

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCELO GOMES BARREIRA

**EFETIVIDADE DE MENSAGENS DE ÁUDIO VIA APLICATIVO MÓVEL
NO APOIO À ADESÃO À INTERVENÇÃO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Redenção-CE
2026**

MARCELO GOMES BARREIRA

**EFETIVIDADE DE MENSAGENS DE ÁUDIO VIA APLICATIVO MÓVEL
NO APOIO À ADEÇÃO À INTERVENÇÃO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família – RENASF,
UNILAB, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde
da Família.

Orientador: Prof. Dr. Jairo Domingos de
Moraes

Co-Orientador: Prof. Dr. Gilvan Ferreira
Felipe

Área de concentração: Saúde da Família;

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde,
Promoção da Saúde e Saúde Coletiva.

Eixo: Epidemiologia

**Redenção-CE
2026**

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

Barreira, Marcelo Gomes. B271e

Efetividade de mensagens de áudio via aplicativo móvel no apoio à adesão à intervenção de pacientes com hipertensão arterial / Marcelo Gomes Barreira. - Redenção, 2026.

68f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Programa de Pós-graduação em Saúde Da Família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2026.

Orientador: Prof. Dr. Jairo Domingos de Moraes.

Coorientador: Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe.

1. Hipertensão arterial. 2. Adesão. 3. Saúde da família. I.
Título

CE/UF/BSCA

CDD 616.132

MARCELO GOMES BARREIRA

**EFETIVIDADE DE MENSAGENS DE ÁUDIO VIA APLICATIVO MÓVEL NO APOIO
À ADEÇÃO À INTERVENÇÃO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família – RENASF,
UNILAB, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde
da Família.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jairo Domingos de Moraes

UNILAB – Orientador

Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe

UNILAB – Co-orientador

Profa. Dra. Larissa Coutinho de Lucena

UEPB – Membro Externo

Profa. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi

UNILAB – Membro Interno

Suplente:

Profa. Dra. Leidiane Minervina Moraes de Sabino

UNILAB – Membro Interno

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, à Deus, pois se não fosse Ele, não teria conseguido entrar no PPGSF da RENASF, pela nucleadora UNILAB, muito menos não estaria conseguindo dar continuidade a essa etapa da minha vida acadêmico, em meio a outros compromissos que tanto exigem de mim.

À minha família. Minha esposa e meus filhos tão amados, que são meu suporte, meu porto seguro e que, todos os dias, inspiram-me, encoajam-me e ensinam-me a buscar, sempre, a ser melhor ser humano, homem, pai, esposo, filho e profissional.

A meus pais, que são a minha base, onde tudo começou. Agradeço-os pelo exemplo, pela firmeza da criação e pela transmissão dos valores, que hoje, mais do que nunca, são tão caros à sociedade.

Às profissionais que compoem a unidade de atenção primária à saúde a qual faço parte, por sempre terem sido parceiras, ajudando-me nas atividades de dispersão em que eu precisava da contribuição delas, mesmo em meio aos compromissos profissionais e familiares de cada uma.

Ao Prof. Jairo, pela dedicação, pela paciência e pela incrível humanidade de entender a minha ausência e o meu silêncio, em certos momentos, nas atividades do mestrado por conta de compromissos profissionais externos que estavam tomando muito o meu tempo, a minha dedicação e a minha saúde. Essa caminhada com o senhor foi ensinamento, foi exemplo de como ser profissional e de como fazer ciência e educação.

À turma do mestrado, com quem tive a oportunidade de conviver, de rir e de aprender por meio de cada fala, de cada relato e de cada atividade em grupo. Vocês, para mim, foram um apoio importante nesta caminhada.

À RENASF por proporcionar a nós, trabalhadores da atenção primária do SUS, a possibilidade de uma qualificação de excelência, que transcende os bancos e as paredes da universidade, refletindo diretamente na mudança de visão, de entendimento e de atitudes no acolhimento e na prestação do serviço na ponta da porta de entrada do SUS.

À UNILAB, instituição que me acolheu tão bem e onde eu me sinto pertencente e integrado à ela, inexplicavelmente. Obrigado por ser essa mãe para cada um de nós e, em especial, para mim.

“A persistência é o caminho do êxito.”
(CHARLES CHAPLIN).

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial (HA) é uma Doença Cardiovascular (DCV) e têm como fatores determinantes o envelhecimento, a globalização, a urbanização, a obesidade e a falta de atividade física. O sucesso do tratamento anti-hipertensivo conta com alguns fatores impeditivos para a adesão, como a dificuldade em mudar o estilo de vida, a falta de informação, o não cumprimento das dietas e os vícios etílicos e/ou tabagistas. A digitalização e a tecnologia tão presentes na vida humana podem contribuir para os cuidados em saúde, engajando o paciente na adesão ao tratamento.

OBJETIVO: Avaliar a efetividade de mensagens de áudio de aplicativo móvel no apoio a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

METODOLOGIA: Estudo quase experimental do tipo cross-over, realizado de julho a dezembro de 2025, na localidade Uruquê, município de Quixeramobim. A localidade conta com 2660 habitantes, dos quais 305 são diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica, resultando em uma amostra final de 74 participantes. Por conta não adesão de todas as ACS's da área, o estudo foi realizado com 57 participantes. Foram os critérios de inclusão: idade igual a 18 anos ou superior; diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos um ano; estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial há pelo menos seis meses; posse de aparelho celular de uso pessoal e com acesso à internet; apresentar habilidade auditiva, comprovada por reprodução falada de mensagem enviada pela equipe da pesquisa com os dizeres "MENSAGEM DE TESTE PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA HIPERTENSÃO EM ALERTA". O grupo foi submetido questionários de adesão, sociodemográfico e clínico, com o intuito de identificar o perfil dos pacientes hipertensos assistidos pela equipe de atenção primária à saúde da localidade Uruquê. **RESULTADOS:** a maioria da população pesquisada era do gênero feminino (82%), com idade média de 57 anos, casada (54%), alfabetizada (86%), não exerce atividade laboral (65%) e com renda de até dois salários-mínimos (79%). No pós-intervenção não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas medidas antes-depois de pressão arterial (131/82.05mmHg – 131.33/82.47mmHg), peso corporal (74.53Kg – 75.46Kg) e circunferência abdominal (99.98cm – 99.28cm), mas foi observada redução de participantes que relataram deixar de tomar a medicação (26,8%), queda significativa na frequência de falha na dose (12,5%), aumento no acompanhamento das consultas de controle da hipertensão arterial sistêmica (100%) e manutenção de bons hábitos alimentares.

CONCLUSÃO: Os resultados deste estudo reforçam a efetividade das tecnologias digitais de comunicação como ferramentas de apoio e adesão ao cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde. Investigações futuras com delineamentos experimentais, maior número de participantes e períodos mais longos de acompanhamento são recomendadas para aprofundar a compreensão sobre o impacto dessas intervenções nos desfechos clínicos e comportamentais relacionados ao controle da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Adesão; Saúde da Família.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Arterial Hypertension (AH) is a Cardiovascular Disease (CVD) influenced by determinants such as aging, globalization, urbanization, obesity, and physical inactivity. The success of antihypertensive treatment is often hindered by factors that compromise adherence, including difficulties in lifestyle modification, lack of information, noncompliance with dietary recommendations, and alcohol and/or tobacco use. In this context, the increasing presence of digital technologies in daily life may contribute to healthcare by promoting patient engagement and adherence to treatment. **OBJECTIVE:** To evaluate the effectiveness of audio messages delivered through a mobile application in supporting adherence to antihypertensive treatment. **METHODS:** This was a quasi-experimental crossover study conducted from July to December 2025 in the Uruquê community, located in the municipality of Quixeramobim, Brazil. The locality has 2,660 inhabitants, of whom 305 are diagnosed with systemic arterial hypertension, resulting in an initial sample of 74 participants. Due to incomplete adherence of community health agents, the final sample consisted of 57 participants. Inclusion criteria were: age ≥ 18 years; medical diagnosis of hypertension for at least one year; undergoing antihypertensive drug treatment for at least six months; ownership of a personal mobile phone with internet access; and adequate hearing ability, confirmed through verbal reproduction of a test message sent by the research team. Participants completed adherence, sociodemographic, and clinical questionnaires to characterize the profile of hypertensive patients assisted by the local primary healthcare team. **RESULTS:** The majority of participants were female (82%), with a mean age of 57 years; most were married (54%), literate (86%), not engaged in paid work (65%), and had a monthly income of up to two minimum wages (79%). Post-intervention analysis showed no statistically significant differences in blood pressure (131/82.05 mmHg vs. 131.33/82.47 mmHg), body weight (74.53 kg vs. 75.46 kg), or abdominal circumference (99.98 cm vs. 99.28 cm). However, there was a reduction in the proportion of participants reporting missed medication doses (26.8%), a significant decrease in dose omission frequency (12.5%), increased attendance at hypertension follow-up appointments (100%), and maintenance of healthy dietary habits. **CONCLUSION:** The findings reinforce the effectiveness of digital communication technologies as supportive tools for improving adherence to care among individuals

with systemic arterial hypertension in Primary Health Care. Future studies with experimental designs, larger sample sizes, and longer follow-up periods are recommended to further explore the impact of such interventions on clinical and behavioral outcomes related to hypertension control.

keywords: Hypertension; Adherence; Family Health.

LISTA DE FIGURA

Figura I – Fluxograma Etapas da Pesquisa

36

LISTA DE QUADRO

Quadro I – Comparativo (DBAH 2020 X DBAH 2025) Classificação da PA de acordo com medição em consultório, a partir dos 18 anos de idade 24

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra no momento pré-intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026. 39
- Tabela 2 – Perfil clínico, terapêutico e de acompanhamento em saúde no momento pré-intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026. 40
- Tabela 3 – Comparação dos desfechos clínicos e de adesão antes e após a intervenção educativa de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026. 41
- Tabela 4 – Mudanças nos comportamentos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (variáveis binárias) antes e após a intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026. 41
- Tabela 5 – Análise bivariada dos fatores associados à melhora da adesão ao tratamento ($\Delta QATHAS > 0$) de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026. 42
- Tabela 6 – Modelo multivariado ajustado (ANCOVA) para o escore de adesão ao pós-intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026. 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCV	Doença Cardiovascular
HA	Hipertensão Arterial
PA	Pressão Arterial
PNAD	Pesquisa Nacional de Saúde por Amostra de Domicílios
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
LOA	Lesões de Órgãos Alvo
AMPA	Automedicação da PA
MAPA	Monitorização Ambulatorial da PA
MRPA	Monitorização Residencial da PA
HM	Hipertensão Mascarada
HAB	Hipertensão do Avental Branco
HS	Hipertensão Sustentada
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
AVE	Acidente Vascular Encefálico
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
FGV	Fundação Getúlio Vargas
SMS	Short Message Service
ACS	Agente Comunitário de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
QATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

LISTA DE SÍMBOLOS

$\leq$	Menor ou igual a
$\geq$	Maior ou igual a
$<$	Menor que
%	Porcentagem
R\$	Reais
®	Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS.....	21
3.0	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Hipertensão Arterial (HA).....	22
3.1.1	<i>Definição e Classificação.....</i>	<i>22</i>
3.1.2	<i>Prevalência e Fatores de Risco.....</i>	<i>25</i>
3.1.3	<i>Adesão ao Tratamento da HA.....</i>	<i>27</i>
3.2	Mensagens de Texto e Promoção da Adesão ao Tratamento.....	29
4.0	METODOLOGIA.....	32
4.1	Tipo de Estudo.....	32
4.2	Local do Estudo.....	32
4.3	População e Amostra do Estudo.....	33
4.4	Coleta de Dados.....	34
4.5	Programa Hipertensão em Alerta.....	36
4.6	Análise dos Dados.....	37
4.7	Aspectos Éticos.....	38
5.0	RESULTADOS.....	39
6.0	DISCUSSÃO.....	45
7.0	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO I – Questionário de Adesão.....	54
	ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP.....	56
	APÊNDICE I – Banco de Mensagens	60
	APÊNDICE II – Questionário Sociodemográfico	64
	APÊNDICE III – Questionário Clínico	66
	APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68

1.0 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV's) têm como alguns de seus fatores determinantes o envelhecimento populacional, a globalização, a urbanização, o aumento da obesidade e a falta de atividade física. Nas últimas décadas, felizmente, houve significativa redução na mortalidade por essas condições em todos os estados brasileiros. Entretanto, há muito ainda a ser feito, tendo em vista a desigualdade nos números, que está relacionada a problemas de estrutura e recursos na saúde, bem como os baixos níveis socioeconômico e cultural da população (Polanczyk, 2020).

Dentre as DCV's mais conhecidas, e por se tratar de uma condição habitualmente assintomática, a Hipertensão Arterial (HA) deve ser avaliada, invariavelmente, em todo atendimento médico, devendo suas medidas de pressão arterial (PA) serem mensuradas em intervalos regulares e com frequência compatível com a classificação da PA (Barroso et al., 2020).

A HA envolve alteração dos mecanismos que regulam a PA no contexto da normalidade para o equilíbrio da saúde humana. A elevação da PA interfere na saúde dos indivíduos, de forma direta, podendo ter consequências danosas à saúde e alterações na qualidade de vida (Farias et al., 2022).

O aumento da prevalência da HA tem um forte impacto na vida humana, uma vez que diversos outros fatores somados ao envelhecimento da população contribuem significativamente para sua elevação, desde o estilo de vida sedentário até hábitos não saudáveis, como dieta rica em alimentos processados, etilismo e tabagismo (Filho et al., 2024).

Os alimentos consumidos definem a saúde, o crescimento e o desenvolvimento das pessoas bem como comportamentos de risco, como o consumo de álcool e de tabaco, além do sedentarismo, podendo modificar os resultados de saúde para o bem ou para o mal. Além de tudo isso, os fatores sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos podem agravar os problemas de saúde da população, a menos que sejam tomadas medidas enérgicas favoráveis à saúde (OMS, 2002).

Frequentemente, a HA é assintomática e costuma afetar órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos, ocasionando alterações estruturais e funcionais, que podem ser fatais ou não, impactando, significativamente, nos custos médicos e socioeconômicos (Barroso et al., 2020). Informações provenientes de sistemas

confiáveis transparentes e reprodutíveis são de extrema importância no direcionamento das estratégias de enfrentamento dessas doenças. A análise e tendências de mortalidade é fundamental no desenvolvimento efetivo de políticas de saúde, de seguridade social, de investimentos, entre outras (Polanczyk, 2020).

Aproximadamente 38 milhões de adultos com idade superior a 18 anos, no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2019, referem diagnóstico clínico para HA (IBGE, 2019). A partir dos anos 2000, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocorreu uma importante redução das iniquidades em saúde, além da facilidade do acesso aos serviços e tratamentos ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS), dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Julião et al., 2021).

A indicação para o tratamento ser medicamentoso ou não vai depender dos valores dos níveis pressóricos e do risco cardiovascular do paciente, porém é recomendado a todos os pacientes com HA o tratamento não-medicamentoso, que consiste no controle dos fatores de risco (Brasil, 2021).

Havendo a necessidade do tratamento medicamentoso, o paciente deve ser orientado acerca de algumas informações, como a importância do uso contínuo da medicação, possível necessidade de ajuste da dose durante o tratamento, a troca da medicação ou a associação dela com outras, e o eventual risco do surgimento de efeitos adversos. O esquema terapêutico baseado em apenas uma substância é a estratégia anti-hipertensiva para pacientes com HA em estágio inicial, mas isso pode mudar, dependendo da meta a ser atingida e do tipo de resposta ao tratamento (ABC, 2016).

Caso não haja esse acompanhamento de perto da pessoa com HA, não será possível saber se o tratamento está surtindo efeito ou se há a necessidade da realização de algum ajuste, com o intuito de controlar os riscos de agravos agudos relacionados à doença. (Moraes, 2023). O controle da doença depende, ativamente, da participação do paciente, mediante o uso contínuo e correto da medicação, além da necessidade da adoção de um estilo de vida saudável, reduzindo as chances de complicações da doença e resultando em uma menor sobrecarga do sistema de saúde e maior qualidade de vida para o usuário (Julião et al., 2021).

A HA, apesar de ser uma condição corriqueira abordada na atenção primária, deve ser compreendida como de responsabilidade não apenas dos profissionais da

área da saúde, mas, também, do portador da condição e de seus familiares, fazendo-se necessária uma conscientização para que compreendam o papel de cada um no manejo da doença e que a HA é prevenível, a partir de ações muito simples, como a prática de atividades físicas e mudanças alimentares, as quais, muitas vezes, são desconhecidas por grande parcela da população (Heidemann, 2024).

Atualmente, a digitalização e a tecnologia estão presentes na vida humana de forma bastante disseminada, sendo útil o uso de tais soluções nos cuidados em saúde, engajando o paciente no alcance das metas de tratamento e aumentando de maneira substancial também à sua adesão (Furtado, 2022).

O surgimento e o uso das tecnologias digitais tem provocado grandes mudanças na prestação dos serviços de saúde, impulsionando o conceito de saúde 4.0. A implementação dessas tecnologias no SUS, ao mesmo tempo, representa uma oportunidade e um desafio, devido as desigualdades estruturais, limitações de infraestrutura e falta de capacitação técnica (Quaresma, 2025).

Sendo, por isso, importante escolher qual recurso tecnológico vai atender melhor às necessidades do usuário, tendo em vista existirem inúmeros dispositivos tecnológicos, como aplicativos para smartphones, serviços de lembretes de voz e por mensagens curtas, que podem facilitar os cuidados com a saúde e à adesão ao tratamento, levando em consideração a quantidade de medicamentos e a posologia adotada. (Bernardes et al., 2016).

Ampliando sua efetividade quando se conhece o perfil de uso e de acesso às tecnologias digitais daquele público, implicando na elaboração de estratégias com alcance mais efetivo, o cenário tecnológico e de acesso à internet dos últimos dez anos mostrou novas perspectivas de direcionamento de conteúdo à população. (Fabene et al., 2020).

Com o intuito de incentivar a adesão ao tratamento da HA dos pacientes diagnosticados e assistidos na unidade de Atenção Primária (AP) da localidade Uruquê, no município de Quixeramobim (CE), o presente estudo desenvolveu uma estratégia de educação em saúde denominada 'Programa Hipertensão em Alerta', através do envio de mensagens de áudio por meio de aplicativo móvel, com a finalidade de instruí-los acerca dos cuidados com a alimentação diária, da necessidade da realização de atividades físicas de baixa intensidade, além da importância do rigor com os horários das medicações, para aqueles pacientes que

necessitam do tratamento medicamentoso. Dessa forma, buscamos promover saúde, mediante melhor adesão dos pacientes com hipertensão ao acompanhamento de sua condição clínica, ao tratamento e, por consequência, reduzindo os agravos de saúde e aumentando a sua sobrevida.

Durante a disciplina “Seminário de Acompanhamento I” realizou-se a oficina para identificação, categorização, hierarquização e priorização dos problemas em saúde de Uruquê, com a participação de toda a equipe da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Na ocasião, foram elencados quatro problemas, sendo eles o comprometimento da estrutura local, gravidez sem intervalo, problemas relacionados à continuidade do tratamento odontológico e o baixo comparecimento dos pacientes com HA às consultas médicas periódicas. Ao analisar as classificações de gravidade, urgência e tendência destes quatro problemas, observou-se que a problemática envolvendo o comparecimento dos pacientes com HA às consultas foi a que obteve a maior pontuação, sendo classificada como extremamente grave, de ação urgente e com piora a longo prazo.

Essa atividade permitiu conhecer os principais problemas enfrentados pela população e, conseqüentemente, identificar o mais sensível deles. A partir daí, a questão suscitou algumas hipóteses empíricas a considerar, como a distância, as barreiras geográficas ou questões relacionadas ao tratamento específico da HA, que podem estar influenciando na descontinuidade do tratamento. Oportunamente, a utilização de mensagens de áudio, por meio de aplicativo de envio e de recebimento de mensagens, pode colaborar para aumentar a adesão dos pacientes com HA.

2.0 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade de aplicativos móveis no apoio à adesão à intervenção de pacientes com Hipertensão Arterial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas, clínicas, de tratamento e acompanhamento no serviço de saúde;
- Mensurar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso anti-hipertensivo;
- Identificar a principal dificuldade dos participantes para aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso anti-hipertensivo;
- Averiguar a existência de diferença da adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo após o período de intervenção com o Programa Hipertensão em Alerta.

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

3.1.1 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A HA é classificada como uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT) em que os benefícios do tratamento, que pode ser medicamentoso ou não-medicamentoso, superam os riscos. A HA tem causa multifatorial, destacando-se fatores genético, ambiental e social, e caracterizada por elevação persistente dos níveis pressóricos, respectivamente, sistólico e diastólico, para valores iguais ou superiores a 140 mm/Hg e 90 mm/Hg, pelo menos em duas ocasiões distintas e na ausência de medicação anti-hipertensiva (Barroso et al., 2021). Entretanto, o risco de (DCV), como doenças coronariana, cerebrovascular, arterial periférica, cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar vêm aumentando a partir de valores pressóricos bem inferiores, quando comparado aos valores considerados como normais (Póvoa, 2024).

A PA é uma medida fisiológica, assim como outras medidas corporais, tipo, temperatura, frequências cardíaca e respiratória, altura e peso. Quando ambas as pressões, sistólica e diastólica, encontram-se elevadas, a classificação se dá mediante a que está mais alta (Silva et al., 2016).

Um paciente com HA deve ser avaliado mediante aferição de sua PA, utilizando-se de técnica adequada e equipamentos validados, levantamento de história médica pessoal e familiar, exame físico e investigação clínica e laboratorial (Brasil, 2021). Acompanhar regularmente a condição crônica de HA e seus valores pressóricos é um critério de qualidade fundamental no cuidado das pessoas com a doença. A adequada condução da HA é fundamental à saúde humana e à, posto que se trata de um problema de saúde que acomete grandes populações pelo mundo e provoca problemas diversos de ordem sistêmica (Filho et al., 2024).

A HA é causada por excessiva atividade neural simpática e secreção demasiada dos hormônios do córtex da glândula suprarrenal, que age sobre os rins retendo o sal e a água, ou por secreção excessiva de renina pelo rim (Farias et al., 2022).

O diagnóstico de HA não pode ser baseado em apenas uma única medição de PA na consulta médica, tendo em vista o alto risco de variabilidade da mesma, salvo em casos que a PA esteja substancialmente elevada ou que haja o diagnóstico de Lesões de Órgãos Alvo (LOA) ou de DCV (Barroso et al., 2021).

Para fins de diagnóstico de HA ou de normotensão é considerada a medição repetida duas vezes da PA no consultório, mas para uma melhor avaliação do comportamento da PA é considerada um maior número de medições, sendo alternativas para tal a Automedição da PA (AMPA), a Monitorização Ambulatorial da PA (MAPA) e a Monitorização Residencial da PA (MRPA) (Jardim et al., 2014).

No contexto da PA podem ser consideradas as possibilidades de normotensão, Hipertensão Mascarada (HM), Hipertensão do Avental Branco (HAB) e Hipertensão Sustentada (HS), na qual são caracterizadas, respectivamente, por valores de PA normal, tanto em medições realizadas no consultório, quanto fora dele; por PA normal no consultório e elevada fora dele; por PA elevada no consultório, mas normalmente fora dele; e características clínicas de hipertensão crônica, tendo as três alta prevalência e elevado risco de morbidade e mortalidade para doenças cardiovasculares (Barroso et al., 2019).

A nova classificação da PA apresenta alterações importantes que a diferenciam da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020, sendo as principais mudanças: A PA classificada como ótima, inexistente, sendo incluída no novo termo de “PA Normal”, com valores de PAS abaixo de 120 mmHg e PAD abaixo de 80 mmHg. A nova Pré-hipertensão abrange os antigos valores classificados como “PA Normal” e “Pré-Hipertensão”. Valores de PAS entre 120 e 129 mmHg e/ou PAD entre 80 e 84 mmHg, antes considerados normais, passam a ser classificados como “Pré-Hipertensão” (Quadro 1), sendo definida com valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 120 e 139mm/Hg e de Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 80 e 89mm/Hg. O objetivo é identificar precocemente indivíduos em risco e incentivar intervenções para prevenir a progressão para HA. (Brandão et al., 2025).

O diagnóstico da HA, segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2025), é dividido em três estágios, que ajudam a guiar o manejo terapêutico, sendo eles classificados em:

- **Estágio 1** - Cujos valores de PAS variam de 140-159 e os de PAD, entre 90-99;
- **Estágio 2** - com valores de PAS entre 160-179 e de PAD, entre 100-109; e, por

último,

- **Estágio 3** - quando o valor de PAS é igual ou superior a 180 e o de PAD maior ou igual a 110.

A adoção de valores de normalidade mais rígidos para o diagnóstico de normotensão pode tornar os gastos iniciais com a saúde mais elevados, em contrapartida, com certeza, haverá uma redução significativa de eventos cardiovasculares, consequentemente, ficando a população mais protegida (Póvoa, 2024).

Quadro I – Comparativo (DBAH 2020 X DBAH 2025) Classificação da PA de acordo com medição em consultório, a partir dos 18 anos de idade

	DBAH 2020		DBAH 2025	
Classificação	PAS	PAD	PAS	PAD
Ótima	≤ 120	≤ 80	--	--
Normal	120 – 129	80 - 84	< 120	< 80
Pré-Hipertensão	130 – 139	85 - 89	120 – 139	80 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110	≥ 180	≥ 110

Fonte: Brandão et al., 2025.

Um sistema de saúde com uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e de boa cobertura resolve a maior parte dos problemas de saúde da população, incluindo as doenças crônicas, conhecidas pelo longo período de duração e de acompanhamento. Isso torna o serviço de saúde mais eficiente, tendo em vista a redução das hospitalizações, principalmente as desnecessárias, que são mais onerosas do que os gastos com a APS (Macinko; Mendonça, 2018).

A finalidade do tratamento anti-hipertensivo, independente se medicamentoso ou não, é reduzir as taxas de morbidade e mortalidade do paciente, decorrentes dos valores elevados da PA. É sabido que os motivos para a falta de controle da PA são inúmeros e diversos, destacando-se as características socioeconômicas, como idade, renda, escolaridade e etnia/raça; o perfil do sistema de saúde, considerando-se as características da equipe de saúde; as condições inerentes a própria doença, ressaltando-se a sua cronicidade, ausência de sintomatologia, os efeitos indesejáveis

dos fármacos e a interação medicamentosa; mas, com certeza, o que tem maior peso são os aspectos relacionados ao paciente, como o não envolvimento com a sua problemática de saúde e o esquecimento do uso do medicamento (Barroso, et al., 2021).

3.1.2 PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

Há uma prevalência de HA em 26% da população geral adulta brasileira, onde os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior incidência da HA e de suas complicações. Tem sido reconhecido que o grau de escolaridade do paciente contribui para a não-observância aos seus esquemas de tratamento anti-hipertensivo. Os idosos com HA com menor nível de escolaridade desconhecem mais a prática de atividade física, dietas e estratégias de controle de PA, corroborando com análises em que o problema do analfabetismo é um fator importante que limita a sobrevivência de muitos no Brasil (Farias et al., 2022).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no ano de 2008, o estado do Ceará apresentava 912.920 idosos, o que equivalia a 17% e 4,3%, respectivamente, da população de idosos do Nordeste e do Brasil naquele ano (Menezes et al., 2019).

Levando em consideração os dados do ano de 2008, sobre HA entre os idosos do estado do Ceará, há uma prevalência de HA entre as mulheres (51,19%), quando comparado com a prevalência entre os homens (42,85%), à exceção da faixa de noventa anos de idade ou mais, em que a prevalência foi maior entre os homens (37,71%), quando comparado com a prevalência entre as mulheres (34,80%) (Menezes et al., 2019).

Por se tratar de uma doença multifatorial, são considerados como principais fatores de risco para a HA genética, idade, gênero, etnia, sobrepeso/obesidade, ingestão elevada de sódio e de potássio, sedentarismo, álcool, fatores socioeconômicos e apneia obstrutiva do sono. Os níveis de PA podem ser influenciados por fatores genéticos entre 30% e 50%, porém, no Brasil, por conta de sua ampla diversidade genética, consequência da grande e forte influência da miscigenação em nosso país, não foram encontrados dados concretos sobre a relação entre os níveis de PA e fatores genéticos (Barroso et al., 2021).

Com o avançar da idade, aumenta-se a preocupação com a PA, pois, fisiologicamente, há um enrijecimento dos vasos e perda de complacência, principalmente, nas grandes artérias. A HA faz parte da rotina de vida de, aproximadamente, 65% das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Singh et al., 2012).

A PA é mais elevada em homens do que em mulheres, levando em consideração faixas etárias mais jovens, porém a elevação pressórica se apresenta maior nas mulheres com o avançar da idade, fazendo com que as mesmas, além de PA mais elevada, tenham também maior propensão a HA do que os homens (Menni et al., 2013).

A PA nas mulheres pode sofrer influência de fatores internos, como o uso de contraceptivo, a síndrome do ovário policístico, a gestação, a reposição hormonal e a menopausa; como por fatores externos, tipo a dupla jornada de trabalho, em que a mulher está inserida no universo doméstico e, agora, também, têm as responsabilidades profissionais, elevando o seu nível de estresse, por conta das sobrecargas profissional e doméstica. (Silva et al., 2016).

A etnia é considerada um fator de risco para a HA, mas as condições socioeconômicas e de hábitos de vida, despontam como fatores relevantes na prevalência da HA, mais do que a própria implicação étnica (Singh et al., 2012). A relação etnia e HA, no Brasil, não apresentou uma diferença significativa, por exemplo, na prevalência de HA entre negros e brancos (Brasil, 2016).

A ingestão de quantidades elevadas de sódio tem se mostrado como um fator predisponente para elevação da PA e, conseqüentemente, de maior prevalência da HA. Estudos mostram que o consumo médio por dia de 5g de sal de cozinha, que equivale a 2g de sódio, aumentam as chances de a pessoa adquirir DCV e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (Mente et al., 2018). Inversamente ao sódio, que eleva os níveis pressóricos, o potássio causa sua redução, tendo demonstrado excelentes resultados naqueles que têm alto consumo de sódio e em pessoas da raça negra (Mill et al., 2019).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, aproximadamente um quinto da população adulta brasileira autorrelatou HA, enquanto, considerando as medidas de PA e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com PA igual ou superior a 140/90 mmHg chegou a, aproximadamente, um terço da

população adulta brasileira (Malta et al., 2017).

A HA é de fácil diagnóstico e o seu tratamento tem se mostrado bastante eficaz, tendo em vista existir um arsenal terapêutico diversificado, eficiente e de pouquíssimo efeito adverso, porém, ainda assim, em nível mundial, seu controle é baixo, pois se trata de um problema de saúde, na maioria das vezes, assintomático, dificultando a adesão aos cuidados, ao acompanhamento e ao tratamento (Barroso et al., 2021).

O Brasil, através do SUS, tem facilitado e ampliado o acesso da população a APS, incluindo os cuidados com as DCNT, principalmente, as DCV, porém a qualidade desse atendimento é bastante questionável, tendo em vista outros fatores que se interligam a APS, como disponibilidade de equipamentos básicos e de profissionais, problemas de gestão e de acesso a serviços de atenção especializada, refletindo, diretamente, na adesão ao tratamento (Macinko; Mendonça, 2018).

Destacam-se como importantes fatores para a estabilização da doença a relação profissional/paciente, para que haja um comprometimento deste no cuidado de sua própria condição; e daquele, no que diz respeito ao interesse em estimular e desenvolver a mudança de hábitos e a transformação no modo de viver do paciente (Dourado et al., 2011).

3.1.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua adesão como quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações de um profissional de saúde, seja para tomar uma medicação, realizar uma dieta ou mesmo promover mudanças em seu estilo de vida (OMS, 2003).

Por se tratar de uma doença crônica, cujo tratamento ocorre a longo prazo, muitas vezes, a HA tem um controle inadequado, tanto pela falta de cumprimento das mudanças comportamentais e de hábitos, como pela falta de observação, no que diz respeito à prescrição medicamentosa. O abandono ao tratamento, que é consequência de problemas relacionados a adesão, cuja detecção e quantificação são difíceis de realizar, mostra-se mais frequente logo nos primeiros meses, somando-se a isso o fato de muitos pacientes tomarem as medicações em desacordo com as prescrições, para mais ou para menos (Barroso et al., 2021).

Um fator primordial para o insucesso na aderência terapêutica da HA se dá pela

complexidade do tratamento medicamentoso, posto que os pacientes, comumente, possuem outras co-morbidades, fazendo com que o processo da tomada de medicamentos por eles seja bastante complexo, devido as diferenças de horários e de doses, levando-os, muitas vezes, a erros por excesso ou omissão de doses (Furtado, 2022). Um paciente que faz uso diário de vários medicamentos tem um maior risco de interações e de reações adversas, acarretando numa menor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, em um pior controle dos níveis pressóricos (Silva de Jesus et al., 2016).

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, além de provocar o descontrole dos níveis pressóricos, ainda pode trazer como consequências LOA e de morbimortalidade cardiovascular. Por isso, elevar os índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ajudar fortemente reduzindo custos com morbidade, mortalidade e na assistência em saúde. A adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não, seguida do controle dos níveis pressóricos, ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, mas, ainda assim, atender as reais necessidades da população hipertensa mostra-se como o meio mais eficaz para a mudança atual do panorama da HA (Barroso et al., 2021).

A adesão ao tratamento é obtida quando o paciente se reconhece como sujeito ativo no processo de cuidar e tem um engajamento ativo no cuidado com a própria saúde, mediante obediência ao tratamento prescrito, comparecimento regular às consultas e mensuração frequente de sua pressão arterial (Moraes, 2023).

As ações de educação em saúde têm a finalidade de orientar a população acerca do real valor da saúde, estimulando para que o paciente se veja como um coparticipante, um corresponsável, pelo seu processo de saúde-doença (Costa, 2014). Para que a implementação das ações educativas desenvolvidas com grupos de pacientes, familiares e a comunidade tenham efeito, deve-se considerar o respeito às particularidades sociais e culturais, locais e regionais (Barroso et al., 2021).

Através de grupos educativos, a abordagem multiprofissional faz a junção de vários saberes profissionais sobre um mesmo assunto, mostrando-se como um importante instrumento no controle da HA por permitir uma maior interação entre pacientes e profissionais de saúde, permitindo que aqueles possam expor as suas realidades, conhecer quais são os problemas mais comuns enfrentados entre eles, havendo uma troca de experiências e mudança de hábitos (Oliveira et al., 2011).

A abordagem multiprofissional ou também chamada multidisciplinar ocorre a partir de ações integradas entre todos os seus membros da equipe, em que cada categoria profissional atua na sua área específica, culminando no desenvolvimento de ações conjuntas, em que cada membro reconhece a sua ação e a associa aos demais membros da grupo, trazendo vantagens, como incentivo ao paciente em transferir os conhecimentos adquiridos e replicar suas atitudes, o desenvolvimento da pesquisa dentro do serviço e o crescimento profissional dos membros da equipe de saúde (Barroso et al., 2021).

Um fator de primordial importância para uma redução significativa dos valores pressóricos tem sido a relação estabelecida entre os pacientes e os profissionais de saúde ou daqueles com os serviços de saúde, reforçando a necessidade da existência de equipes multidisciplinares/multiprofissional na melhoria dos serviços ofertados aos pacientes hipertensos (Silva de Jesus et al., 2016).

O grau de escolaridade do paciente influencia na adesão ao tratamento da HA. Idosos hipertensos com baixo nível de escolaridade possuem menos conhecimento sobre a importância da prática de atividade física e da influência que a dieta tem sobre os valores pressóricos, corroborando que o analfabetismo em saúde é um importante fator que limita a sobrevivência de muitos (Farias et al., 2022).

3.2 MENSAGENS DE TEXTO E PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), em 2024, o Brasil possui 258 milhões de aparelhos celulares em uso, o que equivale a 1,2 smartphone por habitante (FGV, 2024). A partir desta realidade, é notável que o SMS (*Short Message Service*) mostra-se como uma tecnologia bastante difundida, utilizável e aderente para todos os públicos, independentemente de qualquer característica socioeconômica, sendo ideal a sua utilização como reforço positivo em tratamento prolongados (Castro, 2021).

A comunicação em saúde envolve estudos e métodos para informar e influenciar decisões individuais ou coletivas, melhorando a saúde e tornando-se uma importante ferramenta de promoção de saúde, mostrando os benefícios da mudança de comportamento, influenciando percepções e atitudes e refutando mitos e concepções erradas. Portanto, um material bem-produzido ou uma informação de fácil

compreensão aprimora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolvendo suas habilidades, devolvendo sua autonomia e promovendo adesão ao tratamento, fazendo-o entender que suas ações influenciam seu padrão de saúde (Moreira et al., 2003).

O aumento no número de publicações científicas tratando acerca das variadas formas de intervenção utilizadas nos últimos dez anos deve estar relacionado ao processo natural de envelhecimento da população, por conta do avanço da idade, das mudanças fisiológica do organismo e do aumento das DCNT (Miranda et al., 2016).

Nos últimos anos houve uma crescente no número de publicações que estudam a adesão às terapias por meio de mensagens de texto (SMS), da internet e do *Whatsapp* (Souza Sá, et al., 2020). Reconhece-se o *Whatsapp* como a ferramenta mais atual e adequada, exatamente por ser bastante utilizada pelo público mais carente e com menor grau de instrução, permitindo combinar texto, áudio e imagens, tornando-se mais vantajosa quando comparada com o SMS. Conhecer o perfil socioeconômico do usuário do serviço de saúde e o seu perfil de consumo dos meios digitais permite a elaboração de um conteúdo personalizado e direcionado, exclusivamente, para aquele público específico, minimizando possíveis ruídos e promovendo uma comunicação mais assertiva e objetiva (Fabene et al., 2020).

As ferramentas tecnológicas vêm sendo muito utilizadas para facilitar o acesso às informações de saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Morilla et al., 2017). Estudos mostram que o uso de tecnologias diversificadas pode estimular os pacientes a buscarem uma mudança de hábitos e de comportamentos de saúde, intensificando a adesão às terapias em pacientes hipertensos (Frias et al., 2017).

A intervenção digital tem se mostrado bastante eficaz, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, atingindo as regiões mais distantes e de difícil acesso. Essa é uma maneira de assegurar que os benefícios em saúde, por meio destas tecnologias, fiquem à disposição de toda a população mundial (Howitt, et al., 2012). Destaca-se que está em pleno crescimento e expansão o uso das tecnologias digitais para promover avanços comportamentais de saúde da população com DCNT, destacando-se a HA (Souza Sá et al., 2020).

Foi observado que o uso das mensagens de texto para melhorar a adesão ao tratamento da HA mostrou-se mais eficaz no controle da PAD do que da PAS e uma

maior redução da PAD no grupo submetido às mensagens do que no grupo controle. Enquanto no grupo submetido às mensagens a redução caiu de 80 mmHg para 77,9 mmHg, uma redução de 2,1 mmHg na PAD; o grupo controle, que recebeu apenas os cuidados usuais, a redução foi de 80,6 mmHg para 80,5 mmHg (Kamal et al., 2015).

4.0 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quase-experimental do tipo cross-over, de natureza analítica. O delineamento antes–depois foi adotado por permitir a comparação intraindividual dos participantes antes e após a implementação do programa educativo “Hipertensão em Alerta”, possibilitando avaliar mudanças nos desfechos de interesse ao longo do tempo.

A escolha desse desenho considerou a viabilidade operacional da intervenção e o contexto de implementação em serviço de saúde do território. Em cenários da Atenção Primária à Saúde, intervenções educativas frequentemente são desenvolvidas no âmbito do cuidado cotidiano das equipes, o que pode limitar a viabilidade de delineamentos experimentais com grupo controle.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Quixeramobim é um município do sertão central cearense, distante 247 km da capital Fortaleza e com população de aproximadamente 82 mil habitantes, segundo dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2022.

Uruquê está localizado a 15 km da sede do município de Quixeramobim e conta com população de, aproximadamente, 2660 habitantes, destes, 305 com presença de HA distribuídos em 1103 famílias, alocadas em, aproximadamente, 50 ruas/localidades menores. A população é acompanhada por 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo 8 mulheres e 1 homem.

Por ser servidor público estatutário do município de Quixeramobim há 10 anos, dos quais 5 anos atuando na localidade Uruquê, e por ter conseguido detectar a problemática mais sensível da região, mediante a realização de uma oficina de categorização dos problemas, na disciplina de “Seminário de Acompanhamento I”, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), o estudo foi desenvolvido com os usuários do

SUS diagnosticados com HA, assistidos na unidade de atenção primária à saúde Ana Nélia Ferreira da Silva, localizada no distrito de Uruquê, pertencente ao município de Quixeramobim (CE).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O tipo de amostragem é a aleatória simples. Para a estimativa do tamanho amostral, considerou-se a aplicação do teste de McNemar, adequado para comparação de proporções emparelhadas em desfechos dicotômicos antes e após uma intervenção. A população de referência foi composta por 305 indivíduos com HA cadastrados na unidade de saúde. Adotou-se um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$) e poder estatístico de 80%. Como não havia dados prévios sobre a proporção de mudanças esperadas, adotou-se a hipótese conservadora de que 50% dos pares seriam discordantes (ou seja, sofreriam mudança após a intervenção educativa).

Considerou-se relevante detectar uma diferença mínima de 20 pontos percentuais entre as proporções discordantes (mudança positiva e negativa) para rejeição da hipótese nula. Utilizando a fórmula clássica do teste de McNemar:

$$n = \left(\frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \cdot (p(1-p))}{(p_1 - p_2)^2} \right)$$

Onde:

- . $Z_{1-\alpha/2}$ é o valor crítico para o nível de confiança
- . $Z_{1-\beta}$ é o valor crítico para o poder estatístico
- . p é a proporção média dos dois momentos: $p = (p_1 + p_2) / 2$
- . p_1 é a proporção no momento 1 (antes)
- . p_2 é a proporção no momento 2 (depois)

Obteve-se um tamanho amostral inicial de 98 participantes. Em seguida, aplicou-se a correção para populações finitas, dado que a população total de hipertensos era de 305 indivíduos, resultando em um tamanho amostral final de aproximadamente 74 participantes.

Tendo em vista não termos contado a adesão de todas as nove profissionais ACS's da área, com três delas afastadas de suas atividades profissionais por atestado

médico durante todo o período da pesquisa, a amostra total foi de 57 participantes, que compuseram a amostra analisada, não havendo perdas entre as avaliações incluídas na análise.

A população foi composta por todos aqueles que apresentaram diagnóstico clínico de HA, sendo a amostra constituída pelos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual a 18 anos ou superior; ter o diagnóstico clínico de HA há pelo menos um ano; estar em tratamento medicamentoso para HA há pelo menos seis meses; posse de aparelho celular de uso pessoal e com acesso à internet; apresentar acuidade auditiva para escutar as mensagens de áudio no próprio aparelho, a qual for comprovada por meio da reprodução falada de uma mensagem enviada, imediatamente, pela equipe da pesquisa contendo os dizeres “MENSAGEM DE TESTE PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA HIPERTENSÃO EM ALERTA”; e de exclusão: condição física que impossibilitasse resposta direta aos instrumentos de coleta de dados ou aferição de alguma característica clínica necessária para a continuidade do estudo; gravidez declarada, por comprometer algumas informações, como medidas de peso e de circunferência abdominal.

O grupo foi submetido a um questionário de adesão, um sociodemográfico e outro clínico, com o intuito de ajudar a identificar o perfil dos pacientes com HA assistidos pela equipe de atenção primária à saúde da localidade Uruquê.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em três etapas para melhor realização do projeto, sendo a etapa 1 de aplicação do formulário, realizada no mês de julho de dois mil e vinte e cinco, conforme Instrumento de Adesão ao Tratamento, de autoria de Malvina Thaís Pacheco Rodrigues (2014), conhecido como Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS), o qual foi validado para população com HA.

Nesse encontro foram investigadas as principais características sociodemográficas (sexo, idade, cor, estado civil, grau de escolaridade, atuação profissional, renda familiar mensal), clínico-epidemiológicas (estatura, peso, índice de massa corporal e pressão arterial), de estilo de vida (prática regular de atividade física, alimentação, consumo de sal, uso de fumo e álcool), o esquema terapêutico em

relação ao tipo e número de medicamentos diferentes em uso, de acordo com prescrição médica recente (período máximo de três meses), outras doenças apresentadas e presença prévia de complicações associadas à hipertensão arterial. Destaca-se que as medidas de peso, estatura, circunferência abdominal e PA foram obtidas em avaliação física pelo pesquisador, além da obtenção de dados junto à população sobre a adesão ao tratamento da HA, por meio do questionário de adesão.

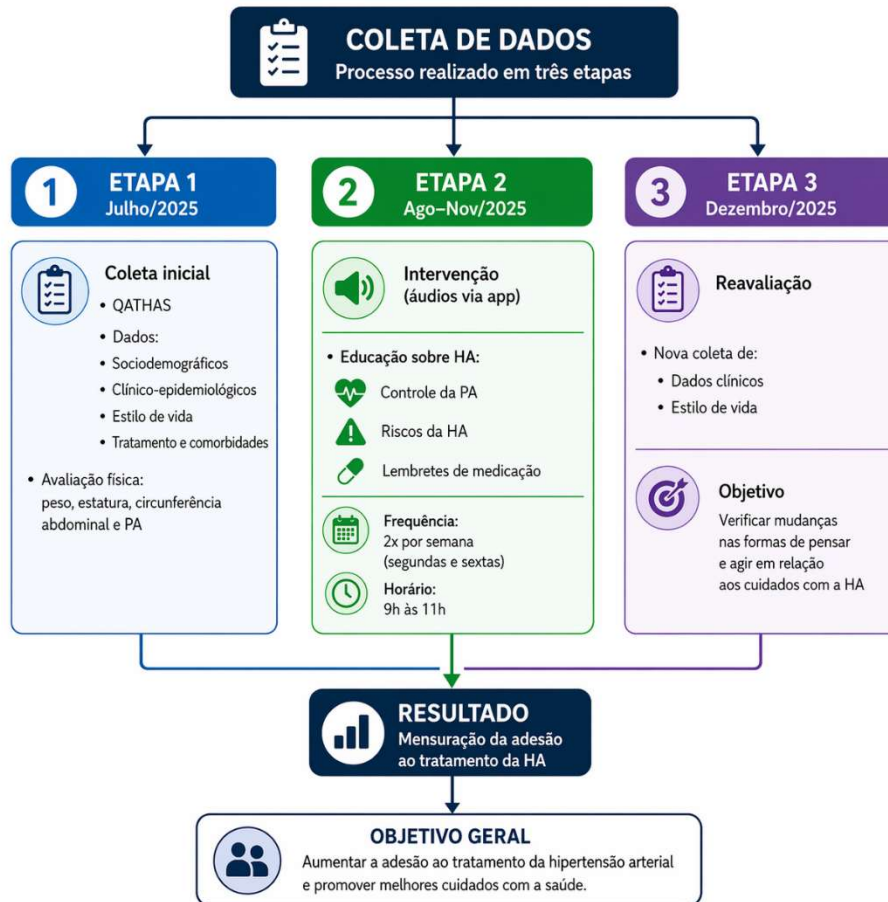
A etapa 2, que ocorreu entre os meses de agosto a novembro de dois mil e vinte e cinco, foi o momento do envio das mensagens curtas de áudio, via aplicativo, levando ao paciente a importância do cuidado com o controle da PA, meios de controlar a PA, informações sobre a HA e seus riscos, além de lembretes acerca dos horários das tomadas dos medicamentos, visando conscientizar o paciente de sua condição e aumentar a adesão ao tratamento de controle da HA. Os disparos ocorreram duas vezes por semana, sempre às segundas e sextas-feiras, entre nove e onze horas da manhã.

A etapa 3 foi realizada no mês de dezembro de dois mil e vinte e cinco, consistiu em nova coleta das características clínico-epidemiológicas (estatura, peso, circunferência abdominal e pressão arterial) e das medidas de estilo de vida (prática regular de atividade física, alimentação, consumo de sal, uso de fumo e álcool) para avaliar se a etapa 2 causou alguma mudança nas formas de pensar e de agir da população observada, no que diz respeito aos cuidados com a HA. Nesta fase, após todas as implantações realizadas na etapa 2 e de posse dos novos dados coletados, podemos mensurar o nível de adesão da população ao tratamento da HA.

Para a coleta de dados antropométricos (peso e estatura) foram utilizados os seguintes equipamentos: balança antropométrica devidamente testada e calibrada da marca Balmack, com capacidade de 200 kilogramas (kg) e precisão de 100 gramas (g), fita métrica inelástica, com capacidade de 1,5 metros (m) e sensibilidade de 0,5 centímetros (cm).

As medidas do peso foram feitas com o participante na posição ortostática, posicionado no centro da balança com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. A estatura foi verificada por meio da fita métrica afixada a uma parede. O participante ficou na posição ortostática, pés descalços e unidos, braços pendentes, com as mãos espalmadas sobre as coxas e queixo ereto.

Figura I – Fluxograma Etapas da Pesquisa.



4.5 PROGRAMA HIPERTENSÃO EM ALERTA

O Programa Hipertensão em Alerta consistiu em um serviço de envio de mensagens curtas de áudio, por meio de aplicativo de envio e de recebimento de mensagens instantâneas, para pacientes com HA .

As mensagens de áudio foram enviadas aos participantes pelo próprio pesquisador, individualmente, em número de 3, sendo uma sobre alimentação, saudável, uma sobre prática de exercícios físicos e uma sobre tomada de medicamentos, na periodicidade de duas vezes por semana, em dias e horários fixos, respectivamente, às segundas e sextas-feiras, entre 9h e 11h da manhã, por um período de doze semanas, compreendendo os três meses de realização da etapa dois da pesquisa, entre os meses de agosto e novembro.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise da prática de atividades físicas foram considerados como sedentários os indivíduos que praticavam atividades físicas com tempo de duração inferior a 150 horas semanais (Brasil, 2021).

Os valores obtidos no Índice de Massa Corporal foram classificados em percentis de acordo com o inquérito americano National Center for Health Statistics (NCHS, 2000), como: baixo peso (abaixo do percentil 5); normal (entre o percentil 5 e 85); sobrepeso (entre o percentil 85 e 95); obesidade (acima do percentil 95). Na análise do tabagismo foram considerados fumantes aqueles que apresentaram hábito ativo de fumar e/ou hábito passivo (pais, irmãos ou amigos fumantes).

Em seguida, os dados coletados foram armazenados no software Microsoft Excel®. Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas (n, %) e as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão (média $\pm$ DP). Para comparação dos desfechos contínuos entre os momentos pré e pós-intervenção, avaliou-se a normalidade da distribuição das diferenças (delta) por meio do teste de Shapiro–Wilk. Quando atendido o pressuposto de normalidade, utilizou-se o teste t pareado, caso contrário, aplicou-se o teste de Wilcoxon para amostras dependentes. Foram estimados os deltas médios e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para comparação de proporções pareadas (variáveis binárias antes–depois), utilizou-se o teste de McNemar. Para variáveis ordinais com mais de duas categorias, empregou-se o teste de Stuart–Maxwell para homogeneidade marginal. Na análise bivariada dos fatores associados à melhora da adesão (Δ QATHAS > 0), variáveis contínuas foram comparadas por teste t (ou teste não paramétrico quando aplicável), e variáveis categóricas pelo teste exato de Fisher.

Para avaliação ajustada do desfecho contínuo pós-intervenção, foi utilizado modelo linear do tipo ANCOVA, tendo como variável dependente o escore QATHAS pós-intervenção e como principal covariável o escore basal. O modelo incluiu variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas com base em plausibilidade teórica e relevância clínica. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises. Os intervalos de confiança foram estimados ao nível de 95%.

O desfecho primário foi o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo,

mensurado por meio do escore do instrumento QATHAS, avaliado antes e após a intervenção. Para análises complementares, foi construída uma variável dicotômica indicando melhora da adesão ($\Delta\text{QATHAS} > 0$). A melhora da adesão (Sim) ocorreu quando $\Delta\text{QATHAS} > 0$, indicando aumento do escore após a intervenção e sem melhora (Não) quando $\Delta\text{QATHAS} \leq 0$, incluindo tanto ausência de variação ($\Delta = 0$) quanto redução do escore ($\Delta < 0$). Essa categorização permitiu a condução de análises bivariadas e modelos de regressão com desfecho binário, visando identificar fatores associados à probabilidade de melhora da adesão após a intervenção.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Quixeramobim para o acesso aos pacientes na Unidade de Saúde, solicitando a autorização para a realização da pesquisa. Após o consentimento, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) pela Plataforma Brasil. Os usuários foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram convidados a participar do estudo, cujos objetivos foram informados verbalmente, de forma que fossem compreendidos claramente, e após aceitação do convite, a permissão por escrito foi realizada. A pesquisa seguiu as diretrizes e as normas regulamentadoras para as pesquisas que envolvem seres humanos, estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sob parecer nº 7.772.774.

5.0 RESULTADOS

Foram incluídos 57 participantes no estudo, todos avaliados nos momentos pré e pós-intervenção. A maioria era do sexo feminino (82%) e apresentava idade média de $56,9 \pm 10,9$ anos (Tabela 1). Quanto ao estado civil, predominou o grupo casado(a) (54%). A maior parte dos participantes residia com uma ou três pessoas e era alfabetizada (86%). Em relação à escolaridade, 67% possuíam ensino fundamental e 91% estavam classificados na categoria “até ensino médio”. Aproximadamente 65% não exerciam atividade laboral remunerada e 79% apresentavam renda familiar de até dois salários-mínimos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra no momento pré-intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026.

Características	N = 57¹
Gênero	
Feminino	47 (82%)
Masculino	10 (18%)
Idade	$56,96 \pm 10,97$
Estado civil	
Casado(a)	31 (54%)
Divorciado(a)	4 (7,0%)
Solteiro(a)	15 (26%)
Viúvo(a)	7 (12%)
Moram com a pessoa	
1	17 (30%)
2	9 (16%)
3	14 (25%)
4	10 (18%)
5	7 (12%)
Alfabetizado	
Não	8 (14%)
Sim	49 (86%)
Escolaridade	
Fundamental	38 (67%)
Ensino médio	14 (25%)
Ensino superior	5 (8,8%)
Escolaridade bin	
Até médio	52 (91%)
Superior	5 (8,8%)
Trabalha	
Não	37 (65%)
Sim	20 (35%)
Renda familiar	

Características	N = 57¹
<1 SM	8 (14%)
1–2 SM	37 (65%)
>2 SM	8 (14%)
Não quis responder	4 (7,0%)

¹n (%); Mean ± SD

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

No que se refere às características clínicas (Tabela 2), 61% tinham diagnóstico de HA há mais de cinco anos. A maioria não era tabagista (88%) nem etilista (79%), e 63% não praticavam atividade física regular. No baseline, 93% relataram comparecimento a consultas de acompanhamento. O escore médio de adesão (QATHAS) foi de $96,7 \pm 6,4$ pontos. A pressão arterial sistólica média foi de $131,0 \pm 21,0$ mmHg e a diastólica de $82,1 \pm 14,9$ mmHg. O IMC médio foi de $29,9 \pm 4,5$ kg/m².

Tabela 2 – Perfil clínico, terapêutico e de acompanhamento em saúde no momento pré-intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026.

Características	N = 57¹
Tempo_de_diagnóstico	
<1 ano	5 (8,8%)
>1 ano	1 (1,8%)
1–5 anos	16 (28%)
>5 anos	35 (61%)
Tabagismo	
Não	50 (88%)
Sim	7 (12%)
Etilismo	
Não	45 (79%)
Sim	12 (21%)
Atividade física	
Não	36 (63%)
Sim	21 (37%)
Consulta	
Não	4 (7,0%)
Sim	53 (93%)
QATHAS antes	$96,71 \pm 6,37$
PA sistólica antes	$131,00 \pm 20,99$
PA diastólica antes	$82,05 \pm 14,85$
Peso antes	$74,53 \pm 12,56$
Circunferência abdominal antes	$99,98 \pm 13,21$
IMC antes	$29,85 \pm 4,49$

¹n (%); Mean ± SD

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Observou-se aumento significativo no escore de adesão após a intervenção (Tabela 3). A média passou de $96,7 \pm 6,4$ para $99,2 \pm 7,2$ pontos, com delta médio de 2,46 pontos (IC95%: 0,99–3,92; $p = 0,001$), segundo teste t pareado. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas medidas de pressão arterial, peso corporal, circunferência abdominal ou IMC entre os momentos pré e pós ($p > 0,05$).

Tabela 3 – Comparação dos desfechos clínicos e de adesão antes e após a intervenção educativa de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026.

Variável	Antes (média±DP)	Depois (média±DP)	IC95% (Δ)	p-valor	Teste
QATHAS (escore)	$96,71 \pm 6,37$	$99,17 \pm 7,16$	[0,99; 3,92]	0,00139	t pareado
PA sistólica (mmHg)	$131,00 \pm 20,99$	$131,33 \pm 17,19$	[-5,39; 6,06]	0,66300	Wilcoxon pareado
PA diastólica (mmHg)	$82,05 \pm 14,85$	$82,47 \pm 11,81$	[-2,76; 3,60]	0,69900	Wilcoxon pareado
Peso (kg)	$74,53 \pm 12,56$	$75,46 \pm 12,87$	[-1,27; 3,14]	0,60100	Wilcoxon pareado
Circunferência abdominal (cm)	$99,98 \pm 13,21$	$99,28 \pm 12,17$	[-2,97; 1,56]	0,65500	Wilcoxon pareado
IMC (kg/m ²)	$29,85 \pm 4,49$	$30,31 \pm 5,16$	[-0,46; 1,38]	0,50800	Wilcoxon pareado

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Na análise das variáveis binárias (Tabela 4), a proporção de participantes que relataram deixar de tomar o medicamento reduziu de 38,6% para 26,8%, sem significância estatística ($p = 0,096$). A frequência de falha de dose alta (≥ 1 vez por semana) apresentou redução significativa, de 29,8% para 12,5% ($p = 0,0339$). As proporções de redução de sal, gordura e doce mantiveram-se elevadas no pós-intervenção, sem diferenças estatisticamente significativas. O comparecimento a consultas aumentou de 93% para 100%, sem significância estatística ($p = 0,134$).

Tabela 4 – Mudanças nos comportamentos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (variáveis binárias) antes e após a intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026.

Variável	Resposta	Antes n (%)	Depois n (%)	P - valor (McNemar)
Deixou de tomar	Não	35 (61,4%)	41 (73,2%)	0,0961

Variável	Resposta	Antes n (%)	Depois n (%)	P - valor (McNemar)
medicamento	Sim	22 (38,6%)	15 (26,8%)	0,0339
Falha de dose alta	Alta ($\geq 1x/semana$)	17 (29,8%)	7 (12,5%)	
($\geq 1x/semana$)	Baixa ($< 1x/semana$)	40 (70,2%)	49 (87,5%)	
Realizou consulta	Não	4 (7,0%)	0 (0,0%)	0,1340
	Sim	53 (93,0%)	56 (100,0%)	
Reduziu doce	Não	3 (5,3%)	0 (0,0%)	0,2480
	Sim	54 (94,7%)	56 (100,0%)	
Reduziu gordura	Não	1 (1,8%)	1 (1,8%)	1,0000
	Sim	56 (98,2%)	55 (98,2%)	
Reduziu sal	Não	2 (3,5%)	0 (0,0%)	0,4800
	Sim	55 (96,5%)	56 (100,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Na comparação entre participantes que apresentaram melhora no escore de adesão ($\Delta QATHAS > 0$) e aqueles que não apresentaram melhora (Tabela 5), não houve diferenças significativas quanto a idade, sexo, escolaridade, renda, tabagismo, etilismo, tempo de diagnóstico ou parâmetros clínicos basais ($p > 0,05$). Observou-se associação estatisticamente significativa entre o escore basal de adesão e a melhora subsequente. Participantes que não melhoraram apresentaram escore basal mais elevado ($99,8 \pm 6,8$) em comparação aos que melhoraram ($94,9 \pm 5,4$; $p = 0,008$). A prática de atividade física apresentou tendência à associação com melhora da adesão ($p = 0,089$), clinicamente observada mediante o retorno dos participantes por meio de mensagens ao pesquisador relatando as mudanças.

Tabela 5 – Análise bivariada dos fatores associados à melhora da adesão ao tratamento ($\Delta QATHAS > 0$) de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026.

Características	Não N = 21 ¹	Sim N = 36 ¹	p-value ²
Idade	54,62 $\pm$ 12,72	58,33 $\pm$ 9,73	0,3
Gênero			>0,9
Feminino	17 (81%)	30 (83%)	
Masculino	4 (19%)	6 (17%)	
Escolaridade bin			>0,9
Até médio	19 (90%)	33 (92%)	
Superior	2 (9,5%)	3 (8,3%)	
Renda bin			0,9
Até 2 SM	16 (76%)	29 (81%)	
>2 SM	3 (14%)	5 (14%)	
NR	2 (9,5%)	2 (5,6%)	
Trabalha			0,2

Características	Não N = 21 ¹	Sim N = 36 ¹	p-value²
Não	11 (52%)	26 (72%)	
Sim	10 (48%)	10 (28%)	
Tempo de diagnóstico			0,6
<1 ano	2 (9,5%)	3 (8,3%)	
>1 ano	0 (0%)	1 (2,8%)	
1–5 anos	8 (38%)	8 (22%)	
>5 anos	11 (52%)	24 (67%)	
Tabagismo			>0,9
Não	19 (90%)	31 (86%)	
Sim	2 (9,5%)	5 (14%)	
Etilismo			0,3
Não	15 (71%)	30 (83%)	
Sim	6 (29%)	6 (17%)	
Atividade física			0,089
Não	10 (48%)	26 (72%)	
Sim	11 (52%)	10 (28%)	
QATHAS antes	99,80 ± 6,83	94,91 ± 5,40	0,008
PA sistólica antes	128,86 ± 20,36	132,25 ± 21,53	0,6
PA diastólica antes	81,81 ± 12,52	82,19 ± 16,22	>0,9
IMC antes	30,33 ± 4,34	29,57 ± 4,62	0,5

¹Mean ± SD; n (%)

²Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

No modelo multivariado ajustado (Tabela 6), o escore basal de adesão (QATHAS) permaneceu significativamente associado ao escore pós-intervenção ($\beta = 0,770$; IC95%: 0,512–1,028; $p < 0,001$), indicando que, para cada aumento de um ponto no escore basal, houve incremento médio de 0,77 ponto no escore após a intervenção, independentemente das demais variáveis incluídas no modelo. As variáveis idade, sexo, escolaridade, renda e prática de atividade física não apresentaram associação estatisticamente significativa com o escore pós-intervenção ($p > 0,05$).

Observou-se tendência de associação para participantes com tempo de diagnóstico superior a um ano, quando comparados àqueles com menos de um ano de diagnóstico ($\beta = 11,161$; IC95%: -2,056–24,378; $p = 0,096$), embora o intervalo de confiança inclua o valor nulo. As demais categorias de tempo de diagnóstico também não demonstraram associação estatisticamente significativa. Esses achados indicam que o principal determinante do escore pós-intervenção foi o nível basal de adesão, não sendo observada influência independente das características sociodemográficas

ou clínicas avaliadas.

Tabela 6 – Modelo multivariado ajustado (ANCOVA) para o escore de adesão pós-intervenção de usuários hipertensos, Uruquê, Ceará, 2026.

Variável	β ajustado	IC95%	p
QATHAS basal (pontos)	0,770	[0,512; 1,028]	0,000000279
Idade (anos)	0,088	[-0,058; 0,233]	0,231000000
Sexo: Masculino (ref.: Feminino)	0,725	[-3,931; 5,381]	0,755000000
Escolaridade (ref.: Até médio) Superior	1,736	[-4,138; 7,61]	0,555000000
Renda (ref.: Até 2 SM) >2 SM	-1,999	[-6,883; 2,885]	0,414000000
Renda (ref.: Até 2 SM) NR	-1,284	[-7,706; 5,138]	0,689000000
Tempo de diagnóstico (ref.: <1 ano) >1 ano	11,161	[-2,056; 24,378]	0,095900000
Tempo de diagnóstico (ref.: <1 ano) 1–5 anos	-0,103	[-6,338; 6,133]	0,974000000
Tempo de diagnóstico (ref.: <1 ano) >5 anos	0,082	[-6,149; 6,314]	0,979000000
Atividade física: Sim (ref.: Não)	-0,710	[-4,488; 3,068]	0,707000000

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

De forma geral, a intervenção educativa esteve associada a aumento significativo do escore de adesão ao tratamento e à redução na frequência de falha de dose medicamentosa, evidenciando mudança positiva nos comportamentos relacionados ao uso da medicação. Entretanto, não foram observadas modificações estatisticamente significativas nos parâmetros clínicos avaliados, incluindo pressão arterial e medidas antropométricas. Na análise multivariada, o escore basal de adesão permaneceu como único preditor independente do escore pós-intervenção, não sendo identificada associação significativa com variáveis sociodemográficas ou clínicas.

6.0 DISCUSSÃO

A maioria das doenças, assim como as desigualdades em saúde existentes em todo o mundo, acontecem, exatamente, por conta dos determinantes sociais, que caracterizam as questões sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais em saúde de uma população, representando a forma como as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem (OMS, 2011). Essa informação demonstra toda a sua relevância quando avaliamos os dados sociodemográficos colhidos dos pacientes hipertensos acompanhados na pesquisa realizada na UAPS da localidade de Uruquê, no município de Quixeramobim, localizado na região do sertão central cearense.

O presente estudo contou com 57 pacientes hipertensos, sendo a maioria dos participantes formada por pessoas do gênero feminino. No que diz respeito ao contingente feminino, com relação aos cuidados com o controle da HAS, as mulheres demonstram um maior entendimento e interesse acerca de sua condição de saúde, desenvolvendo com mais facilidade uma relação de vínculo com os serviços de saúde e de confiança com os profissionais, iniciado antes mesmo, através de cuidados com a saúde reprodutiva (Raymundo; Pierin, 2014).

Com relação a idade média dos participantes da pesquisa com diagnóstico de HAS, por gênero, foi bastante aproximada, ficando em torno de 57 anos. A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade, sendo mais presente entre pessoas com 60 anos ou mais de idade (Barroso et al. 2020).

No que diz respeito ao estado civil dos participantes da pesquisa, mais da metade declarou ser casado(a) ou estar em união estável, podendo ser compreendido o estado civil não como fator determinante e/ou causador do problema de saúde, no caso a HAS, mas como meio e modo de apoio ao tratamento. Com relação ao estado civil, pessoas com cônjuge apresentam uma melhor percepção acerca de sua condição clínica e de tratamento sobre o seu bem-estar nas esferas física, psicológica, social e funcional (Carvalho et al., 2013).

Já com relação à ocupação profissional, a maior parte dos participantes da pesquisa informou não trabalhar, e isso tende a aumentar a disponibilidade e a melhorar a adesão ao tratamento, tendo em vista as consultas ocorrerem no período da manhã, turno que naturalmente eles não conseguiriam comparecer às consultas, caso estivessem em atividade laboral. Contrariando isto, indivíduos classificados

como desempregados e/ou do lar apresentaram menor adesão ao tratamento da HAS (Barbosa et al., 2019).

Quando o assunto é o nível de escolaridade e a renda familiar dos participantes da pesquisa, a maioria apresenta-se como alfabetizado, tendo o ensino até o nível fundamental e possuindo renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos, demonstrando que o nível de instrução e a renda do núcleo familiar são fatores que podem influenciar, sim, mediante os hábitos diários de vida, no desenvolvimento de agravos em saúde, como é o caso da HAS. Corroborando, a maior prevalência de HAS foi detectada entre as categorias sociais com menor renda e com nível escolar mais baixo (Piccini; Victora, 1994).

Quanto ao uso ou consumo de álcool e/ou tabaco, foi observado que a imensa maioria dos participantes não faz uso destas substâncias, provavelmente por conta da idade avançada de uma parte do grupo e, conseqüentemente, pela baixa resistência de seus organismos aos efeitos adversos destas drogas. Existe uma tendência de redução no consumo de álcool e tabaco pela população idosa, mas, ainda assim, faz-se necessário o acompanhamento de perto, por parte dos profissionais de saúde, acerca da conscientização de evitar o consumo destas drogas, sob pena de desencadear outros problemas de saúde e ocasionar possíveis interações medicamentosas (Silva et al., 2020).

Em contrapartida, o sedentarismo foi declarado por mais da metade dos participantes da pesquisa. Isso, provavelmente, se dê pela falta de políticas públicas na localidade que garantam e ofereçam à população, principalmente a hipertensa e mais idosa, espaços adequados e equipamentos que permitam realizar as atividades físicas rotineiramente e de forma segura, com exercícios de baixo impacto. O sedentarismo destaca-se como um importante fator de risco cardiovascular por aumentar a morbimortalidade dos pacientes (Carvalho et al., 2016).

Observou-se, também, uma relação direta entre a elevada assiduidade dos participantes da pesquisa às consultas médicas com os valores médios obtidos de pressão arterial sistólica e diastólica dessa população (131/82 mmHg). Nesse sentido, a alta frequência dos pacientes às consultas médicas demonstra a percepção que eles têm sobre uma condição de saúde que inspira cuidados, como também é possível associar a um melhor controle dos níveis pressóricos (Coelho et al., 2005).

Ainda tratando da ausência de atividade física, foi possível observar uma

relação desta com o peso corporal elevado e consequente aumento na medida de circunferência abdominal, comprometendo a qualidade de vida destes pacientes e aumentando o risco de morbimortalidade. Nesse contexto, a atividade física é fundamental para redução de calorias e controle de peso (SBC, 2005) e reduz a incidência de HAS e o risco de doença cardiovascular (SBC, 2010).

Levando em consideração todo o cenário descoberto por meio do desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma intervenção que se sucedeu por meio do envio de áudios curtos, através de aplicativos de mensagens instantâneas, estimulando os participantes acerca da importância da realização de atividades físicas, da necessidade de tomar as medicações nos horários corretos e nas doses indicadas, além de instruí-los sobre alimentação saudável e suas condições de saúde, enquanto pacientes com HAS.

Essa medida foi eficiente, pois conseguiu contribuir para uma melhora na adesão destes pacientes ao tratamento medicamentoso, que é o grande desafio, principalmente entre aqueles que fazem uso de mais de uma medicação. Assim, a divulgação de informações acerca de cuidados com HAS, por meio de recursos tecnológicos, como aplicativos de mensagens instantâneas, incentivou e motivou a continuidade do tratamento, sendo considerada uma experiência exitosa de cuidado em HAS (Viera et al., 2022).

Adicionalmente, as mensagens de áudio foram importantes, também, por terem contribuído para a manutenção de bons hábitos alimentares já praticados por esta população, que incluíam consumo reduzido de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, sem, contudo, influenciar na diminuição das medidas antropométricas. Com isso, a intervenção por meio do uso de aplicativo de envio de mensagens influenciou significativamente no comportamento dos participantes, melhorando seus hábitos alimentares, porém sem trazer diferenças significativas em suas medidas de peso e circunferência abdominal (Saraiva et al., 2020).

A pesquisa, infelizmente, pode não ter apresentado informações ainda mais aproximadas da realidade, pois não tivemos o engajamento do número de participantes esperados inicialmente, tendo em vista não termos contado com a adesão de todas as nove profissionais ACS's da área, já que três delas estavam afastadas de suas atividades profissionais por atestado médico durante todo o período do estudo.

O tema é pertinente e mostra-se, mesmo diante das limitações encontradas especificamente nesta pesquisa, dentre elas a distância de muitas vilas e povoados da localidade à unidade de saúde, vias de acesso com má conservação, além da resistência de algumas pessoas da comunidade em participar da pesquisa, como de alta relevância, com grande perceptiva de exploração, tendo em vista ser capaz de provocar mudanças sutis na população, capazes de transformar vidas e alterar realidades de saúde da comunidade.

7.0 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam o potencial das tecnologias digitais de comunicação como ferramentas de apoio ao cuidado de pessoas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. A utilização de mensagens de áudio enviadas por aplicativo móvel mostrou-se capaz de promover melhora nos indicadores de adesão ao tratamento, sugerindo que intervenções educativas mediadas por tecnologias acessíveis podem contribuir para fortalecer o autocuidado em condições crônicas.

Mudanças positivas e levemente significativas foram observadas quanto a adesão ao tratamento, mostrando que os participantes ficaram mais atentos a tomar as medicações diariamente e apresentaram uma diminuição na falha da dose da medicação.

Outro ponto positivo observado pela pesquisa foi a manutenção dos bons hábitos alimentares já praticados pelos pesquisados. O envio das mensagens de áudio acabou reforçando nesta população que a importância de manter uma dieta leve e saudável perpassa pela troca de produtos industrializados por naturais, pela substituição de alguns alimentos por outros menos calóricos e por uma dieta pobre em açúcar, sal e gordura, contribuindo para a manutenção da saúde e para um ganho de qualidade de vida.

Dessa forma, os achados deste estudo indicam que estratégias educativas mediadas por tecnologias móveis podem representar uma alternativa promissora para apoiar o manejo de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Investigações futuras com delineamentos experimentais, maior número de participantes e períodos mais longos de acompanhamento são recomendadas para aprofundar a compreensão sobre o impacto dessas intervenções nos desfechos clínicos e comportamentais relacionados ao controle da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, C. D. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hipertensão arterial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, e8407, 2019.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.
- BARROSO, W. K. S. et al. Prevalência de Hipertensão Mascarada e do Avental Branco em Pré-Hipertensos e Hipertensos Estágio 1 com uso de TeleMRPA. Telemedicina do Diagnóstico da Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 113, n. 5, p. 970-975, 2019.
- BERNARDES, M. S. et al. Tecnologia Móvel para a Gestão da Saúde de Idosos: revisão da literatura. **XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. p. 1081-1088, Goiânia, 2016.
- BRANDÃO, Andréa Araujo et al. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025*. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 122, n. 9, e20250624, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Unidade de Atenção Primária: avaliação clínica. **Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília, 2021.
- BRASIL. Vigitel Brasil 2016. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, 2016.
- CASTRO, C. G. B. C. Ensaio Clínico Controlado Randomizado Sobre o uso de *Short Message Services* (SMS) na Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. UERJ, 2021.
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2013
- CARVALHO, A. L. M. et al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em hipertensos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V. 20, n. 1, p. 17-24, 2016.
- COELHO, E. B. et al. Relação entre adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial em pacientes atendidos na atenção primária à saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 162-167, 2005.
- COSTA, Y. F. et al. O papel Educativo do Enfermeiro na Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da saúde (1995)**, v. 38, n. 4, p. 473–481, 2014.
- DOURADO, C. S. et al. Adesão ao Tratamento de Idosos com Hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.
- FABENE, M. R. et al. Ação de Comunicação em Saúde no WhatsApp com base no Perfil Digital de Portadores de Hipertensão e Diabetes. **O Mundo da Saúde**, v. 44, n. 01, p. 012–022, 2020.
- FARIAS, A. A. et al. Principais Fatores que Dificultam ao Tratamento da Hipertensão Arterial. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n.10, 2022.
- FILHO, I. M. M. et al. Enfermagem no Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na

Atenção Primária: contribuições para a saúde planetária. **Revista Nursing**, v. 27, n. 311, p. 10148-10155, 2024.

FRIAS, J. et al. Effectiveness of Digital Medicines to Improve Clinical Outcomes in Patients With Uncontrolled Hypertension And Type 2 Diabetes: prospective, open-label, cluster-randomized pilot clinical trial. **Journal of medical internet research**, v. 19, n. 7, p. e246, 2017.

FURTADO, R. H. de M. Os Desafios na Adesão ao Tratamento do Paciente com Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 29, n. 3, 2022.

HEIDEMANN, H. M.; ROSA, H. F. Ação De Prevenção E Combate à Hipertensão Arterial: um relato de experiência em uma liga acadêmica de medicina. **Revista Ciência Plural**, v. 10, n. 1, p. 1–12, 2024./

HOWITT, P. et al. Technologies for Global Health. **Lancet.**, v. 380, p. 507-535, 2012.

IBGE. Percepção do Estado de Saúde, Estilos de vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** Pesquisa Nacional de Saúde, v. 4, 2019.

JARDIM, P. C.B. V. et al. I Posicionamento Brasileiro sobre Pré-Hipertensão, Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada: diagnóstico e conduta. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 102, n. 2, p. 110-119, 2014.

JULIÃO, N. A. Tendências na Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil ao longo de uma Década (2008-2019). **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 26, n. 9, p. 4007-4019, 2021.

KAMAL, A. K. et al. A Randomized Controlled Behavioral Intervention Trial to Improve Medication Adherence in Adult Stroke Patients With Prescription Tailored Short Messaging Service (Sms)-Sms4stroke Study. **BMC neurology**, v. 15, n. 1, p. 212, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MENEZES, T. A. et al. Expectativa de Vida Livre de Hipertensão nas Populações de Idosos do Ceará, Região Nordeste e Brasil. **VIII Simpósio de Atuária.** Universidade Federal do Ceará. Fprrtaleza-CE. 2019.

MENNI, C. et al. Heritability Analyses Show Visit-To-Visit Blood Pressure Variability Reflects Different Pathological Phenotypes In Younger And Older Adults: evidence from UK twins. **J Hypertens.** 2013; 31(12):2356-61.

MENTE, A. et al. Urinary Sodium Excretion, Blood Pressure, Cardiovascular Disease, And Mortality: A Community-Level Prospective Epidemiological Cohort Study. **Lancet.** 2018; v. 392, n.10146, p. 496–506, 2018.

MILL, J. G. et al. Estimativa do Consumo de Sal pela População Brasileira: resultado da pesquisa nacional de saúde 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, n. 2, 2019.

MIRANDA, G. M. D. et al. O Envelhecimento Populacional Brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr.**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORAIS, J. B. de S. Barreiras e Facilitadores para o Acompanhamento Regular da Pessoa com Hipertensão na Atenção Primária à Saúde. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / Universidade Federal do Rio Grande do Norte.** Natal, 2023.

MOREIRA, M. F. et al. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 184–188, 2003.

MORILLA, M. D. R. et al. Implementing Technology In Healthcare: Insights From

Physicians. **BMC medical informatics and decision making**, v. 17, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, E. A. F. et al. Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS.*, v. 14, n.3, p. 319-326, 2011.

OMS. Adherence to Long Term Therapies: evidence for action. Geneva, 2003.

OMS. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: report of a joint

OMS. Diminuindo diferenças: as práticas das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Genebra, 2011.

WHO/FAO expert consultation. **WHO Technical Report Series**, 916, 2002.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 261-267, 1994.

POLANCZYK, C. A. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares no Brasil: A Verdade Escondida nos Números. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 115, n. 2, p. 161–162, 2020.

PÓVOA, R. Hipertensão e Risco Cardiovascular: associação direta com os valores pressóricos. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 121, n. 7, 2024.

RAYMUNDO, A. C. N.; PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 811-819, 2014.

SARAIVA, L. C. et al. Cardiovascular and antropometric analysis of intervention with technological support in hypertensives: a randomized clinical trial. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 851-859, 2020.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 1ª Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, p. 1-28, 2005.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. Capítulo 7 – Tratamento Medicamentoso Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 107, n. 3, p. 35-40, 2016.

SILVA de JESUS, N. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial após Participação no ReHOT. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n. 5, p. 437-445, 2016.

SILVA, E. C. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista brasileira de epidemiologia [Brazilian journal of epidemiology]**, v. 19, n. 1, p. 38–51, 2016.

SILVA, E. B. et al. Perfil metabólico e terapêutica medicamentosa de pacientes com síndrome metabólica: um estudo retrospectivo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 3, e2689, 2020.

SINGH, G.M. et al. The Age Associations of Blood Pressure, Cholesterol and Glucose: analysis of health examination surveys from international populations. *Circulation*. 2012;125(18): 2204-11.

SOUZA SÁ, J. et al. Cienciometria em Intervenções Usadas para Adesão ao Tratamento de Hipertensão e Diabetes. *Einstein*. v. 18, p. 1-11, 2020.

VIEIRA, G. C. et al. Uso de um aplicativo de mensagens para estimular a adesão ao

tratamento da hipertensão arterial. **Encontro de Extensão Universitária da UFCG**, Campina Grande, 2022.

WELSH, C. E. et al. Urinary sodium excretion, blood pressure, and risk of future cardiovascular disease and mortality in subjects without prior cardiovascular disease. **Hypertension**, v. 73, n. 6, p. 1202–1209, 2019.

ANEXO I

Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica¹

Código: _____ - () GI () GC – Período: () Pré () Pós

ITENS
1 - Alguma vez deixou de tomar sua medicação para 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 ☐ 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 ☐ 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 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 em sal
7 - Ao iniciar o tratamento para 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 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 consumi carnes brancas no mínimo 4 vezes por semana

9 - Ao iniciar o tratamento para 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 pelo menos 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)?

☐ 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 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

¹Fonte: Rodrigues (2012)

ANEXO II

Parecer Consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Eficácia de mensagens de Áudio de Aplicativos Móveis no Apoio a Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: Programa Hipertensão em Alerta.

Pesquisador: MARCELO GOMES BARREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90978525.9.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.772.774

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado tem como foco o estudo do controle e eficácia de um programa de assistência ao paciente hipertenso. A investigação busca avaliar a eficácia de mensagens de áudio de aplicativos móveis no apoio a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por meio da criação de um programa educativo chamado de "Hipertensão em Alerta". O texto traz à tona a problemática da adesão ao tratamento. Fica claro nos elementos pré-textuais que se trata de projeto de dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família (PPGSF)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a eficácia de mensagens de áudio de aplicativos móveis no apoio a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Objetivos Secundários:

- Criação do programa educativo - "Hipertensão em Alerta".
- Descrever as características sociodemográficas, clínicas, de tratamento e acompanhamento nos serviços de saúde dos participantes do estudo;
- Mensurar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HA desses participantes;

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: 7.772.774

- Identificar a principal dificuldade dos participantes para aderir ao tratamento anti-hipertensivo;
- Averiguar a existência de diferença da adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo após o período de intervenção com o Programa Hipertensão em Alerta (entre grupos);
- Analisar a eficácia da estratégia educativa de mensagens de aplicativos móveis de acordo com a dificuldade dos participantes para aderir e de suas características sociodemográficas e clínicas.
- Investigar os padrões de relacionamentos dos fatores de risco e sociodemográficos com a hipertensão dos pacientes.
- Analisar o discurso de pacientes com hipertensão arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família sobre a adesão ao tratamento.
- Compreender, a partir dos discursos, as facilidades e dificuldades enfrentadas na adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A segunda versão do projeto apresenta os riscos, modos de atenuação e benefícios adequados às diretrizes éticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador atendeu às revisões solicitadas em apenas um documento. A segunda versão do projeto está adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A segunda versão do projeto está adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A segunda versão do projeto está adequada.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. O CEP dá ciência sobre a demanda futura da postagem dos relatórios de pesquisa parcial e final na Plataforma Brasil de acordo com a Resolução n. 486/12, conforme a qual:

II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;

II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos

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: 7.772.774

relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento);

Ou, especificamente, refere-se à demanda do Relatório Final de acordo com a Resolução n. 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, conforme as quais o pesquisador deve apresentar no Relatório Final do projeto que foi desenvolvido, conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

2. Salieta-se que as demandas expressas no presente processo estão respaldadas pelas recomendações que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS) fornece aos CEPs locais.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2486801.pdf	14/08/2025 08:54:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarceloCEP2.pdf	14/08/2025 08:54:15	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	CARTAEMRESPOSTAAOAVALIADOR3.pdf	14/08/2025 07:33:22	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	carta2.pdf	04/08/2025 07:18:05	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAAVALIADORassinado.pdf	30/06/2025 21:48:12	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	encaminhamentoassinado.pdf	30/06/2025 21:47:20	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	onusassinado.pdf	30/06/2025 21:46:08	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	INSTRUMENTOSDECOLETA.pdf	30/06/2025 20:32:25	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	curriculoJairo.pdf	30/06/2025 20:30:53	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Outros	curriculoMarcelo.pdf	30/06/2025 20:30:27	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	30/06/2025	JAIRO DOMINGOS	Aceito

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: 7.772.774

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20:28:39	DE MORAIS	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.pdf	30/06/2025 20:27:34	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/06/2025 20:21:59	JAIRO DOMINGOS DE MORAIS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rostoassinado.pdf	19/01/2025 12:45:40	MARCELO GOMES BARREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 18 de Agosto de 2025

Assinado por:
Edmara Chaves Costa
(Coordenador(a))

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

APÊNDICE I

Banco de Mensagens

BOAS-VINDAS

Olá, seja muito bem-vindo(a) ao Programa Hipertensão em Alerta! Agradecemos por contar conosco! Você vai receber mensagens por este contato. Vai uma dica: salva aí! (88) 9 8235-7031.

ANIVERSÁRIO

Oi, [NOME DO PARTICIPANTE]. Parabéns! Estamos felizes em comemorar seu aniversário! Aproveite muito bem este dia, pois ele é totalmente dedicado a você! Equipe Hipertensão em Alerta.

FINALIZAÇÃO

Estamos encerramos nossas atividades, hoje. Obrigado por estar conosco até aqui! Foi um prazer poder ajudar você e, também, contar com a sua participação. Siga seu tratamento, e muita saúde! Equipe Hipertensão em Alerta.

DIFICULDADE: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1. Comer frutas ajuda no controle da sua pressão. Você sabia disso? Então, bóra comer frutas! Equipe Hipertensão em Alerta.
2. Que tal uma saladinha no almoço? Quanto mais colorido for seu prato, mais você estará se ajudando no controle da sua pressão. Vamos colorir o almoço de hoje? Equipe Hipertensão em Alerta.
3. Já sabe o que vai comer, hoje, no almoço? Não?! Então, vai uma dica aí: Carne vermelha magra, pode! Frango e peixe, também pode. Afinal, todos estes alimentos têm pouca gordura. Equipe Hipertensão em Alerta.
4. Com relação a frutas e verduras, você sabe o tanto que pode comer por dia? Você pode comer até 10 porções. Já comeu alguma hoje? Pois, vai lá, e coma sem culpa! Equipe Hipertensão em Alerta.
5. Você toma leite? Se sim, deixa eu te dar uma dica: Os leites desnatado e semidesnatado têm menos gordura e, por isso, são mais saudáveis. Se for tomar leite, toma um destes que te falei, tá?! Equipe Hipertensão em Alerta.
6. Dê preferência a alimentos integrais, começando pelo pão. O pão integral é mais saudável e ajuda a manter sua pressão controlada. Equipe Hipertensão em Alerta.
7. Hummm..., que tal sementes e grãos? 2 colheres de sopa de linhaça ou aveia, 4 vezes por semana, ajudam no funcionamento do intestino e no controle da hipertensão. Equipe Hipertensão em Alerta.
8. Você sabia que o azeite de oliva é mais saudável do que o óleo de cozinha? Então, quando for consumir, dê preferência a o azeite extravirgem. Equipe Hipertensão em Alerta.
9. O que você passa naquele pão quentinho, na hora da merenda: manteiga ou margarina? Só uma dica: a margarina light é mais saudável. Bóra mudar? Equipe Hipertensão em Alerta.
10. Você gosta de uma comidinha temperada? Vai uma dica aí: aqueles molhos e temperos prontos que são vendidos no mercantil têm muito sal e ajudam a aumentar a sua pressão. Fuja deles! Equipe Hipertensão em Alerta.
11. Para fazer aquele almoço temperado, gostoso e cheiroso, use temperos naturais! Pimenta e alho são uma boa sugestão. Equipe Hipertensão em Alerta.
12. Quer manter a sua pressão controlada? Evite consumir doces e bebidas com

açúcar! Equipe Hipertensão em Alerta.

13. Quer uma dica para diminuir sua pressão? Diminua no sal. Isso vai te ajudar! Equipe Hipertensão em Alerta.
14. Dizem que a melhor comida é a de casa. Você também acha? Saiba que a comida feita em casa é a melhor, exatamente por você poder controlar a quantidade de sal que é colocado nela. Equipe Hipertensão em Alerta.
15. Você faz suas refeições com o saleiro na mesa? Pois, pode tirar ele de perto de você. Não coloque mais sal no seu alimento. Equipe Hipertensão em Alerta.
16. Você sabe o tanto de sal que pode ingerir por dia? Somente 2g! Isso é o mesmo que 3 colherinhas de café rasas de sal. Abra o olho! Equipe Hipertensão em Alerta.
17. Você compra muito alimentos em conserva? Vai uma dica: veja sempre a tabela nutricional no rótulo. Dê preferência a alimentos naturais, que têm menos sal que os em conserva. Equipe Hipertensão em Alerta.
18. Você pode encontrar o cálcio no leite, sabia? Tomar até 3 copos de leite desnatado ou semidesnatado por dia. Isso vai ajudar a controlar a sua hipertensão. Equipe Hipertensão em Alerta.
19. Você gosta de chocolate? Realmente, é uma delícia! Mas, vai uma dica aí: dê preferência ao chocolate amargo. Ele é ofende sua saúde menos que o chocolate ao leite. Equipe Hipertensão em Alerta.
20. Seja curioso! Mantenha-se informado sobre o que você come. Leia sobre os benefícios dos alimentos naturais e observe a tabela nutricional dos industrializados. Depois, você me diz o que achou! Equipe Hipertensão em Alerta.

DIFICULDADE: PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

1. Que tal se exercitar, hein?! Pratique exercícios de, pelo menos 30 minutos, cinco vezes na semana. Equipe Hipertensão em Alerta.
2. As atividades físicas podem ajudar você a manter a sua hipertensão controlada. Comece devagar, nem que seja com uma atividade mais fácil, como caminhar, mas comece. Equipe Hipertensão em Alerta.
3. Você tem alguma companhia nas atividades físicas? Convide alguém para se exercitar com você ou acompanhe alguém já faz. Equipe Hipertensão em Alerta.
4. Estimule sempre o melhor nas pessoas. Estime os outros a ter um estilo de vida mais saudável. Fale sobre a importância de praticar alguma atividade física. Equipe Hipertensão em Alerta.
5. Fique sabendo: apenas praticar atividades físicas não ajuda a perder peso e a controlar a hipertensão. É preciso, também, estar atendo a alimentação. Equipe Hipertensão em Alerta.
6. Cada um é cada um, e a prática de atividades físicas deve ser diferente para cada pessoa. Para se manter saudável, um exercício leve já é o suficiente. Equipe Hipertensão em Alerta.
7. No planejamento do seu dia, tenha sempre 30 minutos para se exercitar. Esse tempinho praticando alguma atividade física já ajuda no controle da sua pressão.
8. Quer mais disposição para aguentar as atividades do dia-dia? Pratique alguma atividade física! Diz aí, você prefere praticar pela manhã ou à noite? Equipe Hipertensão em Alerta.
9. Vai iniciar alguma atividade física? Não inicie com atividade pesada, que a chance de você desistir é maior. Respeite a sua condição, o seu tempo e inicie com atividades leves. Depois, você vai aumentando a intensidade à medida que se sentir confortável. Equipe Hipertensão em Alerta.

10. Vai iniciar as atividades físicas? Pois, comece pelas que você gosta de fazer e que te façam se sentir confortável para praticar cinco vezes por semana. Equipe Hipertensão em Alerta.
11. Não inicie atividades físicas se você não estiver se sentindo bem, pois sua pressão pode estar elevada. Equipe Hipertensão em Alerta.
12. Caso não se sinta confortável durante a realização das atividades físicas, diminua o ritmo delas ou, até mesmo, pare, pois sua pressão pode estar elevada. Equipe Hipertensão em Alerta.
13. Após a realização das atividades físicas, descanse! Isso dará a você mais disposição para as demais atividades que você ainda irá realizar no decorrer do dia. Equipe Hipertensão em Alerta.
14. Quem disse que toda atividade física precisa ser dentro de uma academia? Praticar atividades físicas ao ar livre pode ser muito divertido também. Equipe Hipertensão em Alerta.
15. Vai praticar exercícios? Então, antes, coma alguma coisa bem leve. Isso pode evitar você se sentir mal durante as atividades. Equipe Hipertensão em Alerta.
16. Sentindo dores durante os exercícios físicos? Isso indica que essa atividade não é a mais indicada para você. Sendo assim, diminua o ritmo dela ou escolha outra atividade que seja mais confortável para você. Equipe Hipertensão em Alerta.
17. Iniciou os exercícios físicos? Então, a partir daí, acompanhe a sua perda de peso. Basta se pesar uma vez por semana. Isso vai estimular você a permanecer firme nas atividades. Equipe Hipertensão em Alerta.
18. Você vai continuar tomando as suas medicações, conforme a prescrição médica, mesmo realizando as atividades físicas. Saiba que um ajuda na ação do outro. Equipe Hipertensão em Alerta.
19. Não encontrou uma pessoa conhecida para praticar os exercícios com você? Não desanima! Insiste, pois, daqui a pouco, aparece alguém para te fazer companhia. De repente, essa é a oportunidade para você fazer novas amizades. Equipe Hipertensão em Alerta.
20. Realize atividades que são adequadas para a sua idade. Faça exercícios que agradem você e que façam se sentir bem. Ânimo! Equipe Hipertensão em Alerta.

DIFICULDADE: TOMADA DE MEDICAMENTOS DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO

1. Retornou da consulta médica? Então, preste atenção à prescrição! Tome os remédios nos horários corretos. Fique ligado(a)! Equipe Hipertensão em Alerta.
2. E aí, já tomou o seu remédio da pressão, hoje, hein?! Tome certinho, do jeito que está na receita médica. Equipe Hipertensão em Alerta.
3. Uma dica: quando você se esquecer de tomar um comprimido no horário certo, tome-o logo que lembrar. Nunca tome duas doses de uma vez só, para não se sentir mal. Equipe Hipertensão em Alerta.
4. Está com sua pressão controlada? Parabéns! Continue tomando seu remédio para hipertensão, pois é ele que está ajudando você a se sentir melhor. Equipe Hipertensão em Alerta.
5. Esquecer quais remédios têm que tomar hoje? Então, pega papel e caneta e anota os nomes dos remédios, os horários e a quantidade que precisa tomar. Deixa esse lembre em um local visível, tá?! Equipe Hipertensão em Alerta.
6. Mora com mais pessoas? Então, combina com alguém para estar ajudando você a se lembrar de tomar os remédios. Equipe Hipertensão em Alerta.
7. Para não se esquecer de tomar os seus remédios, faça o seguinte: pegue o seu celular

e use a função “despertador” dele para programar que ele toque nos horários de você tomar os remédio. Garanto que isso vai te ajudar, e muito! Equipe Hipertensão em Alerta.

8. Vai tomar os remédios da hipertensão? Nunca os tome de barriga vazia. Coma algo antes. Equipe Hipertensão em Alerta.
9. Quer ter a pressão controlada? Então, tome os seus remédios da hipertensão nos horários corretos, tenha uma alimentação saudável e pratique atividades físicas. Garanto à você que fazendo assim dá tudo certo! Equipe Hipertensão em Alerta.
10. Considere seus medicamentos como aliados. Então, compareça às consultas regularmente, faça atividades físicas e tenha uma alimentação saudável. Equipe Hipertensão em Alerta.
11. Seja curioso! Passaram remédio para controlar sua pressão? Então, pegue a bula do remédio e leia. Na consulta seguinte, você pergunta para que serve cada medicação. Equipe Hipertensão em Alerta.
12. Você sabia que cada remédio para hipertensão tem uma função? Por isso a importância de tomá-los certinhos, cada qual na sua hora e quantidade certa. Equipe Hipertensão em Alerta.
13. Já tomou os seus remédios da pressão hoje? Preste atenção às doses e aos horários. Equipe Hipertensão em Alerta.
14. Caso esteja achando que algum medicamento que você está tomando não está lhe fazendo muito bem, anote tudo o que você está sentindo e converse com os profissionais que acompanham você. É muito importante os profissionais de saúde saberem como você está reagindo à medicação. Equipe Hipertensão em Alerta.
15. Vai sair ou vai viajar? Leve os medicamentos com você! Assim, você evita pular horários. Equipe Hipertensão em Alerta.
16. Tome os remédios conforme a prescrição, nem mais, nem menos, mesmo que esteja achando que sua pressão esteja elevada. Nestes casos, o melhor a fazer é procurar um serviço de saúde. Equipe Hipertensão em Alerta.
17. Passando só pra lembrar: a hipertensão é uma doença que não tem cura! Por isso é tão importante tomar corretamente as medicações. Por acaso, você já tomou a sua hoje? Equipe Hipertensão em Alerta.
18. Os remédios e a tomada deles nos horários corretos devem fazer parte da sua rotina. Fique ligado aos horários e à quantidade correta. Equipe Hipertensão em Alerta.
19. Quer manter sua pressão controlada? Então, você deve tomar seus remédios rigorosamente, conforme prescrição médica, e alimentar-se de modo saudável. Equipe Hipertensão em Alerta.
20. Está bem pertinho da sua próxima consulta! Fale com a enfermeira, no caso de estar tendo dificuldade em tomar alguma medicação. Equipe Hipertensão em Alerta.

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPANHADOS NA APS DA LOCALIDADE URUQUÊ, QUIXERAMOBIM-CE.

1. Nome completo (opcional): _____

2. Idade (em anos): _____

3. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outro: _____

4. Estado civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a) / União estável

☐ Separado(a) / Divorciado(a)

☐ Viúvo(a)

5. Quantas pessoas moram com você? _____

6. Você sabe ler e escrever?

☐ Sim

☐ Não

☐ Um pouco

7. Até que série você estudou?

☐ Nunca estudou

☐ Até o 5º ano (antiga 4ª série)

☐ Até o 9º ano (antiga 8ª série)

☐ Ensino médio completo

☐ Ensino superior (faculdade)

8. Você trabalha atualmente?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, com o que trabalha? _____

9. Qual é a principal fonte de renda da sua casa?

☐ Agricultura / roça

☐ Aposentadoria / pensão

☐ Benefício social (ex: Bolsa Família, Auxílio Brasil)

☐ Salário de trabalho com carteira assinada

☐ Trabalho informal (ex: bicos)

10. Qual é a renda total da sua casa por mês (somando tudo)?

☐ Menos de 1 salário-mínimo

☐ De 1 a 2 salários-mínimos

☐ Mais de 2 salários-mínimos

☐ Não sabe / prefere não informar

11. Você recebe algum benefício do governo?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual? _____

12. Você tem plano de saúde particular?

☐ Sim

☐ Não

13. Qual sua religião (se tiver)?

☐ Católica

☐ Evangélica

☐ Espírita

☐ Sem religião

☐ Outra: _____

14. Há quanto tempo tem pressão alta (hipertensão)?

☐ Menos de 1 ano

☐ Entre 1 e 5 anos

☐ Mais de 5 anos

15. Como você costuma vir à unidade de saúde?

☐ A pé

☐ De moto

☐ De carro

☐ Transporte da prefeitura

☐ Outro: _____

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO CLÍNICO E DE TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPANHADOS NA APS DA LOCALIDADE URUQUÊ, QUIXERAMOBIM-CE.

1. Há quanto tempo você tem hipertensão (pressão alta)?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 5 anos
- ☐ Mais de 5 anos

2. Quem lhe informou que você tem pressão alta?

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Agente de saúde
- ☐ Outro: _____

3. Você toma remédio para pressão alta todos os dias?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se não, por quê? _____

4. Quem lhe entregou o remédio da pressão?

- ☐ Posto de saúde (SUS)
- ☐ Compra na farmácia
- ☐ Ganha de parentes ou vizinhos
- ☐ Outro: _____

5. Você já deixou de tomar o remédio por algum motivo?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por qual motivo? _____

6. Você costuma medir a pressão com frequência?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, com que frequência?

- ☐ Toda semana
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Só quando sente algo
- ☐ Outro: _____

7. Quando sua pressão está alta, você sente algum sintoma?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, o que sente?

- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Tontura
- ☐ Falta de ar
- ☐ Cansaço
- ☐ Outro: _____

8. Você fuma (cigarro, cigarro de palha, etc.)?

☐ Sim

☐ Não

☐ Já fumou, mas parou

9. Você costuma beber bebida alcoólica?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, com que frequência?

☐ Todos os dias

☐ Finais de semana

☐ De vez em quando

10. Como está sua alimentação? Você:

☐ Come sal em excesso

☐ Usa pouco sal ou sem sal

☐ Come fritura com frequência

☐ Come frutas e verduras todos os dias

☐ Segue alguma dieta orientada pela equipe de saúde

11. Você faz alguma atividade física (caminhada, capinar, dançar, etc.)?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, com que frequência?

☐ Todos os dias

☐ Algumas vezes por semana

☐ De vez em quando

12. Você participa das consultas no posto de saúde para cuidar da pressão?

☐ Sim

☐ Não

Se não, por quê? _____

13. Você já foi orientado(a) pela equipe de saúde sobre a importância de cuidar da pressão?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não lembro

APÊNDICE IV

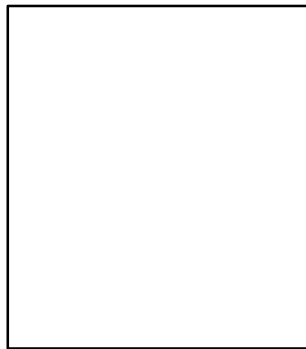
Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, MARCELO GOMES BARREIRA, Cirurgião-Dentista, aluno do Curso de Mestrado em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Formação em Saúde da Família (RENASF), pela nucleadora Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação do Prof. Dr. Jairo Domingos de Moraes, estou desenvolvendo uma pesquisa, intitulada “Efetividade de Mensagens de Áudio para Adesão ao Tratamento de Hipertensos de um Município do Interior do Ceará”, cujo objetivo é avaliar a eficácia de mensagens de áudio de aplicativos móveis no apoio a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os benefícios da pesquisa são: gerar maior conhecimento sobre os cuidados para o controle da hipertensão arterial; recebimento de informações educativas por meio de mensagens de áudio com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e uso correto da medicação; estímulo a adesão ao tratamento e ao autocuidado, podendo contribuir no controle da pressão arterial e melhoria da qualidade de vida; possibilidade de fortalecer o vínculo com a unidade de saúde e com os profissionais envolvidos no seu cuidado. No que tange aos riscos, estes podem ser: desconforto leve durante a realização das medidas físicas (peso, altura e circunferência abdominal), especialmente se houver insegurança com o próprio corpo; cansaço leve ou incômodo emocional ao responder os questionários; exposição de informações pessoais, caso o celular utilizado seja compartilhado com outras pessoas. No entanto, serão adotadas medidas para garantir a privacidade dos participantes Este convite é para participação nesta pesquisa, na qual serão coletados dados sobre o(a) senhor(a), por meio do preenchimento de um questionário agora, e três meses depois. Caso aceite participar, o(a) senhor(a) poderá ser incluído(a) num grupo de pessoas que participarão de intervenção educativa, que consiste no envio de mensagens de áudio para o seu telefone celular, duas vezes por semana, em dias fixos, segundas e sextas-feiras, no horário de 9 às 11h, com a finalidade de ajudá-lo(a) a aderir ao tratamento da hipertensão arterial, e ficará ciente que a participação é livre e que não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Todas as informações coletadas sobre o(a) senhor(a) terão sigilo garantido, assim como fica assegurado o seu direito de continuar ou desistir de participar desta pesquisa no momento que desejar, podendo fazê-lo por meio de ligação telefônica para o número (88) 9 8235-7031 ou, ainda, através do envio de mensagem com o áudio ‘PARE’ para o mesmo número. A desistência da sua participação na pesquisa não trará qualquer prejuízo a sua saúde ou ao seu atendimento na unidade de atenção primária à saúde onde realiza o acompanhamento e tratamento para hipertensão arterial. Os dados coletados serão apresentados ao Curso de Mestrado em Saúde da Família e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando a confidencialidade de sua identidade. Sendo assim, sua participação é importante para nós e para o aperfeiçoamento do cuidado oferecido às pessoas com hipertensão arterial. Em caso de dúvida ou alguma consideração 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: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>.

O abaixo assinado _____, _____ anos, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E, declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo”.

Quixeramobim, _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa



Impressão Datiloscópica

Marcelo Gomes Barreira
Cirurgião-Dentista Pesquisador