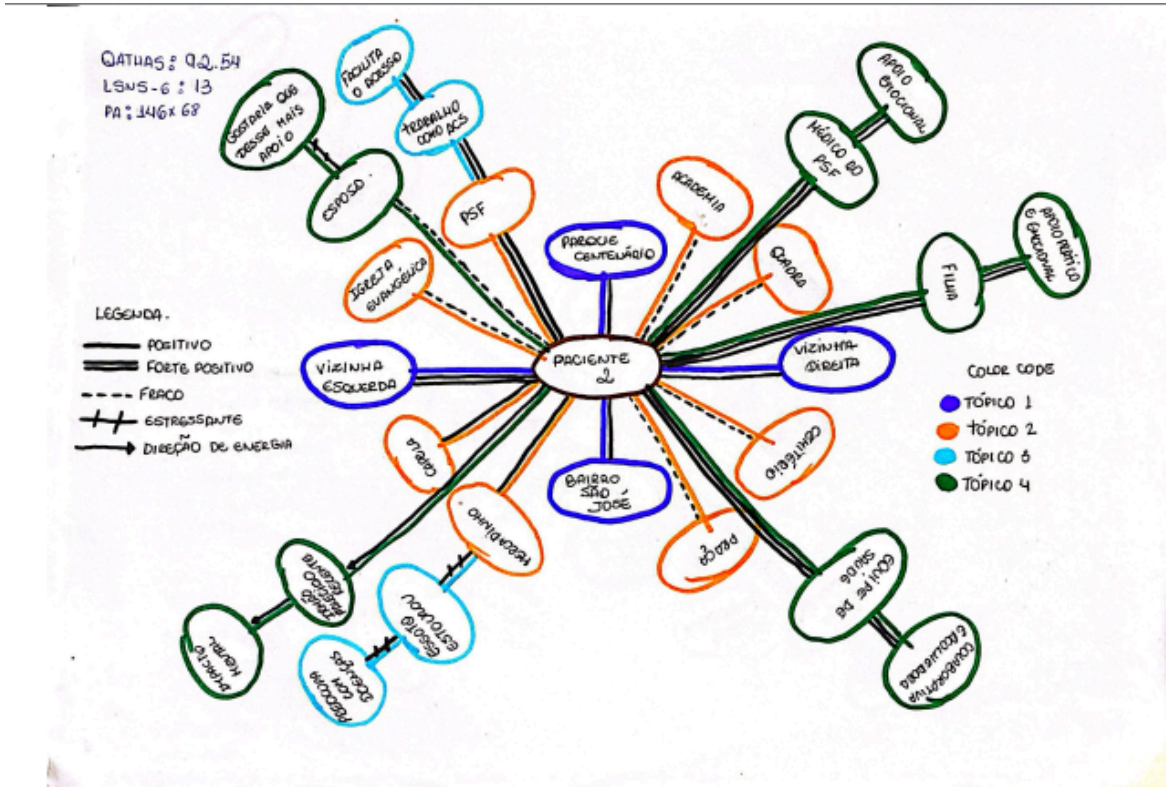
Tópico 3 - Entendendo as barreiras de acesso.

- Dificuldades e barreiras de acesso são individuais ou coletivas
- Frequência de visita e utilização dos serviços.
- Impactos na saúde e bem-estar social.

Tópico 4 - Entendendo as potencialidades ou fragilidades da convivência (Suporte Social Percebido)

- Apoiadores
- Tipos de apoio
- Carências percebidas
- Impactos na saúde e bem estar psicológico

APÊNDICE D - EXEMPLOS DE ECOMAPAS



ANEXO A (QUESTIONÁRIO QATHAS)**- Identificação**

Nome

Endereço:

- Dados Sócio-Demográficos

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:

Nível de Instrução: () Analfabeto- Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo - Ensino Médio Incompleto () Ensino médio completo () Ensino Superior Completo ou mais

Ocupação:

Renda Familiar (R\$):

Estado civil: () Casado (a)/União estável () solteiro(a) () Viúvo(a) () Desquitado(a)/Divorciado(a)

Nº de pessoas que residem em sua casa:

- Dados Clínicos

Pressão arterial sistólica (PAS):

Pressão arterial diastólica (PAD):

Peso (em quilogramas):

Altura (em metros):

Circunferência Abdominal - CA (em centímetros):

- Questionário

1- Alguma vez deixou de tomar sua medicação para a HAS:

- () sim, ao menos 1 vez ao dia
- () sim, ao menos 1 vez por semana
- () sim, ao menos 1 vez por mês
- () sim, ao menos 1 vez por ano
- () não

2- Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS conforme a dose prescrita?

- () sim, ao menos 1 vez ao dia
- () sim, ao menos 1 vez por semana

sim, ao menos 1 vez por mês

sim, ao menos 1 vez por ano ou nunca

3- Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS nos horários estabelecidos?

sim, ao menos 1 vez ao dia

sim, ao menos 1 vez por semana

sim, ao menos 1 vez por mês

sim, ao menos 1 vez por ano ou nunca

4- Faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma?

sim

não

5- Seguir o tratamento medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?

não

sim

6 - Ao iniciar o tratamento para a HAS, diminuiu o sal da alimentação?

não

sim, reduzi à terça parte

sim, reduzi à metade

sim, como praticamente ensosso

sempre fiz uso de uma alimentação pobre de sal

7- Ao iniciar o tratamento para a HAS, diminuiu a gordura da alimentação?

não

sim, reduzi à terça parte

sim, reduzi à metade

sim, como praticamente sem gordura

sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gordura

8- Ao iniciar o tratamento para a HAS, passou a preferir o consumo de carnes brancas (aves, peixe)?

não

sim, consumo carne branca até 03 vezes na semana

sim, consumo carne branca 04 ou mais vezes na semana

sempre consome carnes brancas no mínimo 4 vezes por semana

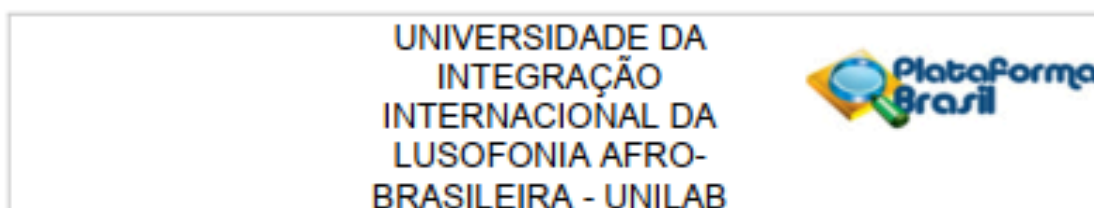
9- Ao iniciar o tratamento para a HAS, diminuiu o uso de doces e bebidas com açúcar?

- não
 - sim, reduzi à terça parte
 - sim, reduzi à metade
 - sim, como praticamente sem açúcar/doce
 - sempre fiz uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar
- 10 - Com o início do tratamento para a HAS, passou a realizar 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo, musculação, hidroginástica, pilates, corrida)?
- não
 - sim, menos de 3 vezes por semana
 - sim, de 3 a 5 vezes por semana
 - sim, mais de 5 vezes por semana
 - sempre fiz exercício físico pelo menos 3 vezes por semana
- 11- Seguir as mudanças no estilo de vida, que são o tratamento não medicamentoso da HAS, tornou-se uma rotina em sua vida?
- não
 - sim
- 12- Comparece às consultas agendadas para o tratamento da HAS?
- não
 - sim

QATHAS- Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fonte: Rodrigues, Moreira e Andrade (2014)

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUPORTE SOCIAL E ADEÇÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Huana Carolina Cândido Morais

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82034424.8.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.113.727

Apresentação do Projeto:

Resumo da proposta submetida à análise:

INTRODUÇÃO: O estudo pretende investigar como o suporte social pode influenciar na adesão à terapia anti-hipertensiva, objetivando o desenvolvimento de estratégias eficazes para a melhora na adesão ao tratamento bem como os resultados de saúde em pacientes hipertensos. Nesse contexto, salienta-se a importância do suporte social percebido e recebido no comportamento do paciente em relação ao tratamento, especialmente considerando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). **OBJETIVOS:** Analisar a relação entre suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde. **MÉTODO:** O estudo emprega métodos mistos, que inclui etapas quantitativas (transversal e descritiva) e qualitativas (exploratória com análise de conteúdo). A fase inicial envolve a coleta de dados qualitativos sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e suporte social em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Baturité, com amostra estimada de 150 participantes. Na segunda fase para a obtenção dos dados qualitativos, serão realizadas entrevistas e elaboração de ecomapas, visando explorar o suporte social e sua influência na adesão ao tratamento, estimam-se 15 participantes. Os dados serão analisados por estatística descritiva e

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro: Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-6190 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB



Continuação do Parecer: 7.113.727

Inferencial, enquanto para a entrevista será realizada análise de conteúdo, segundo Bardin. O estudo seguirá a Resolução 466/12, garantindo consentimento informado, anonimato e sigilo. A coleta de dados se dará após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. A pesquisa envolve riscos mínimos e oferece benefícios ao informar ao participante sobre o autogerenciamento da sua saúde e o fortalecimento do suporte social.

¿ Arquivo: PB_Informações Básicas do Projeto_ 2382009 ¿ Página_02

Natureza da Proposta:

Graduação ¿ Monografia: Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo(s):

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre suporte social e adesão terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde.

Objetivo(s) Secundário(s): - Mensurar os níveis de adesão terapêutica anti-hipertensiva e de suporte social percebido e recebido por pacientes com hipertensão arterial acompanhados na atenção primária.

- Verificar a existência de associação estatística entre os níveis de adesão terapêutica anti-hipertensiva e de suporte social percebido e recebido.

- Explorar as barreiras e facilitadores relacionados ao suporte social entre pacientes com diferentes níveis de adesão ao tratamento antihipertensivo.

¿ Arquivo: PB_Informações Básicas do Projeto_ 2382009 ¿ Página_03 e 04

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi citada a possibilidade de ocorrência de riscos inerentes a pesquisa, há descrição de medidas e cuidados destinados a prevenção e/ou redução de possíveis riscos/desconfortos e de

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo B, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro: Centro, Redenção CEP: 62.790-000
UF: CE Município: REDENCAO
Telefone: (85)3332-8190 E-mail: cep@unilab.edu.br