



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ANA LARISSA GOMES MACHADO

**EFEITO DO CÍRCULO DE CULTURA NA ADESÃO AO TRATAMENTO E NO
LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS**

FORTALEZA

2015

ANA LARISSA GOMES MACHADO

**EFEITO DO CÍRCULO DE CULTURA NA ADESÃO AO TRATAMENTO E NO
LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M129e Machado, Ana Larissa Gomes.
 Efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no letramento em saúde de idosos hipertensos / Ana Larissa Gomes Machado. – 2015.
 135 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
 Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.
1. Saúde do Idoso. 2. Educação em Saúde. 3. Hipertensão. 4. Alfabetização em Saúde. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.7365

ANA LARISSA GOMES MACHADO

**EFEITO DO CÍRCULO DE CULTURA NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO E NO
LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças
Universidade Estadual do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

Não existe sentimento mais nobre e que expresse melhor o que representa esse momento para mim do que a gratidão. Minha vida acadêmica, sempre tão intensa, hoje ganha um novo sentido e horizontes nem imaginados até então. A conclusão do Curso de Doutorado foi um momento muito esperado e tenho orgulho do trabalho que realizei e dos amigos que fiz ao longo dessa caminhada. Sou muito grata a todos que partilham comigo a alegria dessa conquista.

Agradeço a Deus por sua infinita misericórdia e amor incondicional! Obrigada Pai por tantas graças alcançadas e por me capacitar para realizar meu trabalho e chegar a esse momento com minha fé fortalecida e meu coração cheio de esperança.

Aos meus pais tão amados, Nazinha Machado e Francisco das Chagas Machado, por dedicarem suas vidas a mim e aos meus irmãos e nunca deixarem de acreditar na minha capacidade de ser mais e melhor. Nós sabemos o quanto foi difícil chegar até aqui, mas tudo valeu à pena.

Aos meus irmãos tão queridos, Anailza Machado e Winner Machado, com quem partilho o melhor de mim todos os dias e aprendo a ser mais paciente e a dar mais do que pedir.

À Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, minha orientadora, pela confiança, ensinamentos e amizade. Agradeço por compreender minhas ausências, principalmente quando precisei viajar a trabalho e por entender as minhas limitações.

Aos professores da Pós-graduação, em especial, Profa. Thelma Araújo, Profa. Elisângela Teixeira, Profa. Priscila Aquino, Profa. Cristiana Brasil, Profa. Patrícia Neiva Pinheiro e Profa. Ana Karina Bezerra pelos ensinamentos valiosos e incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Aos integrantes da banca examinadora, pelos quais tenho muita admiração, afeto e respeito. Obrigada pelas contribuições para o aprimoramento desse estudo.

Aos amigos da Pós-graduação, Ana Cristina Pereira, Thábyta Araújo, Álissan Martins, Queliane Carvalho e Gilvan Felipe pelas conversas, apoio, amizade, lágrimas, sorrisos e conhecimentos compartilhados ao longo do Doutorado.

Aos amigos que são riquezas na minha vida, Michel Ângelo Araújo, Paulo Henrique Rebouças, Márcia Veron, Marlos Araújo, Ana Izabel Nicolau e Marília Braga pelo carinho, preocupação, atenção e escuta.

À Suerda Cristina Pereira por toda atenção e carinho. Muito obrigada pela sua disposição em me ajudar, pela escuta e por sua amizade.

À Nathéssia Marques e Eugênio Melo pela contribuição na elaboração das figuras e Edgar Sampaio pela análise estatística do trabalho.

Aos colegas professores da UFPI/Campus de Picos-PI, Profa. Laura Formiga, Profa. Ana Karla Sousa, Profa. Andressa Oliveira, Profa. Suyanne Freire, Profa. Ana Roberta da Silva, Profa. Luisa Helena Oliveira e Profa. Edina Araújo pelo aprendizado e lutas compartilhadas.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC/UFPI) que de forma incansável e determinada auxiliaram na coleta de dados dessa pesquisa. Toda minha gratidão a Ingrid Holanda, Ana Zaira da Silva, Ana Danúcia Rodrigues, Kelliane Costa, Mayara Ibiapina, Samara Barros, Poliana Oliveira, Juliana Caetano, Maria Aline Rodrigues, Jaqueline Nogueira, Maryanna Barreto, Izabel Cristina Feitosa, Andreza Alves, Emanuela Antunes, Clayanne Braga, Eveline Fontes, Fernanda Borges, Núbia Cristina, Ticiane Muniz e Tamires Mendes.

Aos idosos participantes do estudo por sua colaboração, compreensão, paciência, e imensa vontade de contribuir com a realização dos Círculos de Cultura. Obrigada por doarem seu tempo e compartilharem comigo experiências, desejos, sonhos e dúvidas. Aprendi muito com vocês e agradeço por me receberem nas suas casas e nas suas vidas.

Aos parceiros do estudo Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI e profissionais das Unidades de Saúde da Família dos bairros Aerolândia e Canto da Várzea, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde Valdelívia Teles, Rosalba Fernandes, Ivonete Pereira e às enfermeiras Mageany Barbosa e Sanya Araújo. Obrigada por oportunizarem a realização do estudo e colaborarem com a motivação dos idosos para participar.

À Universidade Federal do Piauí por autorizar meu afastamento das atividades docentes e, dessa forma, contribuir com minha qualificação profissional.

À Universidade Federal do Ceará por permitir a realização do Curso de Doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro concedido a essa pesquisa por meio do Edital Universal 14/2013.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI), em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de Doutorado a mim concedida.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo por sua alta prevalência e baixas taxas de controle, principalmente na população idosa. Dessa forma, é precípuo desenvolver intervenções educativas que ampliem a participação do idoso hipertenso no processo de cuidado para melhorar sua adesão ao tratamento. Objetivou-se analisar o Círculo de Cultura como promotor do letramento em saúde e adesão terapêutica em idosos com hipertensão. Estudo quase-experimental, realizado com dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC), com realização de pré-teste e pós-teste. O estudo foi realizado em duas unidades de atenção primária à saúde, no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2015, na cidade de Picos-PI. A amostra inicial foi composta por 145 idosos, 73 no GI e 72 no GC, porém devido às perdas, concluíram o estudo 118 idosos, sendo 58 do GI e 60 GC. Para coleta de dados foram utilizados o Questionário de Adesão ao tratamento da HAS (QATHAS) e o instrumento de avaliação do Letramento em Saúde (LS). A intervenção consistiu na realização de quatro Círculos de Cultura, os quais foram conduzidos na unidade básica de saúde com a participação de 60 idosos do GI. Cada Círculo foi desenvolvido em cinco fases interdependentes: acolhimento, expressão, problematização, síntese e avaliação. Os aspectos éticos da resolução 466/12 foram respeitados em todas as fases do estudo. Os idosos tinham, em média, 70,3 ($\pm 7,7$) anos de idade e renda de 1577,7 ($\pm 2365,1$) reais. Predominou na amostra o sexo feminino, raça parda e casados. Após os Círculos de Cultura no GI, verificou-se mudança de nível na escala de adesão ao tratamento da HAS, expressa pelo aumento do percentual de idosos no nível 100, que passou de 27,6% para 41,4%. Além disso, constatou-se diferença significativa na média de pontuação atingida pelos idosos ao responder o QATHAS depois do Círculo de Cultura. Quanto aos níveis de LS, o nível conceitual foi prevalente nos dois grupos antes e depois dos Círculos. O desempenho do GI apresentou melhora nos níveis funcional e empoderamento após as intervenções, mas ao comparar os grupos, o GI apresentou melhor resultado que o GC apenas no nível conceitual no período pós-intervenção. Os aspectos das dimensões do LS em que o GI apresentou mais expressividade em relação ao GC após participação nos Círculos de Cultura foram: compreensão das informações, habilidade para buscar informações, atitudes para resultados e apoio social. Conclui-se que o CC apresentou efeito positivo na adesão ao tratamento da HAS e no LS dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Educação em Saúde. Hipertensão. Alfabetização em Saúde. Enfermagem

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is presented as a serious public health problem in Brazil and worldwide for its high prevalence and low rates of control, especially among the elderly. Thus, it is essential to develop educational interventions that increase the participation of the elderly hypertensive patients in the care process in order to improve their adherence to treatment. This study aimed at analysing the Culture Circle as a promoter of adherence and health literacy of the elderly with hypertension. Quasi-experimental study conducted with two groups: intervention group (IG) and control group (CG), with conduction of pre-test and post-test. The study was held in two primary health care units, from January 2014 to January 2015 in the city of Picos-PI. The initial sample consisted of 145 elderly, 73 in IG and 72 in CG, but due to losses, 118 subjects concluded the study, 58 of IG and 60 CG. For data collection, it was used the SAH Treatment Adherence Questionnaire (QATHAS) and the Literacy Health (LS) assessment tool. The intervention consisted of four Culture Circles, which were carried out in the primary health care unit with participation of 60 elderly of the IG. Each circle was developed in five interdependent phases: reception, expression, questioning, synthesis and assessment. The ethical aspects of Resolution 466/12 were respected at all phases of the study. The elderly had an average of 70.3 ($\pm$ 7.7) years of age and income of R\$ 1577.7 ($\pm$ R\$ 2365.1). It was predominant in the sample: females, mulatto and married. After the Culture Circles in the IG, it was noticed a level change in the scale of SAH treatment adherence expressed by the increase in the percentage of the elderly in level 100, which went from 27.6% to 41.4%. In addition, there was significant difference in the mean score achieved by the elderly to answer the QATHAS after the Culture Circle. As for the LS levels, the conceptual level was prevalent in two groups before and after Circles. The IG performance showed improvement in functional and empowerment levels after the interventions, but when comparing the groups, IG presented better result than GC only at the conceptual level in the post-intervention period. GI was more expressive than the CG after participation in the Culture Circles in the following dimensions of the LS: understanding of information, ability to seek information, attitudes to results and social support. We conclude that the Culture Circle had a positive effect on adherence to treatment of SAH and LS of the elderly.

Keywords: Health of the Elderly. Health Education. Hypertension. Health Literacy. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas.....	25
Quadro 2 – Intervenções educativas de enfermagem para promoção da saúde do idoso.....	28
Quadro 3 – Caracterização dos artigos conforme o domínio de competência das intervenções.....	29
Quadro 4 – Conceitos de Letramento em saúde.	36
Quadro 5 – Seleção da amostra. Picos-PI, 2015.....	46
Quadro 6 – Escala de adesão ao tratamento da HAS.	49
Quadro 7 – Composição dos grupos em cada Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015	53
Quadro 8 – Etapas e momentos de desenvolvimento do Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015..	55
Quadro 9 – Retorno dos idosos do GC. Picos-PI, 2015	56
Quadro 10 – Intervalo entre pré e pós-teste para os idosos do GC sem retorno. Picos-PI, 2015.....	57
Quadro 11 – Áreas temáticas para classificação dos níveis de letramento. Picos-PI, 2015.....	67
Quadro 12 – A Compreensão das informações pelos idosos antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015	67
Quadro 13 – Compreensão das informações nas fases pré e pós-intervenção. Picos-PI, 2015. Picos-PI, 2015	68
Quadro 14 – Atitudes para melhor entendimento das informações antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015	68
Quadro 15 – Frequência de depoimentos acerca da busca por fontes de informação pré e pós-intervenção. Picos-PI, 2015.....	70
Quadro 16 – Dúvidas apresentadas antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015.....	71
Quadro 17 – Atitudes para resultados/Estratégias de enfrentamento apresentadas pelos idosos na fase pós-intervenção. Picos -PI, 2015	72
Quadro 18 – Atitudes para resultados relatadas antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015.....	72
Quadro 19 – Mudanças provocadas na vida de outras pessoas pela informação em saúde partilhada pelo idoso antes e após a intervenção. Picos-PI, 2015.....	74
Quadro 20 – Informações importantes para partilhar com outros idosos antes e após a intervenção. Picos-PI, 2015	74

Quadro 21 – Níveis de Letramento em Saúde dos idosos pré e pós intervenção. Picos-PI, 2015. Picos-PI, 2015	75
Quadro 22 – Dimensões do LS em que o GI apresentou melhor desempenho após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015.....	76
Quadro 23 – Sugestões apresentadas pelos idosos para a primeira situação-problema. Picos-PI, 2015	81
Quadro 24 – Soluções apresentadas pelos idosos para a segunda situação-problema. Picos-PI, 2015	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos estudos analisados.	27
Tabela 2 – Comparação dos grupos de acordo com as variáveis basais. Picos-PI, 2015	60
Tabela 3 – Características relacionadas ao estado de saúde dos idosos. Picos-PI, 2015.....	61
Tabela 4 – Variáveis clínicas dos idosos. Picos-PI, 2015	61
Tabela 5 – Comparação das médias das variáveis clínicas antes e após a intervenção. Picos-PI, 2015.....	63
Tabela 6 – Diferenças nos níveis da escala de adesão entre os grupos antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015.....	64
Tabela 7 – Comparação entre os valores pré e pós-intervenção da adesão ao tratamento da HAS. Picos-PI, 2015	65
Tabela 8 – Satisfação, busca e compreensão das informações em saúde antes e depois dos Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Picos por bairros. Picos-PI, 2015	44
Figura 2 – Critérios de seleção dos idosos participantes do estudo. Picos-PI, 2015	45
Figura 3 – Composição da amostra ao longo do estudo. Picos-PI, 2015	47
Figura 4 – Fluxograma da coleta de dados. Picos-PI, 2015	51
Figura 5 – Etapas do Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015.....	53
Figura 6 – Quadro conceitual para o Letramento em Saúde	58
Figura 7 – Níveis do Letramento em Saúde. Picos-PI, 2015.....	58
Figura 8 – Percentagem dos idosos nos grupos controle e intervenção em cada nível da escala antes e depois do Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015	63
Figura 9 – Materiais utilizados no momento de acolhimento. Picos-PI, 2015.....	77
Figura 10 – Recursos audiovisuais utilizados no momento de expressão. Picos-PI, 2015.	78
Figura 11 – Texto escrito por uma participante do primeiro Círculo no momento de expressão. Picos-PI, 2015	79
Figura 12 – Texto produzido por uma idosa no terceiro Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015.....	80
Figura 13 – Caixas de medicamentos confeccionadas para a etapa de problematização. Picos- PI, 2015	81
Figura 14 – Placas utilizadas no momento de avaliação. Picos-PI, 2015.....	83
Figura 15 – Mural da satisfação montado pelos idosos nos quatro Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AMA	<i>American Medical Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Base de dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Circunferência Abdominal
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Círculo de Cultura
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CKD	<i>Chronic Kidney Disease</i>
DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
DC	Doenças Crônicas
DC	Doença Cardíaca
DCV	Doenças Cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EC	Ensaio Clínico
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FI	Fontes de Informação
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
GPesC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corpórea
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRC	Insuficiência Renal Crônica

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LS	Letramento em Saúde
NE	Nível de Evidência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PubMed	<i>Public/Publish Medline</i>
QATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão
RCV	Risco Cardiovascular
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SISHIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliária
WebQDA	<i>Software</i> de apoio à análise qualitativa
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral	22
2.2	Específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	Competências de promoção da saúde em intervenções educativas realizadas por enfermeiros para promover a saúde do idoso	24
3.2	Letramento em saúde	34
4	REFERENCIAL TEÓRICO	39
5	MÉTODO	42
5.1	Tipo do estudo	42
5.2	Local da pesquisa	43
5.3	Participantes do estudo e critérios de seleção	45
5.4	Cálculo da amostra	46
5.5	Instrumentos de coleta de dados	48
5.6	Coleta de dados	50
5.7	Análise dos dados	57
5.8	Aspectos éticos	59
6	RESULTADOS	60
6.1	Efeitos do Círculo de Cultura	62
6.1.1	<i>Parâmetros Clínicos</i>	62
6.1.2	<i>Nível de adesão ao tratamento da HAS</i>	63
6.1.3	<i>Descrição do Letramento em saúde</i>	65
7	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	77
8	DISCUSSÃO	86
8.1	Níveis de adesão ao tratamento da HAS e do LS	86
8.2	Intervenção Educativa - Círculos de Cultura	95
9	CONCLUSÕES	103
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – PARTICIPANTES DO GRUPO	

INTERVENÇÃO	121
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) – PARTICIPANTES DO GRUPO CONTROLE.	122
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – QATHAS	123
ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS	127
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	130
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QATHAS	133
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LS	135

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo por sua alta prevalência e baixas taxas de controle, constituindo-se como principal fator de risco clínico para as doenças cardiovasculares (DCV).

Para a definição da HAS consideram-se os valores de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg medidos em consultório. A cada ano morrem no mundo 7,6 milhões de pessoas em virtude da doença e as projeções são de que no ano de 2025, 75% (ou 1,7 bilhões de pessoas) da população com hipertensão no mundo estarão vivendo em países emergentes (KEARNEY *et al.*, 2005; (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010)).

Essa informação é importante para estimar os efeitos econômicos e sociais desse agravamento, assim como para melhor dispor os recursos na saúde a fim de obter resultados mais satisfatórios no tocante à detecção, tratamento e controle da doença (PICON *et al.*, 2012).

A aproximação com o estudo da HAS deu-se durante a realização do Curso de Mestrado, no qual foi desenvolvida pesquisa junto aos cuidadores familiares de pessoas vítimas de acidente cerebrovascular. Na referida investigação mostrou-se a importância da atuação do enfermeiro na promoção da capacitação das famílias e da pessoa idosa com HAS, a partir da realização de atividades educativas, para que elas participassem de forma ativa dos cuidados necessários em domicílio (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

A composição demográfica da população brasileira, cujo número de idosos cresceu 36% na última década, tem impacto significativo nas condições de saúde da sociedade com importantes repercussões no sistema de saúde. Esse fenômeno implica em maior carga de doenças crônicas, que requerem maiores gastos com equipamentos, medicamentos e recursos humanos (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2011).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa aumento relativo das doenças crônicas, por afetarem mais os segmentos da população de mais idade (MENDES, 2012). Dentre as doenças crônicas que acometem muitos idosos, a HAS é o mais significativo fator de risco cardiovascular modificável e as alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciais na pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

No Brasil, a prevalência da HAS situa-se entre 22% e 44% para adultos, atingindo mais de 50% em pessoas com 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos (VI

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Em metanálises realizadas com estudos brasileiros publicados entre os anos de 1980 e 2010 apontou-se prevalência de HAS de 31% na população adulta, chegando a 68% entre os idosos (PICON *et al.*, 2012, 2013).

Apesar da constatação da elevada prevalência da doença na população, as taxas de adesão ao tratamento ainda são baixas. Pesquisas revelam que apenas metade das pessoas com HAS possui níveis tensionais controlados (MOTTER, OLINTO, PANIZ, 2015). Observa-se, em alguns estudos, que as pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da PA (PIERIN *et al.*, 2011; DOURADO *et al.*, 2011; BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

A adesão terapêutica é conceituada como a adaptação do usuário ao passo que suas ações coincidam com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico como comportamental. Pressupõe que o usuário conheça as alternativas terapêuticas, participe das decisões sobre seu tratamento e que a adesão às instruções se aplique também àquelas procedidas por outros profissionais de saúde (WHO, 2003; TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Dentre os fatores facilitadores da adesão encontrados na literatura, destaca-se o conhecimento sobre a doença e o tratamento, variável que pode influenciar no controle da HAS que, por sua vez, está intimamente relacionada à adesão ao tratamento (LIMA *et al.*, 2010; PIERIN *et al.* 2011; COUTINHO; SOUSA, 2011).

Ações de promoção da saúde são consideradas de grande impacto na mudança de comportamento dos idosos no tratamento da HAS. Elas são aplicadas em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, com ênfase na atenção primária, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas e enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados (BRASIL, 2014).

Essas ações têm relação com o conceito positivo de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual compreende saúde de indivíduos e de grupos a partir de dois enfoques: a realização plena do potencial individual nas dimensões física, social, psicológica, econômica e espiritual; e da realização das expectativas dele na família, comunidade, trabalho e em outros contextos (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

A partir desse conceito, acredita-se na importância de desenvolver as competências e habilidades das pessoas idosas com HAS para o autocuidado por meio da educação em saúde. Torna-se fundamental para o bem-estar dessas pessoas sua participação plena em várias esferas da vida social e pessoal, refletindo sobre as ações que podem empreender para melhorar sua saúde.

A integração do enfermeiro com a pessoa hipertensa requer a construção de espaços para o diálogo e o esclarecimento de dúvidas. Dessa forma, intervenções educativas que integrem os profissionais de saúde e a população com HAS devem ser empreendidas para devolver aos sujeitos/atores o lugar de partícipes da produção do cuidado. A educação em saúde constitui-se, portanto, um espaço privilegiado de interlocução entre gestores, profissionais e usuários, que dialogam e descobrem juntos formas de intervenção em contextos concretos (BARRETO *et al.*, 2013).

O diálogo passa a ser o instrumento essencial no processo educativo, remetendo ao modelo dialógico de educação. Dentre as intervenções educativas que se desenvolvem sob esse prisma estão os Círculos de Cultura. Trata-se de um espaço de trabalho, pesquisa, práticas e vivências, no qual todos têm liberdade de se expressar e ressignificar suas práticas e concepções (ASSUMPÇÃO, 2009).

Trata-se, portanto, de uma metodologia educativa que amplia as fronteiras de atuação do enfermeiro junto ao idoso com HAS e que tem na Atenção Primária à Saúde (APS), um campo propício para seu desenvolvimento. O enfermeiro deve considerar que o cuidado por ele prestado nesse contexto não se trata de uma imposição de conhecimentos, mas uma troca de saberes (SILVA *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que na APS sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, essenciais no processo terapêutico e na prevenção da HAS (BRASIL, 2013). Assim, a aplicação de estratégias educativas que problematizem a realidade vivida pelo idoso hipertenso traz ganhos sem medidas no despertar do senso crítico e na construção coletiva de soluções para as dificuldades advindas do tratamento.

O Círculo de Cultura proporciona uma construção compartilhada de conhecimentos a partir da convergência entre o saber acumulado das ciências com o saber das classes populares mediante suas vivências (FREIRE, 2005). Destarte, o profissional de saúde reconhece e respeita o saber do usuário, adquirido por meio de experiências de vida, ao intervir em seu processo saúde-doença-cuidado, assim como espera que o usuário aceite como benéficas e eficazes suas proposições, provenientes de conhecimento técnico-científico, implementadas durante a educação em saúde (FELIPE *et al.*, 2012).

Além de promover a participação plena do idoso hipertenso na gestão do seu cuidado, o Círculo de Cultura permite trabalhar habilidades requeridas do sujeito para entender o acesso aos serviços de saúde e às ações de promoção da saúde disponíveis na comunidade em que reside.

Essas habilidades são compreendidas como Letramento em Saúde (LS) ou “*Health Literacy*”, que significa o nível em que as pessoas são capazes de obter, processar e entender informações básicas de saúde e dos serviços necessários para tomar decisões de saúde adequadas. Elas permitem ao indivíduo transitar no ambiente de saúde e constituem um tema que vem se destacando nas pesquisas e políticas de saúde, em especial nos países desenvolvidos (SANTOS *et al.*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e organizações responsáveis pela saúde pública nos Estados Unidos e Canadá identificaram o LS como um importante determinante de saúde da população (WHO, 2011; PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2010). Um número crescente de pesquisas tem explorado a diferença entre o LS das pessoas e a capacidade necessária para gerir de forma eficaz a saúde, por exemplo, nos países em que tem sido estudado, o LS inadequado associa-se com cuidados de saúde de pior qualidade e custo (WHO, 2011).

No Brasil, ainda são incomuns os estudos que evidenciam o nível de LS e como esse fenômeno está afetando os resultados em saúde da população brasileira (PASSAMAI *et al.*, 2012). Ressalta-se, ainda, que, em se tratando de pessoas idosas no país, elas são consideradas como grupo marginalizado, com baixas escolaridade e renda, e com alta prevalência de doenças crônicas (PASKULIN *et al.*, 2011).

Pode-se afirmar que a produção científica brasileira ainda se encontra na fase de conhecer o LS de diferentes grupos populacionais, para, então, poder realizar intervenções (SAMPAIO *et al.*, 2015).

Ressalta-se que o LS não é um tema em destaque nas pesquisas ou na prática assistencial na literatura nacional, quando se trata da avaliação clínica de pessoas com hipertensão e sua adesão ao tratamento. Observa-se que os estudos já realizados voltam-se principalmente aos seguintes aspectos: validação de instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; BORGES *et al.*, 2012; RODRIGUES, 2012), fatores associados à não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo (PIRES; MUSSI, 2008; DOSSE *et al.*, 2011; ORTEGA *et al.*, 2010; BORGES, 2012), desenvolvimento de tecnologias educativas para o manejo da hipertensão em diversos cenários no sistema público de saúde (SANTOS; LIMA, 2008; SANTOS; CAETANO; MOREIRA, 2011), aplicação de teorias de enfermagem e/ou investigação de diagnósticos de enfermagem em variados contextos de cuidado à saúde do hipertenso (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009; FAVA *et al.*, 2010), interface da adesão da pessoa com hipertensão e seu conhecimento sobre o agravo (LIMA *et al.*, 2010), caracterização da assistência ao hipertenso

(MOURA *et al.*, 2011; HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010), compreensão da experiência humana da hipertensão (NATIONS *et al.*, 2011; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010) e caracterização do controle da hipertensão (PIERIN *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2012).

Os estudos citados revelam uma lacuna em relação à produção do conhecimento acerca de elementos que favoreçam a reorientação das práticas educativas dos profissionais da APS no cuidado à pessoa idosa com HAS, considerando o desenvolvimento de habilidades para promoção da adesão terapêutica.

As pesquisas de intervenção nessa temática, portanto, ainda são recentes e há poucas evidências demonstrando melhorias dos resultados em longo prazo. Muitos estudos nessa modalidade são limitados pela falta de um delineamento randomizado ou cego, e do uso de múltiplas intervenções, tornando difícil a identificação do componente mais útil para promover o LS (PAASCHE-ORLOW; WOLF, 2008).

Diante da incipiente realização de estudos de intervenção no Brasil sobre o tema, especificamente considerando-o como relevante fator para a adesão de idosos hipertensos ao tratamento, acredita-se que essa pesquisa traz relevantes contribuições para o planejamento do cuidado à pessoa idosa com HAS, pois se trata de estudo de intervenção pautado em nível de evidência, a partir da aplicação do Círculo de Cultura com idosos hipertensos na APS.

Ante ao exposto, essa tese apresenta como questão problema: qual o efeito do Círculo de Cultura, como intervenção educativa, na adesão ao tratamento e no LS de idosos com HAS? Dessa forma, a relevância do trabalho consiste em evidenciar uma intervenção educativa emancipatória que requer a tomada de posição diante dos problemas vivenciados por idosos no contexto da hipertensão.

Ao realizar os Círculos de Cultura com pessoas idosas, essa pesquisa contribui para motivá-las a adotar comportamentos favoráveis à saúde, a partir da reflexão e consciência crítica acerca de seu papel como co-participantes do cuidado. Isso representa ampliação de sua autonomia para transformação da realidade de saúde vigente.

Em relação à prática dos enfermeiros na APS, esse estudo contribui para reflexão acerca da renovação das práticas educativas em saúde realizadas na promoção da saúde do idoso, que apresenta limitações para aderir à terapêutica, quer seja por apresentar um nível de LS incompatível com suas necessidades de saúde, quer seja por não participar ativamente do tratamento.

Entende-se, portanto, que o processo terapêutico aqui investigado exige intervenções educativas pautadas em metodologias participativas e dialógicas, que

considerem a cultura e os saberes dos idosos, favorecendo uma comunicação clínica eficaz e melhor planejamento de cuidados, programas e políticas de saúde.

A presente pesquisa defende, pois, a seguinte hipótese: o Círculo de Cultura tem efeito positivo na adesão terapêutica e no LS do idoso com HAS, mobilizando-o a superar a visão ingênua da sua realidade social por uma consciência crítica, com capacidade para transformar o contexto vivido.

Em conformidade com um conceito de educação em saúde mais dialógico e participativo, o Círculo de Cultura constitui-se uma estratégia essencial para discutir a realidade vivenciada pelo próprio indivíduo, estimulando-o a compartilhar da experiência como sujeito.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por seus princípios e forma de organização do processo de trabalho, reúne condições favoráveis à aplicação dos Círculos pelo enfermeiro promovendo a capacitação das pessoas nas decisões que envolvem o cuidado em saúde e assegurando uma atenção à saúde efetiva, eficiente e um autocuidado com apoio (MENDES, 2012).

É precípua a inovação na práxis do enfermeiro como educador em saúde, na medida em que seu agir esteja imbuído de motivação, competências e habilidades para promoção, em um espaço dialógico, da construção de consciência crítico-reflexiva nos sujeitos sob seus cuidados, objetivando a adoção de comportamentos positivos em saúde para melhorar sua qualidade de vida (LUNA *et al.*, 2012).

O princípio inovador dessa pesquisa consiste, portanto, em aplicar e avaliar uma intervenção educativa que vai além das ações individuais e considera o nível de letramento e a sensibilidade cultural dos participantes. Dessa forma, pode contribuir com a aplicação de pesquisas de intervenção realizadas por enfermeiros com a população idosa hipertensa, trazendo evidências científicas pautadas na capacidade de análise crítica do contexto da prática educativa, a fim de implementar mudanças e avaliá-las continuamente.

Assim, essa tese defende o Círculo de Cultura como intervenção eficaz para a tomada de decisão consciente e informada do idoso hipertenso no seu tratamento, ao passo que motiva o enfermeiro atuante na atenção primária a incorporá-lo no seu cuidado educativo, mediante as evidências científicas obtidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Testar o efeito do Círculo de Cultura, como intervenção educativa, na promoção da adesão terapêutica e do letramento em saúde em idosos com hipertensão.

2.2 Específicos

- Identificar os estágios inicial e final da adesão ao tratamento da HAS e do LS dos idosos;
- Averiguar o efeito da intervenção educativa implementada, pautado na comparação entre os valores iniciais e finais de adesão terapêutica e LS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Educação em Saúde (ES) está entre as ações que podem facilitar a adesão ao tratamento da HAS, pois estimula atitudes positivas do usuário a fim de que desenvolva seu potencial para o autocuidado. Como sugestão para tornar mais eficaz a adesão às prescrições para os hipertensos, as VI DBHA (2010) mencionam a ES com enfoque nos conceitos da doença e de suas características e destacam que os percentuais de controle da pressão arterial (PA) são muito baixos, apesar das evidências da eficácia do tratamento anti-hipertensivo, devido à baixa adesão ao tratamento (DBHA, 2010).

Observa-se, contudo, que o enfoque é dado à doença e suas características e, sabe-se que para estimular comportamentos, valores e atitudes dos indivíduos, é necessário que o profissional de saúde atue pautado em uma educação “problematizadora”, ao respeitar as características e necessidades do grupo que participa das atividades e partir do princípio de que uma pessoa somente conhece bem algo quando o transforma, sendo transformada também no processo (FREIRE, 2005).

A ES refere-se ao pleno exercício de construção da cidadania com a adoção de práticas que busquem a autonomia das pessoas na condução de sua vida (FREIRE, 2004). No tocante aos cuidados com a saúde, refere-se às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida (JESUS *et al.*, 2008; MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Evidencia-se crescente interesse para a ruptura da tradição autoritária e normatizadora da ES, assumindo uma construção compartilhada de conhecimento a partir da convergência entre o saber acumulado das ciências com o saber das classes populares mediante suas vivências.

Silva, Dias e Rodrigues (2009) analisaram a práxis educativa em saúde dos enfermeiros da ESF de Sobral-CE e revelaram que as ações educativas ainda são fortemente orientadas por um programa de saúde específico, as palestras correspondem à principal estratégia referida pelos profissionais para realizá-las e uma abordagem educativa bancária e impositiva é utilizada. Apesar disso, os enfermeiros revelaram esforços para suplantarem esse modelo educativo por novas formas de fazer saúde.

Para Gautério *et al.* (2013), a melhoria das condições de vida e saúde dos idosos por meio da educação em saúde só se tornará realidade na medida em que as ações educativas estejam direcionadas para a realidade cultural dos sujeitos, pois os problemas são trabalhados a partir do pensamento coletivo e da análise das crenças e valores culturais. A educação em

saúde deve ser vista como um estímulo ao idoso para participar do processo educativo e as ações em saúde devem ter enfoque na liberdade, autonomia e independência dos idosos.

A superação de uma prática educativa tradicional para a dialógica, que problematize a realidade vivida pelos participantes, requer do profissional capacitação e sensibilidade para não “naturalizar” lógicas educativas unidirecionais que não valorizam a cultura e o conhecimento prévio do sujeito. Essa mudança de conduta deve ser uma meta para gestores e profissionais de saúde, principalmente na APS, um campo fértil e propício para o exercício de práticas educativas dialogais e ativas com a comunidade.

Os enfermeiros educadores têm como meta promover a saúde das pessoas e, constituem-se, portanto, como facilitadores de mudança. De modo especial, o papel do enfermeiro educador é auxiliar a aproximação do aprendiz de uma meta desejada, quer seja no campo individual ou coletivo (RICHARDS; DIGGER, 2010).

3.1 Competências de promoção da saúde em intervenções educativas realizadas por enfermeiros para promover a saúde do idoso

Ao investigar a aplicação do Círculo de Cultura como intervenção educativa no contexto da promoção da saúde do idoso hipertenso, constatou-se a necessidade de realizar uma revisão integrativa para verificar as evidências científicas atuais na literatura nacional e internacional sobre a aplicação de intervenções educativas como método de pesquisa em enfermagem com idosos.

O cuidado educativo voltado à promoção da saúde do idoso requer do enfermeiro a incorporação de competências específicas para capacitar a comunidade a atuar na melhoria de sua qualidade de vida. No que diz respeito à pessoa idosa, é necessário considerar as peculiaridades próprias do envelhecimento que repercutem no desempenho das atividades educativas propostas.

Na Conferência de Galway, realizada na Irlanda em 2008, foram definidas as competências para a promoção da saúde e educação em saúde, tendo como um dos focos principais a qualificação dos profissionais de saúde para enfrentar os problemas de saúde agudos e crônicos a partir do desenvolvimento de competências (HOWZE *et al.*, 2009).

As competências definidas na conferência foram: catalisar mudanças, liderança, avaliação das necessidades, planejamento, implementação, avaliação do impacto, defesa e parcerias (HOWZE *et al.*, 2009; BARRY *et al.*, 2009).

Considera-se que a promoção da saúde do idoso pautada na educação em saúde deve ser implementada nos diferentes cenários de cuidado e requer competências e habilidades do enfermeiro para identificar as necessidades em saúde, planejamento das ações e articulação com outros setores sociais e avaliação das práticas educativas aplicadas.

Dessa forma, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as competências de promoção da saúde em intervenções educativas de enfermagem realizadas com idosos, a fim de contribuir para uma reflexão crítica acerca das práticas pedagógicas empreendidas no cuidado ao idoso pelo enfermeiro, e buscar as melhores evidências acerca da eficácia das intervenções educativas empreendidas na promoção da saúde desses indivíduos.

Para realização dessa revisão, as seguintes etapas foram percorridas: elaboração do protocolo – um guia para que os pesquisadores sigam as mesmas etapas para realizar a seleção dos artigos, identificação da questão de pesquisa e objetivo do estudo, busca da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A pergunta que delineou a pesquisa foi: quais as intervenções educativas utilizadas por enfermeiros para promover a saúde do idoso? Para elucidá-la, efetivou-se a busca de artigos, em julho e agosto de 2015, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo, BDENF, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), e Scopus.

A busca foi realizada por intermédio dos descritores: estudos de intervenção, enfermagem, educação em saúde, promoção da saúde e saúde do idoso, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e refinada utilizando-se o operador booleano *AND*, a partir da estratégia demonstrada no Quadro 1.

Quadro 1 – Resultados da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas.

DESCRITORES	LILACS	SciELO	BDENF	CINAHL	Scopus	TOTAL
Enfermagem AND educação em saúde AND saúde do idoso	14	4	8	9	458	493
Enfermagem AND promoção da saúde AND saúde do idoso	24	10	11	15	118	178
Estudo de intervenção AND enfermagem	17	46	4	119	-	186
Estudo de intervenção AND enfermagem AND saúde do idoso	-	2	-	6	380	388
TOTAL	55	62	23	149	956	1245

Fonte: Autor.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os critérios de inclusão: artigos originais, publicados em português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2005 a 2014, com disponibilidade do texto na íntegra online e gratuitamente. A partir desses critérios, procedeu-se à seleção dos artigos seguindo quatro etapas: exclusão dos estudos repetidos nas bases de dados, leitura dos títulos e resumos das publicações restantes para não inclusão

daquelas que não respondiam à questão norteadora; avaliação crítica das pesquisas por meio de sua leitura na íntegra; e elaboração de quadros com a síntese dos dados coletados (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014).

Foram localizadas 1245 publicações por meio da busca eletrônica dos artigos, como se observa no Quadro 1. Ao considerar os critérios de seleção dos estudos, foram excluídas 14 publicações repetidas nas bases de dados e a partir da leitura dos títulos e resumos, não foram incluídos 1214 manuscritos porque não respondiam à questão de pesquisa dessa revisão, reduzindo-se a 17 artigos selecionados para análise.

Os estudos foram classificados em níveis de evidência (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005) e analisados conforme as oito competências para a prática de promoção da saúde definidas na Conferência de Galway (BARRY *et al.*, 2009).

A análise da procedência dos estudos mostrou que foram publicados em nove diferentes países, com maior frequência na China, e os anos de publicação variaram entre 2006 e 2014. A base Scopus teve maior número de publicações selecionadas, com dez artigos, a CINAHL com seis, e a LILACS com um estudo, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos analisados.

Base Científica	Identificação/Periódico	Ano/Pais	Método/NE*	Sujeitos
CINAHL	1.Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders./ Journal of Clinical Nursing	2011 Bélgica	Ensaio clínico não randomizado/III	41 adultos com IRC** (Méd.: 68 anos)
	2.The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control/ Journal of Clinical Nursing	2006 China	Estudo quase-experimental/III	150 idosos com DM***
	3.Impact of a Health Promotion Nurse Intervention on Disability and Health Care Costs Among Elderly Adults With Heart Conditions/ The Journal of Rural Health	2007 Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado/II	281 idosos com DC****
	4.Effectiveness of Nutritional Education in Promoting Healthy Eating among Elders in Northeastern Thailand/ Pacific Rim Int J Nurs Res	2011 Tailândia	Ensaio clínico randomizado/II	166 sujeitos (83 idosos e 83 familiares)
	5.Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture/ J Adv Nurs	2007 Suíça	Estudo quase-experimental/III	112 idosos com fratura de quadril
	6.Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension/ Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness	2007 Suíça	Ensaio clínico não randomizado/III	177 hipertensos (Méd.: 64 anos)
LILACS	7.Reinventando práticas de enfermagem na educação em Saúde: teatro com idosos/ Esc Anna Nery	2012 Brasil	Pesquisa-ação/VI	12 idosos
SCOPUS	8.Randomized Pilot Study of a Behavioral Feedback Intervention to Improve Medication Adherence in Older Adults With Hypertension/ Journal of Cardiovascular Nursing	2010 Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado/II	33 idosos hipertensos
	9.Development and Evaluation of a Computerized Multimedia Approach to Educate Older Adults about Safe Medication/ Asian Nursing Research	2014 Coreia	Ensaio clínico não randomizado/III	51 idosos
	10.Evaluating a community-based stroke nursing education and rehabilitation programme for patients with mild stroke/ International Journal of Nursing Practice	2013 China	Ensaio clínico randomizado/II	127 adultos que sofreram AVC***** (Méd.: 67,2 anos)
	11.Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes/ Rev Latino-am de enfermagem	2008 Brasil	Estudo quase-experimental/III	54 adultos com DM (Mediana: 60 anos)
	12.Cluster randomised controlled trial: Educational self-care intervention with older Taiwanese patients with Type 2 diabetes mellitus-Impact on blood glucose levels and diabetic complications/ Collegian	2014 China	Ensaio clínico randomizado/II	500 idosos com DM
	13.Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: randomised controlled trial/ Journal of Clinical Nursing	2013 China	Ensaio clínico randomizado/II	80 adultos com IRC (Méd.: 53,34 anos)
	14.The effectiveness of a community-based health promotion program for rural elders: A quasi-experimental design/ Applied Nursing Research	2014 China	Estudo quase-experimental/III	520 idosos
	15.Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado/ Enferm Clín.	2009 Espanha	Estudo descritivo/VI	112 idosos com IC*****
	16.Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem/ Texto Contexto Enferm.	2012 Brasil	Estudo qualitativo/VI	17 adultos e idosos estomizados
	17.Evaluation of a Medication Education Program for Elderly Hospital In-Patients/ Geriatr Nurs.	2006 Austrália	Descritivo/VI	60 idosos hospitalizados

*NE: nível de evidência; **IRC: insuficiência renal crônica; ***DM: diabetes mellitus; ****DC: doença cardíaca; *****AVC: acidente vascular cerebral; *****IC: insuficiência cardíaca.

Fonte: Autor.

A classificação das características metodológicas das pesquisas resultou em sete ensaios clínicos bem delineados, sem randomização, também denominados de estudos quase experimentais (POLIT, BECK, 2011), quais sejam: (CHAN *et al.*, 2006; OLSSON; KARLSSON; EKMAN, 2007; DREVENHORN; KJELLGREN; BENGSTON, 2007; OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008; CAMP *et al.*, 2011; IM; PARK, 2014; WANG *et al.*, 2014), com nível de evidência III, seis ensaios clínicos randomizados (MENG *et al.*, 2007; RUPPAR, 2010; MEETHIEN *et al.*, 2011; SHI *et al.*, 2013; WANG *et al.*, 2013; CHAO *et al.*, 2014), com nível de evidência II, e quatro estudos com nível de evidência VI (SHEN *et al.*, 2006; YERA-CASAS *et al.*, 2009; CAMPOS *et al.*, 2012; MARTINS; ALVIM, 2012).

Foram identificadas sete diferentes intervenções educativas empregadas nos estudos. Predominaram as abordagens pedagógicas individuais em onze estudos, classificadas pelos autores como sessões educativas, aconselhamento e acompanhamento domiciliar. Em seis pesquisas foi aplicada mais de uma intervenção e o tema mais abordado durante as intervenções foi a adesão medicamentosa, como descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Intervenções educativas de enfermagem para promoção da saúde do idoso.

Estratégia da intervenção	f	Desfechos sobre os quais foi eficaz	Referências
Educação individual (Sessões educativas, aconselhamento, acompanhamento domiciliar)	11	adesão medicamentosa controle glicêmico e uso dos serviços de saúde alimentação saudável estilo de vida do hipertenso conhecimento sobre DM* controle fosfatemia em pacientes com DRC** conhecimento sobre IC*** e cuidados requeridos capacidade funcional	SHEN <i>et al.</i> (2006); CAMP <i>et al.</i> (2011); RUPPAR (2010) CHAN <i>et al.</i> (2006); CHAO <i>et al.</i> (2014). MEETHIEN <i>et al.</i> (2011) DREVENHORN; KJELLGREN; BENGSTON (2007) OTERO; ZANETTI; OGRIZIO (2008) SHI <i>et al.</i> (2013) YERA-CASA <i>et al.</i> (2009) MENG <i>et al.</i> (2007)
Grupo educativo	4	conhecimento sobre AVC****, participação social e autoeficácia conhecimento sobre DM reinvenção das práticas de educação em saúde por meio do teatro com idosos promoção da saúde do idoso através de dramatização, jogos, grandes cartazes e mídia	WANG <i>et al.</i> (2013) OTERO; ZANETTI; OGRIZIO (2008) CAMPOS <i>et al.</i> (2012) WANG <i>et al.</i> (2014)
Elaboração de plano de cuidados	3	capacidade funcional conhecimento sobre IC e cuidados requeridos autonomia nos cuidados relacionados à manutenção da estomia	OLSSON; KARLSSON (2007) YERA-CASA <i>et al.</i> (2009) MARTINS; ALVIM (2012)
Folheto educativo	2	adesão medicamentosa estilo de vida do hipertenso	CAMP <i>et al.</i> (2011) DREVENHORN; KJELLGREN; BENGSTON (2007)
Programa de computador	1	uso seguro de medicamentos a partir da aprendizagem com hipermídia	IM; PARK (2014)
Cartão-lembrete	1	adesão medicamentosa	RUPPAR (2010)
Aconselhamento por telefone	1	controle glicêmico e uso dos serviços de saúde	CHAN <i>et al.</i> (2006)

*DM: diabetes mellitus; **DRC: doença renal crônica; ***IC: insuficiência cardíaca; **** AVC: acidente vascular cerebral.

Fonte: Autor.

Para a descrição das competências para promoção da saúde do idoso inerentes às intervenções educativas aplicadas nos estudos analisados, foi elaborado o Quadro 3. A

identificação das pesquisas apresenta-se de acordo com a numeração adotada para cada publicação, conforme a Tabela 1.

Quadro 3 – Caracterização dos artigos conforme o domínio de competência das intervenções.

Domínios de competências	Intervenções
Catalisar mudanças	Atividades desenvolvidas para melhorar a autoeficácia, adesão e o conhecimento do paciente ^{1,2,3,4,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17} Renovação das práticas na educação em saúde ^{7,9,14}
Liderança	-
Avaliação das necessidades	Identificação das ameaças à saúde ^{1,2,6,12,13,14} Gerenciamento de casos clínicos ^{3,8,16} Avaliação do estilo de vida ^{4,6}
Planejamento	Elaboração de plano de cuidados compartilhado ^{5,15,16}
Implementação	Cuidados em saúde para maximizar a independência ^{3,5,16} Trabalho em grupo ^{7,10,11,14} Acompanhamento individual ^{1,2,3,4,6,8,11,12,13,17}
Avaliação do impacto	Avaliação da intervenção ¹⁻¹⁷ Avaliação da redução de custos na saúde ³
Defesa	-
Parcerias	Equipe multidisciplinar ^{5,11,14}

Fonte: Autor.

Os domínios de competência de promoção da saúde mais evidenciados nas pesquisas foram: Catalisar mudanças, Avaliação das necessidades, Implementação e Avaliação do Impacto. Ressalta-se a utilização de intervenções educativas participativas para catalisação de mudanças, quais sejam, o teatro com idosos (CAMPOS *et al.*, 2012), hipermídia elaborada para facilitar a aprendizagem do idoso com o uso do computador (IM; PARK, 2014), e dramatizações, jogos e mídia (WANG *et al.*, 2014).

Por meio do delineamento dos estudos, percebeu-se que o Ensaio Clínico (EC) foi o principal desenho metodológico escolhido por treze autores para aplicar e avaliar as intervenções educativas junto ao idoso, em diferentes contextos. A randomização, presente em seis desses estudos, trouxe elevado rigor científico aos resultados por estabelecer com precisão qual a eficácia das intervenções aplicadas pelos pesquisadores (MEDINA; RIVEROS; PAILAQUILÉN, 2011).

Todas as intervenções elencadas nessa revisão foram consideradas eficazes para os objetivos aos quais se propunham, tais como aumento do conhecimento e capacitação dos sujeitos para os cuidados e comportamentos requeridos pelas condições de saúde apresentadas, de acordo com o método analítico adotado pelos autores. As abordagens pedagógicas empregadas na maioria dos estudos baseavam-se em programas educativos sobre determinadas doenças e procuravam transmitir conhecimentos aos idosos sobre os comportamentos considerados saudáveis, de forma individualizada.

As conferências internacionais sobre promoção da saúde enfatizam que as ações de promoção e de educação em saúde devem contemplar a participação ativa dos sujeitos, os quais possuem capacidade de decidir sobre questões que envolvam seu bem-estar, fundamentada nas suas experiências de vida e subsidiada pelas práticas educativas (BRASIL, 2002).

Contudo, em apenas três estudos foi verificada a aplicação de estratégias educativas que estimulavam a participação ativa do idoso durante a sua aplicação. A primeira foi realizada no estudo brasileiro desenvolvido por Campos *et al.* (2012), a partir das ações de educação em saúde tendo como ferramenta as artes cênicas. Nesse estudo, o idoso foi o protagonista central, com valorização de suas experiências de vida, em conjunto com a busca do empoderamento e inclusão social do sujeito.

O foco na problematização da realidade social dos sujeitos encontra suas raízes na pedagogia Freireana, a qual se pauta na autonomia dos indivíduos e em sua participação plena na produção do conhecimento. O diálogo é o principal elemento dessa abordagem e propicia a reflexão crítica acerca da realidade de vida dos seus participantes (FREIRE, 2005).

De acordo com Sousa *et al.* (2010), a educação em saúde libertadora constitui-se como instrumento para a promoção da qualidade de vida das pessoas e se insere no contexto de atuação do enfermeiro como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre o profissional e o usuário, na qual este busque a conscientização sobre sua condição de saúde, percebendo-se sujeito de transformação da própria vida.

Além da dimensão biológica, essa nova abordagem educativa em saúde valoriza o desenvolvimento da consciência crítica, ao favorecer o despertar da necessidade da luta por direitos à saúde. Considera, portanto, a mobilização de fatores políticos, ambientais, culturais, sociais, institucionais e habilidades individuais em busca da promoção da saúde.

Outra intervenção educativa realizada com a participação do idoso na produção do conhecimento, em destaque nessa revisão, foi a hipermídia desenvolvida por Im e Park (2014). Os resultados sugerem que a educação interativa por meio de multimídia é um método de ensino eficaz para o empoderamento dos idosos, pois facilita sua aprendizagem individual com o uso do computador.

O uso das tecnologias de informação e comunicação para o ensino do paciente idoso ainda não é uma realidade no contexto brasileiro, dada a baixa escolaridade desse público no país, evidenciada em estudos epidemiológicos (IBGE, 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). Frente à vertiginosa evolução tecnológica, Frias *et al.* (2011) sugerem que

os idosos devem se apoderar dos meios tecnológicos para usá-los de modo consciente e se tornarem cidadãos participantes e ativos da sociedade do conhecimento.

Os autores afirmam que o uso do computador e das ferramentas computacionais por enfermeiros e idosos pode contribuir para a efetivação da assistência, acompanhamento e orientação de idosos de maneira remota.

A inovação na forma de fazer educação em saúde é um passo importante na medida em que permite ao idoso empoderar-se de conhecimentos e habilidades que o auxiliam na compreensão do processo saúde-doença e na tomada de decisões para o melhor cuidado de si. A renovação das práticas educativas do enfermeiro contribui para a promoção da saúde do idoso, ao estimular a autonomia e a participação plena desse sujeito nas intervenções realizadas em diferentes cenários de cuidado.

Além das estratégias educativas já discutidas, destacou-se o uso de dramatizações, jogos e mídia para a promoção da saúde de um grupo de idosos residentes em áreas rurais na China (WANG *et al.*, 2014). Os autores destacaram que o emprego de materiais adequados ao baixo nível de escolaridade do grupo atendeu às recomendações da literatura, segundo a qual, os instrumentos educacionais coerentes ao nível de escolaridade dos idosos são bem mais compreendidos por eles (JONES *et al.*, 2011).

Entende-se essa observação relevante para a efetiva participação do idoso na intervenção educativa, pois ele precisa compreender como utilizar os materiais educacionais disponíveis e, dessa forma, estar apto a realizar as atividades propostas. Essa é uma condição essencial para que a intervenção alcance efeitos positivos nas variáveis em estudo.

Acerca dos domínios de competência de promoção da saúde mais frequentes nas intervenções educativas, o domínio Catalisar mudanças esteve presente em quase todos os estudos e reflete a definição do conceito de promoção da saúde, que contempla a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (WHO, 1986; BARRY *et al.*, 2009).

As intervenções educativas no domínio da competência Avaliação das necessidades também tiveram destaque nos resultados e levaram à identificação e análise das ameaças à saúde, como fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais, gerenciamento de casos clínicos e avaliação do estilo de vida, por meio da verificação de comportamentos e hábitos dos idosos com doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus, doença cardíaca e insuficiência renal.

Segundo Allegrante *et al.* (2009), esse domínio de competência representa a identificação e análise dos determinantes comportamentais, culturais, sociais, ambientais e organizacionais que promovem ou comprometem a saúde.

No planejamento das ações de promoção da saúde dos idosos, contemplam-se ações importantes da equipe de saúde, pois devido à alta prevalência de comorbidades presentes nessas pessoas, sua capacidade funcional e qualidade de vida podem ser comprometidas. O rastreamento de fatores de risco modificáveis, o acesso aos saberes e práticas dos sujeitos e a análise dos fatores que medeiam os comportamentos são estratégias eficazes para organização de um plano de cuidados que atenda às necessidades de saúde e minimize os problemas já instalados.

A maioria dos estudos analisados foram EC, com ou sem randomização, o que levou os domínios das competências Implementação e Avaliação do Impacto apresentarem-se em evidência nos resultados.

O acompanhamento individual foi uma importante intervenção realizada no domínio de competência Implementação, quer seja no ambiente domiciliar ou hospitalar. O trabalho em grupo com idosos também foi utilizado como intervenção educativa eficiente nos estudos e se configura como ferramenta que tem como objetivo debater os hábitos de vida diários, as situações adversas e favoráveis vivenciadas pelas pessoas idosas no enfrentamento de condições crônicas de saúde e a educação em saúde no processo de viver saudável (ELOIA *et al.*, 2014).

As atividades educativas grupais com idosos podem contribuir para que eles façam escolhas mais saudáveis em suas vidas e, portanto, é uma estratégia que fortalece a autonomia e proporciona um espaço para dialogar sobre as experiências de vida.

Segundo estudo reflexivo realizado por Munari; Lucchese e Medeiros (2009), no cotidiano dos serviços de saúde, em especial na atenção primária, as atividades grupais ainda tem trabalhado informações sobre a doença, com reduzida expressão educativa e participativa e baixo empoderamento das pessoas e coletividade.

Dessa forma, a potencialidade do grupo como agente de mudança e promoção da autonomia das pessoas deve ser explorada pelo enfermeiro no contexto da saúde do idoso, visto que as atividades grupais podem cooperar para a valorização do autocuidado, crescimento pessoal, integração social e busca ativa da saúde (MORAIS, 2009).

Para Tavares, Dias e Munari (2012), é preciso refletir sobre as atividades educativas grupais desenvolvidas no setor saúde como fator colaborador para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos. Isso porque no estudo realizado pelos

autores, os idosos que participaram de atividades educativas grupais apresentaram menores escores de qualidade de vida em relação aos não participativos.

Ante ao exposto, considera-se relevante a implementação de intervenções educativas que tenham como foco o sujeito e suas vivências, destacando a sua participação ativa na elaboração da atividade, execução e avaliação.

No tocante ao domínio da competência Avaliação do Impacto, o qual determina o alcance, a eficácia e o impacto dos programas e políticas de promoção da saúde, observou-se que esteve presente em todas as intervenções analisadas nessa revisão. Esse é um dado importante, pois se considera que para a renovação das práticas educativas do enfermeiro, os resultados e impactos das intervenções implementadas devem ser continuamente avaliados (BARRY *et al.*, 2009).

Apesar de ter menor expressividade nas intervenções educativas analisadas, os domínios de competência Planejamento e Parcerias foram identificados nos artigos, o que reforça sua importância para a eficácia do processo educativo junto ao idoso.

O domínio Planejamento visa ao desenvolvimento de metas em resposta à avaliação de necessidades e identificação de estratégias pautadas no conhecimento derivado de teorias, evidências e práticas. Assim, está diretamente relacionado ao domínio Avaliação das necessidades, e demonstra que para o desenvolvimento de estratégias educacionais efetivas junto ao idoso, o enfermeiro deve estabelecer os objetivos da intervenção e elaborar, de forma compartilhada, os temas geradores das discussões a fim de alcançar melhores resultados (GUEDES *et al.*, 2012).

De forma complementar, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade são essenciais para a efetivação das intervenções educativas, uma vez que, quando se discute a promoção da saúde do idoso, diferentes temas e profissionais são requeridos. A complexidade de agravos que podem acometer essas pessoas necessita do debate entre distintos saberes e setores sociais para planejamento e desenvolvimento de ações conjuntas.

O domínio de competência Parcerias é, portanto, uma habilidade exigida do enfermeiro que planeja e executa intervenções educativas junto ao idoso. A partir dos resultados evidenciados nas pesquisas analisadas nesse estudo, destaca-se que essa é uma competência relevante no contexto primário de atenção à saúde, assim como na assistência hospitalar (OLSSON; KARLSSON; EKMAN, 2007; YERA-CASAS *et al.*, 2009; MARTINS; ALVIM, 2012).

De acordo com os dados apresentados nessa revisão, são várias as competências que o enfermeiro deve desenvolver para a promoção da saúde dos idosos. Ele realiza

diferentes intervenções educativas para capacitá-los a melhorar a saúde, porém, devem dar atenção às abordagens pedagógicas empreendidas para minimizar ao máximo a reprodução de práticas que não valorizam a cultura e o saber popular e são ineficazes para o empoderamento do idoso na busca por melhores condições de saúde.

Por fim, constatou-se que as intervenções educativas realizadas por enfermeiros para a promoção da saúde do idoso em destaque foram a educação individual, o grupo educativo e a elaboração de plano de cuidados compartilhado. Em todos os estudos analisados, as intervenções foram consideradas eficazes.

A renovação das práticas educativas foi representada pela realização de teatro, desenvolvimento de hipermídia e uso de dramatizações, jogos e mídia na educação dos sujeitos. Nessas intervenções, o idoso participou do processo de produção do conhecimento ativamente e sua cultura e as experiências pessoais foram valorizadas.

O destaque a essas intervenções deu-se pela contribuição dada ao avanço na implementação, pelo enfermeiro, de abordagens educativas que superaram a ideia negativa da velhice, considerando o idoso como sujeito independente e ativo.

As competências para a promoção da saúde do idoso em destaque foram catalisar mudanças, avaliação das necessidades, implementação e avaliação do impacto. Elas contemplaram o empoderamento dos idosos, a avaliação do estilo de vida dos sujeitos, os cuidados para maximizar a independência e análise dos resultados obtidos.

Indubitavelmente, a identificação das competências requeridas do enfermeiro para promover a saúde do idoso poderá subsidiar as condutas desse profissional em cenários de cuidados distintos, bem como estimulá-lo a adotar intervenções educativas problematizadoras e que requeiram a participação plena dos idosos para sua elaboração, execução e avaliação.

3.2 Letramento em saúde

Ao refletir sobre a adesão ao tratamento da HAS o enfermeiro deve avaliar se o idoso assimila e utiliza as informações que recebe. Interagir com os usuários idosos hipertensos sem perceber suas habilidades individuais para conhecer a doença e cuidar de si são atitudes que podem dificultar a cooperação do idoso.

Além disso, fatores relacionados à capacidade da pessoa idosa em compreender as orientações acerca do tratamento podem comprometer a tomada de decisões pertinentes à sua própria saúde, como o seguimento adequado da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. A avaliação clínica do idoso fornece dados imprescindíveis para o diagnóstico e evolução do caso, mas é preciso considerar também a competência funcional do

idoso para usar e interpretar textos, documentos e números relativos à prescrição de cuidados médicos (SANTOS *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, a ES numa visão crítica e transformadora coloca o usuário idoso como agente de saberes e práticas que favorecem a sua participação na obtenção e compreensão das informações em saúde, ou seja, aprimora o seu LS, que o leva a conscientizar-se de sua condição de saúde e das possibilidades de mudança da realidade (LUNA *et al.*, 2012).

O LS é um tema que indica o quanto a pessoa é capaz de ser bem sucedida, no contexto de saúde, como compreender uma informação adquirida do profissional de saúde e aplicá-la em sua vida diária (COLBERT, 2007).

De acordo com McCormack (2009), para a compreensão do nível de LS de uma pessoa é preciso identificar as dimensões que o definem, quais sejam:

HABILIDADES: leitura e escrita (letramento de material impresso), numeramento (habilidades matemáticas), comunicação (escuta, fala e negociação) e busca de informação ou movimentação no sistema de saúde.

CAPACIDADES: visão, audição, habilidade verbal, memória, cognição/raciocínio/processamento.

COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES: entendimento das informações contidas em materiais educativos ou nas orientações dos profissionais de saúde.

FATORES MODERADORES INDIVIDUAIS: motivação, auto-eficácia, percepção dos resultados/comportamento, atitude para resultados, estratégias de enfrentamento, apoio social, emoções, intenção comportamental, confiança na fonte de informação, habilidades de tomada de decisão, fatalismo e conhecimento.

RESULTADOS EM SAÚDE: adoção de comportamentos favoráveis ou não à saúde, participação no plano de cuidados e compreensão dos seus direitos enquanto usuário.

Essas dimensões estão presentes nas definições da Associação Americana de Medicina (AMA, 1999), do Instituto de Medicina (IOM, 2004) e da WHO (1998) para o conceito de LS, as quais têm em comum o foco em habilidades individuais para obter, processar e entender informações em saúde e serviços necessários para tomar decisões adequadas em saúde. Observa-se, contudo, uma falta de consenso nas definições do termo, revelando um fenômeno em evolução, como se demonstra no Quadro 4.

Quadro 4 – Conceitos de Letramento em saúde.

CONCEITOS DE LETRAMENTO EM SAÚDE	REFERÊNCIA
Representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e habilidade dos indivíduos para obter, entender e utilizar informações para promover e manter um bom nível de saúde.	WHO (1998)
Uma constelação de habilidades, incluindo as capacidades de leitura básica e numeração requeridas no ambiente de saúde.	AMA (1999)
As competências cognitivas e sociais da pessoa que determinam as habilidades para acessar, compreender e utilizar informação para promover e manter bom nível de saúde.	Nutbeam (2000)
Nível em que as pessoas são capazes de obter, processar e entender informações básicas de saúde e dos serviços necessários para tomar decisões de saúde adequadas.	IOM (2004)
A habilidade de tomar decisões em saúde na vida cotidiana, seja em casa, na comunidade, no local de trabalho, no sistema de saúde, no mercado ou na arena política. É uma estratégia fundamental de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde, buscar informações em saúde e assumir responsabilidades.	Kickbusch, Wait e Maag (2005)
Habilidade para acessar, compreender, avaliar e comunicar informações para promover, manter e melhorar a saúde em uma variedade de contextos ao longo da vida.	Rootman; Gordon-Elbihbety (2008)
“Uma constelação de habilidades” que envolvem: ler e entender textos impressos (print literacy), utilizar informação quantitativa (numeracy) e falar e ouvir efetivamente (oral literacy).	AHRQ (2011)
O conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia a dia, no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças, e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida.	Sorensen <i>et al.</i> (2012)

WHO: Organização Mundial da Saúde; IOM: Instituto de Medicina; AMA: Associação Médica Americana; AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.

Fonte: Autor.

Nos anos 2000 os conceitos já consideravam o LS como uma interação entre as demandas dos sistemas de saúde e as habilidades individuais. Esta assertiva fundamenta-se nos conceitos propostos por Kickbusch, Wait e Maag (2005) e Rootman e Gordon-Elbihbety (2008), nos quais se pontua a relação entre diferentes elementos envolvidos na comunicação, considerando a interação dos sujeitos com aqueles com quem se relacionam nos ambientes de saúde e da vida cotidiana.

O conceito proposto por Sorensen *et al.* (2012) representa a essência das definições do conceito apresentadas na literatura, além de propor um novo modelo conceitual desenvolvido a partir de revisão sistemática dos conceitos existentes acerca do letramento em saúde.

Nele se observa como as pessoas usam o LS não somente como pacientes, mas como membros de uma família, cidadãos e trabalhadores. É esse o sentido adotado nesse estudo, refletindo o capital social presente em sua definição que não se detém ao ambiente clínico.

Em relação aos níveis do LS, foi proposta por representantes da OMS na 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em 2009, uma classificação em três níveis: funcional, conceitual e empoderamento, a qual foi adotada nessa pesquisa para categorização dos depoimentos dos idosos e classificação do seu nível de LS (KANJ; MITIC, 2009).

No nível funcional, os indivíduos apresentam habilidades que permitem a leitura de textos e compreensão das informações escrita e oral dadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde para tomar decisões, como usar corretamente um medicamento e realizar o autocuidado. No nível conceitual, as pessoas desenvolvem habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e utilizar informações de saúde e conceitos para reduzir riscos à saúde, fazer escolhas e aumentar a qualidade de vida. Para isso utilizam os conhecimentos adquiridos a partir da ciência, cultura, conhecimento cívico, informática e mídia.

No terceiro nível, o empoderamento, ocorre o fortalecimento da cidadania ativa para a saúde a partir do envolvimento dos indivíduos para compreender os seus direitos como usuários e sua capacidade para “navegar” através dos sistemas de cuidado em saúde e interagir com outras pessoas da sua rede de apoio social.

As pessoas atuam neste nível como consumidores informados sobre os riscos de produtos e serviços para a saúde e podem optar de forma consciente por prestadores de serviço e, por meio do voto, defesa ou filiação a movimentos sociais melhoram a saúde via sistema político (KANJ; MITIC, 2009).

Em termos de pesquisas realizadas no Brasil que evidenciem o LS da população, destaca-se o projeto “Envelhecimento saudável no Sul do Brasil: enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para profissionais de saúde e pessoas idosas”, o qual teve como objeto de investigação a alfabetização em saúde de pessoas idosas e se propôs a preparar os profissionais de saúde para promover o envelhecimento ativo em suas comunidades (PASKULIN *et al.*, 2012).

Outro importante estudo desenvolvido por pesquisadores brasileiros investigou pacientes voluntários saudáveis de dois hospitais públicos da cidade de São Paulo, o qual mostrou que 32,4% dos pesquisados tinham inadequado/marginal LS, sendo os anos de escolaridade significativos no desempenho (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). Nesta pesquisa os autores traduziram para o português e aplicaram uma versão breve do instrumento TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) para medir o letramento em saúde dos pacientes.

Os estudos desenvolvidos no País são voltados para contextos bastante específicos, como: as pesquisas de Berberian, Mori-de Angelis e Massi (2006) na área da Fonoaudiologia; a revisão sistemática de Volpato, Martins e Mialhe (2009), que analisaram as bulas de medicamentos e a compreensão das mesmas pelos pacientes; a investigação de Maragno (2009), que buscou a associação entre letramento em saúde e adesão à terapia medicamentosa, a de Oliveira, Porto e Brucki (2009), que mediu o alfabetismo funcional em pacientes com doença de Alzheimer Leve e Comprometimento Cognitivo Leve, comparados com controles saudáveis, a pesquisa “Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas desenvolvido por Passamai *et al.* (2011), o estudo reflexivo realizado por Passamai *et al.* (2012) que analisou conceitos de letramento funcional em saúde versus interação usuários-profissionais-sistemas de saúde, a pesquisa de Apolinario *et al.* (2012), a qual desenvolveu e validou um instrumento breve para avaliação de alfabetismo em saúde na língua portuguesa e o estudo realizado por Sampaio *et al.* (2015) com o objetivo de analisar fatores associados ao letramento em saúde e sua relação com o controle glicêmico em pacientes diabéticos. Observa-se que são estudos bastante recentes, evidenciando o crescente interesse no Brasil pela temática em questão.

Quando se trata de avaliar o LS, existem diferentes instrumentos desenvolvidos com esta finalidade e aplicados com grupos populacionais distintos. A revisão integrativa realizada por Machado *et al.* (2014) apresenta os principais testes utilizados por enfermeiros com idosos hipertensos para medir o LS e evidencia que embora existam diferentes instrumentos de medida, não há um que se adeque a todos os contextos.

Na referida revisão foram identificados quatro instrumentos utilizados nas pesquisas de enfermagem para avaliar o LS de idosos com HAS, a saber: *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), *High Blood Pressure-Health Literacy Scale* (HBP-HLS) e *Korean Health Literacy Scale* (KHLS) (MACHADO *et al.*, 2014). Tratam-se de ferramentas resultantes de pesquisas metodológicas com o objetivo de avaliar o comportamento do usuário para além do manejo empírico de dados que se obtém pela simples observação da conduta cotidiana ou habitual do usuário (BORGES *et al.*, 2012).

Observou-se que os instrumentos apresentam em comum a avaliação da habilidade do idoso em relação aos seguintes aspectos: leitura, numeração, pronúncia e reconhecimento de alguns termos em saúde, permitindo-se, inclusive, a comparação entre os seus resultados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A abordagem metodológica do Círculo de Cultura de Paulo Freire (BRANDÃO, 2005) constitui uma ideia que substitui a de “turma de alunos” ou de “sala de aula” e enseja uma vivência educativa participativa, com ênfase no diálogo. A denominação de Círculo culmina porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo.

A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o único método de estudo nos círculos. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar (FREIRE, 2008).

Quando se fala de Círculos de Cultura logo se incentiva a realização do encontro entre as pessoas ou grupo de pessoas que se dedicarão ao trabalho didático-pedagógico ou a outras vivências culturais e educacionais, visando a um processo de ensino e de aprendizagem, qualquer que seja o espaço onde isso aconteça.

De acordo com Freire (1995, p. 155):

Os Círculos de Cultura eram espaços em que dialogicamente se ensinava e se aprendia. Em que se conhecia em lugar de se fazer transferência de conhecimento. Em que se produzia conhecimento em lugar da justaposição ou da superposição de conhecimento feitas pelo educador a ou sobre o educando. Em que se construíam novas hipóteses de leitura do mundo.

Ainda sobre o conceito de Círculos de Cultura, Freire (2008, p. 103) oferece uma das mais completas explicações:

Em lugar de escola, que nos parece um conceito, entre nós, demasiado carregado de passividade, em face de nossa própria formação (mesmo quando se lhe dá o atributo de ativa), contradizendo a dinâmica fase de transição, lançamos o Círculo de Cultura. Em lugar do professor, com tradições fortemente ‘doadoras’, o Coordenador de Debates. Em lugar de aula discursiva, o diálogo. Em lugar de aluno, com tradições passivas, o participante de grupo. Em lugar dos ‘pontos’ e de programas alienados, programação compacta, reduzida e codificada em unidades de aprendizado.

Os termos sugerem mudança não apenas nas práticas, mas também na compreensão das ações dos sujeitos que participam do processo de ensino e de aprendizagem. Não obstante, o exercício de uma prática educativa crítica constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia na crença de que é possível mudar (FREIRE, 2008).

Tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire”, o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste em três etapas: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles (as) vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias; b) a tematização, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e c) a problematização, por meio da qual, eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido (FREIRE, 2005; MONTEIRO; VIEIRA; 2010).

Acerca da utilização do Círculo de Cultura como método nas pesquisas realizadas por enfermeiros, na literatura nacional, destaca-se o estudo de Fernandes e Backes (2010), cujos resultados mostraram que se trata de uma metodologia participativa e inovadora, a qual articula a concepção da realidade do indivíduo e a busca de atitudes geradoras de mudanças. A incorporação da reflexão de profissionais e usuários na ESF mostra-se cada vez mais atual e necessária, principalmente quando esta ocorre a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo um ato de criar e transformar.

Nas pesquisas de Monteiro; Vieira (2010) e Medeiros *et al.* (2010) o CC foi aplicado para a coleta de dados junto à enfermeiras. No primeiro estudo, objetivou-se sistematizar uma proposta de (re)construção das ações de educação em saúde por meio do CC e a partir dos diálogos propostos pelas pesquisadoras, foi oportunizado o exercício da consciência política das enfermeiras que trocaram experiências pessoais e puderam renovar seus modos de pensar e realizar atividades educativas em saúde.

No segundo estudo objetivou-se conhecer as estratégias de gestão na perspectiva de enfermeiras assistenciais de uma unidade de terapia intensiva, utilizando o CC como instrumento de coleta de dados. Os resultados evidenciaram que as estratégias apresentadas pelos sujeitos estavam articuladas à proposta da educação permanente em saúde e que a discussão e problematização promovidas pelo CC demonstraram a importância de sua aplicação no trabalho com grupos.

Para Heidemann *et al.* (2010), a aplicação do método de Paulo Freire com a equipe da ESF, usuários e comunidade apresenta possibilidades para reflexão acerca da promoção da saúde, uma vez que contribui para o conhecimento crítico da realidade ao promover o envolvimento dos profissionais e usuários no processo de pesquisa.

Em estudos brasileiros realizados com usuários dos serviços de saúde, destacam-se aqueles que investigaram a sexualidade de adolescentes a partir da ação educativa do

enfermeiro utilizando o CC como método de pesquisa. Nas pesquisas de Beserra; Pinheiro; Barroso (2008), Ferreira; Vieira; Pinheiro (2010) e Beserra *et al.* (2011), por exemplo, o método de Paulo Freire foi considerado pelos autores como uma metodologia emancipatória efetiva para realizar ações de educação em saúde sobre sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) com adolescentes.

Entende-se, assim, que o CC propicia ao sujeito participante, seja profissional da saúde ou usuário, a verbalização de dúvidas e percepções, e a compreensão sobre os cuidados em saúde. Nesse contexto, a enfermagem pode utilizá-lo como ação educativa que facilita a aproximação com os usuários na medida em que respeita sua cultura e abre um canal de comunicação que horizontaliza a sua relação com os participantes.

No tocante à atuação do enfermeiro junto ao idoso com HAS, a concepção dialógica do Método Freireano torna possível o estabelecimento de uma relação mútua de confiança e empenho para o sucesso do tratamento. Ressalta-se que por se tratar de um agravo crônico, a HAS requer um cuidado por longo período de tempo, exigindo do enfermeiro aproximação do mundo de vida do idoso a partir do diálogo e da escuta proporcionados pelo CC.

5 MÉTODO

5.1 Tipo do estudo

Foi realizado um estudo de intervenção, do tipo quase-experimental com método misto. No estudo de intervenção, o pesquisador investiga os efeitos de uma intervenção específica e reúne informações após sua aplicação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; ALMEIDA FILHO; ROQUAYROL, 2009).

Para o delineamento da pesquisa utilizou-se o quase-experimental, que envolve dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois da implementação de uma intervenção (POLIT; BECK, 2011). Aqui foi aplicada intervenção educativa (círculo de cultura) e observados seus efeitos sobre dois desfechos: LS e adesão ao tratamento em dois grupos de idosos com HAS.

Segundo Vasconcelos (2012) delineamentos intergrupos sempre possuem um grupo que recebe uma intervenção a ser testada e outro que recebe tratamento não-ativo (preferencialmente placebo) ou um tratamento de comparação. Nem sempre é possível deixar de dar qualquer tipo de tratamento que não seja a intervenção do estudo, apesar da melhor comparação entre os grupos de intervenção e controle ocorrer quando não há co-intervenções. A opção seria oferecer uma intervenção padrão aos participantes (HULLEY *et al.*, 2008).

Neste estudo há comparação entre dois grupos: um experimental com o qual realizou-se intervenção educativa com círculo de cultura e um grupo controle que recebeu a intervenção-padrão de consultas individuais com a equipe médica e de enfermagem para acompanhamento da hipertensão na Unidade de Saúde da Família ou visita domiciliária da equipe.

A utilização de distintas abordagens metodológicas deu-se nas diferentes etapas da pesquisa com vistas à aproximação da realidade observada, pois funcionam como uma compensação das deficiências de cada método isolado e objetivam a convergência dos resultados da investigação (FLICK, 2009; COSTA, 2013).

Na abordagem quantitativa espera-se do pesquisador a coleta sistemática de informação numérica, em condições de muito controle, além da análise dessa informação por meio de procedimentos estatísticos. Já a pesquisa de abordagem qualitativa tem caráter mais subjetivo e utiliza procedimentos de coleta de dados com menor controle imposto pelo pesquisador (POLIT; BECK, 2011).

A triangulação metodológica produzida pela integração entre métodos quantitativos e qualitativos propicia o entrelaçamento entre teoria e prática e agrega múltiplos

pontos de vista da visão de mundo dos informantes da pesquisa. Essa abordagem metodológica exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto de estudo (GARNELO, 2006; FLICK, 2009).

A triangulação de métodos garante a representatividade e a diversidade de posições dos grupos de idosos que participaram da pesquisa antes, durante e após a intervenção educativa, além de propiciar o conhecimento da magnitude e eficiência da intervenção em estudo.

5.2 Local da pesquisa

O local selecionado para a realização do estudo consistiu em duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) situadas no Município de Picos, localizado na Macrorregião do Semiárido do Estado do Piauí, a 306 km da capital – Teresina, com população estimada pelo IBGE de 73.414 habitantes (BRASIL, 2010).

O município é habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo, portanto, responsável pelo custeio e investimentos nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde.

A ESF foi instituída no município em 1999 e nela funcionavam em 2014, ano da realização da coleta de dados, 30 Unidades de Saúde da Família (USF) divididas entre zona urbana (20 unidades) e zona rural (10 unidades). A ESF era composta por 34 equipes completas, sendo duas USF contempladas com duas equipes e outras 28 USF, com uma equipe. Em 2015 a quantidade de USF foi ampliada para 36, sendo 25 unidades na zona urbana e 11 na zona rural, todas com equipes completas. A cobertura da ESF em Picos, segundo dados da SMS, é de 100%.

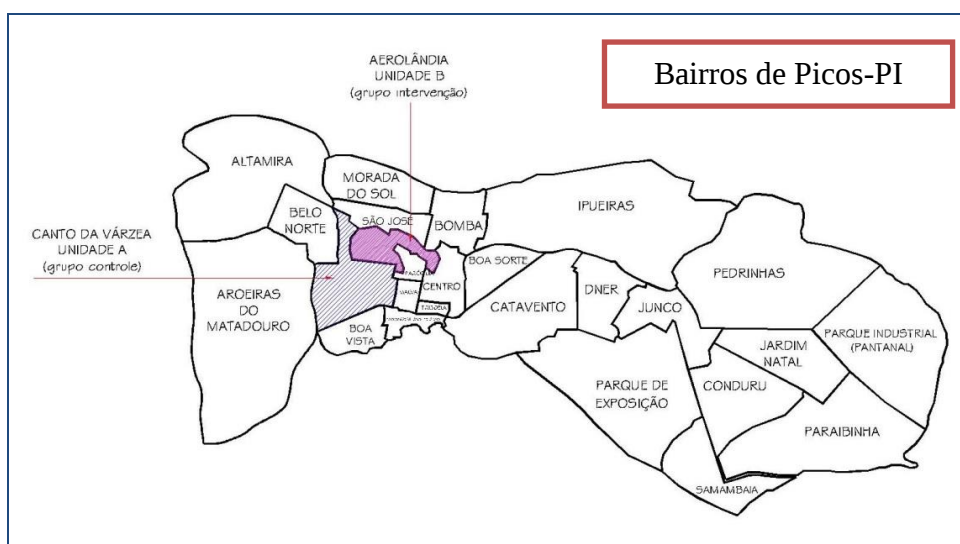
A escolha por estes locais deu-se por neles se desenvolver atividades de nível primário à saúde, contemplando o acompanhamento ao idoso com hipertensão, com ações voltadas para consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, orientação nutricional e acompanhamento ambulatorial por meio da gestão clínica na atenção básica no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA).

O município de Picos iniciou a implementação do Sistema E-SUS/AB, estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional, apenas em julho de 2015, ação alinhada com a proposta de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Ressalta-se, contudo, que a

descentralização do sistema deverá ocorrer no município até janeiro de 2016, pois os dados ainda não são enviados diretamente das USF para alimentar o sistema nacional. Assim, os dados do SISHIPERDIA ainda foram considerados durante a coleta de dados dessa pesquisa, a qual se desenvolveu de janeiro de 2014 a janeiro de 2015.

Optou-se por realizar o estudo nas unidades da zona urbana de Picos-PI, em virtude da facilidade de acesso a elas. As duas unidades da ESF em que a pesquisa ocorreu foram sorteadas entre as 20 existentes na zona urbana, em 2014, para que todas tivessem chances iguais de ser incluídas como campo de pesquisa. Elas se localizam nos bairros Canto da Várzea e Aerolândia, como se observa na Figura 1.

Figura 1 – Mapa de Picos por bairros. Picos-PI, 2015



Fonte: Piauí (2013)

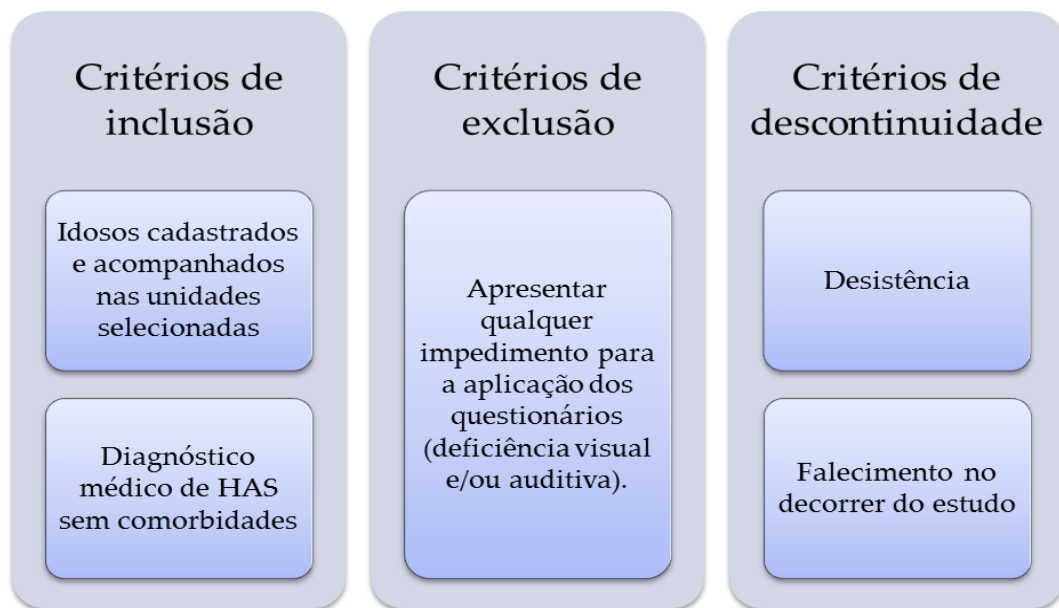
No tocante às consultas médica e de enfermagem aos hipertensos nas duas unidades, elas são realizadas mensalmente ou conforme as necessidades individuais e respeitando as demandas programada e espontânea. Nesta, os idosos que buscam a consulta o fazem no momento em que retornam à unidade em busca do medicamento anti-hipertensivo.

É rotina a realização de visitas domiciliárias aos idosos com hipertensão e outras enfermidades semanalmente nas duas unidades. A programação desta atividade é feita entre os profissionais da equipe que definem o dia e horário em que ocorrerá e quais idosos serão visitados.

5.3 Participantes do estudo e critérios de seleção

A população do estudo foi composta por idosos com HAS, cadastrados no SISHIPERDIA e acompanhados nas unidades sorteadas para a pesquisa. Os critérios de seleção dos idosos estão descritos, a seguir, na Figura 2:

Figura 2 – Critérios de seleção dos idosos participantes do estudo. Picos-PI, 2015



Fonte: Autor

A presença de comorbidades foi considerada quando o idoso possuía, além do diagnóstico da HAS, doença neurodegenerativa associada, como Doença de Alzheimer ou de Parkinson, ou ausência da fala como sequela de acidente vascular encefálico. Essa informação foi obtida a partir de consulta aos prontuários, bem como por informações colhidas junto à equipe de saúde que acompanha o idoso.

Os idosos que compuseram a amostra foram alocados em dois grupos de forma não randomizada, ou seja, foram identificados e selecionados por conveniência nas unidades, as quais foram selecionadas por sorteio simples, utilizando o programa de computador *Excel*®. A primeira unidade sorteada (A) abrigou os idosos do Grupo Controle (GC) e a segunda (B), os idosos do Grupo Intervenção (GI) (Quadro 5).

Quadro 5 – Seleção da amostra. Picos-PI, 2015

Seleção da amostra	Sorteio das USF	Grupos
Amostra	Unidade A (1º no sorteio)	Grupo 1 – controle
	Unidade B (2º no sorteio)	Grupo 2 – intervenção

Fonte: Autor

Após a definição do tipo de grupo (GI ou GC) para cada unidade, elas foram visitadas para informar ao profissional responsável acerca da pesquisa e solicitar o acesso aos prontuários dos idosos. Foi elaborada, então, uma lista dos idosos elegíveis para o estudo em cada unidade com o auxílio de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e das enfermeiras nas duas unidades.

Salienta-se que, de acordo com o cadastro e prontuários, há, em média, 150 idosos com o perfil desejado para o estudo em cada USF, porém nem todos eles frequentam regularmente a unidade por possuir plano de saúde privado ou por outros motivos não investigados neste estudo. Diante dessa informação, a coleta não se restringiu à USF, sendo realizada nos domicílios dos participantes.

Os dois grupos que compuseram a amostra desta pesquisa são descritos abaixo:

GRUPO 1 – CONTROLE: aos idosos foi orientado o agendamento de uma consulta de acompanhamento individual com o médico e/ou o enfermeiro na USF, conforme programação da unidade e necessidades individuais. Salientou-se a possibilidade da realização de visitas domiciliárias aos idosos sem prévio agendamento pela equipe da ESF. As datas de realização das consultas ou visitas domiciliárias foram conhecidas por consulta aos registros nos Boletins Mensais de Atendimento médico e de enfermagem na unidade A.

GRUPO 2 – INTERVENÇÃO EDUCATIVA: foi oferecida aos idosos além da orientação sobre o agendamento da consulta de acompanhamento individual com o médico e/ou o enfermeiro na USF ou a realização da visita domiciliária pela equipe, uma intervenção educativa (Círculo de Cultura) baseada nos pressupostos de Paulo Freire (2005).

Ressalta-se que os dois grupos seguiram com a rotina de consultas individuais e ambos receberam o mesmo acompanhamento das equipes médica e de enfermagem nas unidades em que faziam acompanhamento.

5.4 Cálculo da amostra

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula abaixo para estudos com grupos comparativos (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005):

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times 3 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Onde:

N= tamanho da amostra

Z α = intervalo de confiança

Z β = poder

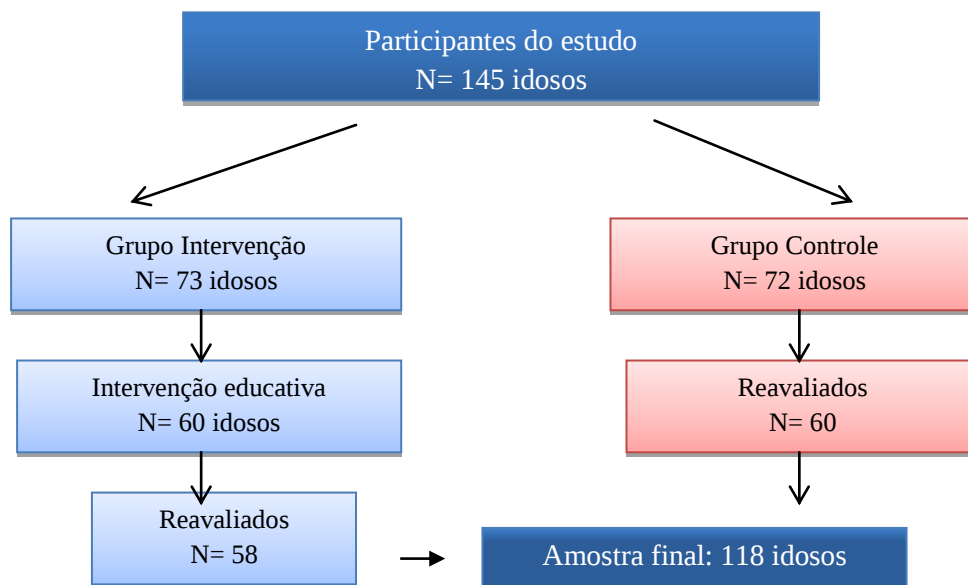
p= proporção de ocorrência do desfecho

d= diferença clinicamente importante

Tendo como variável de desfecho deste estudo a adesão ao tratamento da HAS e baseado no estudo realizado por Oliveira-Filho *et al.* (2012), adotaram-se os seguintes valores: Z α = 95%, Z β = 80%, p= 19,7%, d= 10%. Assim, encontrou-se uma amostra de 65 idosos para cada grupo, ou seja, um total de 130 idosos. Adicionando-se a este valor um percentual de segurança de 10% para eventuais perdas, a amostra para cada grupo ficou em 72 pessoas, perfazendo um total de 144 idosos.

Na fase inicial do estudo, portanto, compuseram a amostra 145 idosos, sendo 72 no grupo controle e 73 no grupo intervenção. Na fase pós-intervenção, entretanto, em virtude das perdas ao longo da pesquisa, a amostra foi composta por 118 idosos, como se observa na Figura 3:

Figura 3 – Composição da amostra ao longo do estudo. Picos-PI, 2015



Fonte: Autor

As justificativas alegadas pelos idosos para a não continuidade no estudo foram diversas, destacando-se a falta de tempo, as dificuldades de locomoção que comprometiam a ida até a unidade na segunda fase da investigação, o esquecimento das datas agendadas para realização dos Círculos de Cultura e a falta de interesse.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Dentre os instrumentos aplicados nessa investigação, o primeiro a ser descrito foi adaptado do Questionário de adesão ao tratamento da HAS (QATHAS) após anuência do autor. Ele identifica as características sociodemográficas e clínicas dos idosos e o nível de adesão ao tratamento da hipertensão. O instrumento foi respondido de forma oral pelo idoso, sendo as respostas anotadas pelo entrevistador (RODRIGUES, 2012), (ANEXO A).

O QATHAS está dividido em duas partes. A primeira parte contém as características socioeconômicas e nela foram alteradas as variáveis renda e nível de instrução, sendo a renda familiar substituída por renda pessoal, e adicionadas à variável nível de instrução as respostas: não frequentou escola e alfabetizado (sabe ler e escrever somente). A variável raça também foi acrescentada ao instrumento, pois atendia às necessidades desse estudo. As variáveis clínicas do instrumento utilizada nessa pesquisa foram: possui alguma doença além da HAS, acuidade visual e auditiva, percepção sobre o estado de saúde, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal (CA).

A segunda parte do QATHAS tem doze itens acerca do uso da medicação, consumo de sal, gordura, carne branca, doces e bebidas com açúcar, além de investigar a prática de atividade física e o seguimento regular das consultas agendadas para o tratamento da HAS. Todas essas variáveis foram mantidas no instrumento utilizado nesta pesquisa.

A partir de dez dos doze itens que compõem a segunda parte do QATHAS Rodrigues (2012) elaborou a escala de adesão ao tratamento da HAS, a qual tem níveis que variam de 60 a 110. No primeiro nível da escala, nível 60, contemplam-se os dois primeiros itens do instrumento (o uso da medicação e o uso da medicação conforme a dose prescrita pelo profissional de saúde). No segundo nível da escala, nível 70, o indivíduo não faz uso da medicação nos horários prescritos ao menos uma vez por semana. Nos níveis 80 a 100 contemplam-se os itens referentes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Do nível 110 da escala em diante, os hipertensos estão no mesmo nível de adesão, mas possuem escores diferentes.

A classificação proposta pela escala de adesão ao tratamento da HAS permite entender exatamente qual o significado do escore e não apenas indica a gravidade ou não da adesão. Isso quer dizer que os indivíduos hipertensos podem apresentar o mesmo escore total e não serem considerados iguais por não apresentarem o mesmo perfil de respostas.

Ao localizar o usuário na escala, o profissional de saúde saberá com exatidão em quais aspectos do tratamento o hipertenso deverá ser mais cuidadoso para ascender na escala de adesão. Dessa forma, a equipe de saúde pode reforçar positivamente os ganhos do paciente na escala e ambos irão perceber os avanços no tratamento (RODRIGUES, 2012).

O Quadro 6 mostra com mais detalhes o significado de cada nível da escala de adesão ao tratamento da HAS.

Quadro 6 – Escala de adesão ao tratamento da HAS.

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

Fonte: Rodrigues (2012).

O segundo instrumento utilizado determina o LS de pessoas idosas (ANEXO B), e se compõe por questões abertas e fechadas, tendo sido elaborado por pesquisadores canadenses (KWAN; FRANKISH; ROOTMA, 2006) e validado para uso no Brasil (PASKULIN *et al.*, 2011). Na presente investigação, as variáveis utilizadas estão relacionadas à alfabetização em saúde, busca por informações em saúde, entendendo e compartilhando as informações em saúde e repercussões das informações em saúde, não sendo contempladas as variáveis de identificação do idoso, já compreendidas no QATHAS.

Este instrumento possui perguntas abertas e fechadas. Assim, para as primeiras, o entrevistador coletou as respostas de forma escrita e, para as segundas, foi utilizado um gravador de voz digital.

Os itens de investigação partem de um interesse/preocupação em saúde vivenciado e escolhido pelo participante, que responde às questões com base em uma situação concreta (*“No ultimo mês, o que o Sr(a) pensou sobre sua saúde?”*).

As questões versam acerca do significado de envelhecimento saudável às pessoas idosas; a autopercepção de saúde, as fontes de informação utilizadas pelas pessoas idosas no que tange às questões relacionadas à sua saúde; a satisfação e confiança nas informações obtidas; a utilidade das informações e o entendimento delas pelos idosos; a coerência das informações recebidas; as pessoas com quem o idoso dividiu, o que aprendeu e o impacto das informações em saúde em sua vida (PASKULIN *et al.*, 2012).

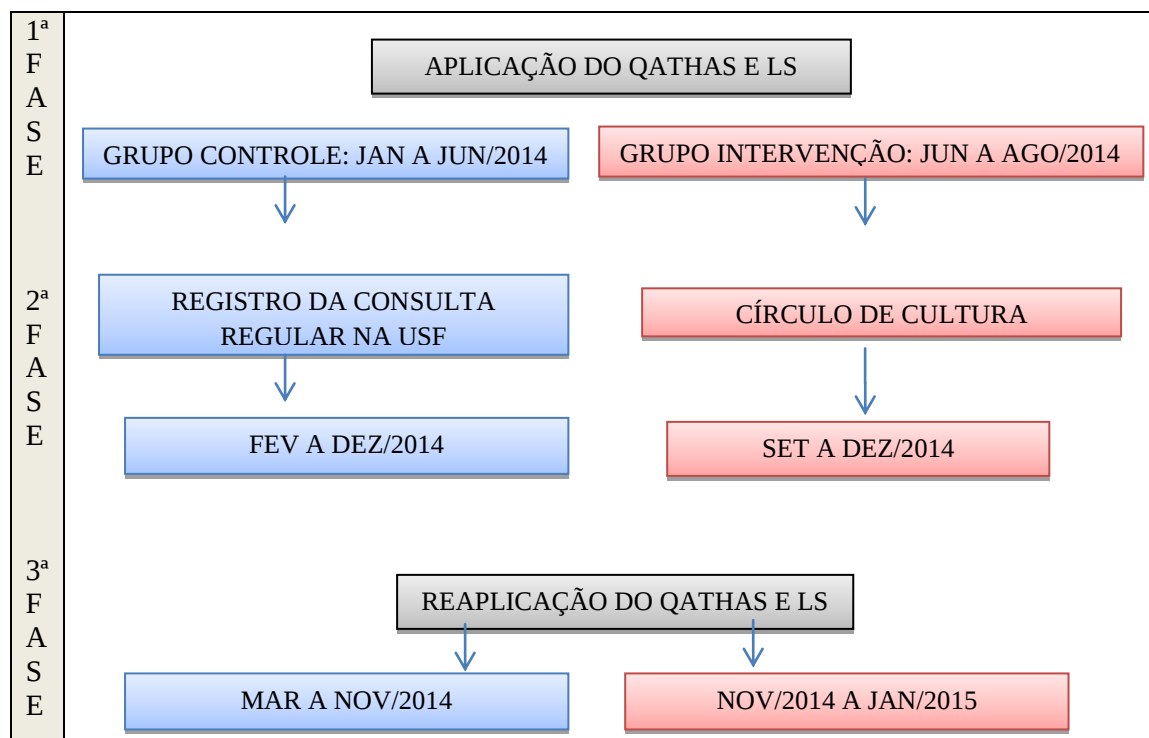
Esses instrumentos foram aplicados pelo pesquisador e por uma equipe treinada por ele, a qual foi composta por acadêmicos de enfermagem e enfermeiros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Durante o treinamento, os instrumentos foram apresentados e aplicados entre os componentes da equipe, sendo esse momento propício para tirar dúvidas e treinar o seu uso junto aos respondentes. Ao final de cada dia, os membros da equipe relatavam suas expectativas e eram convidados a trazer para o próximo encontro dúvidas e sugestões para melhor abordagem aos idosos de acordo com cada instrumento utilizado.

Também foram considerados instrumentos para coleta de dados as etapas dos Círculos de Cultura por meio do registro fotográfico e filmagem (MONTEIRO, 2007). Nelas foram contempladas as falas e narrativas dos participantes sobre o tema e a atividade realizada.

O pesquisador participou do Círculo como facilitador/pesquisador/enfermeiro, assim, para o registro do som e da imagem fez-se necessária a participação de uma equipe colaboradora treinada para auxiliar na coleta de dados, respeitando a espontaneidade das pessoas e sem interferir na dinâmica dos Círculos (MONTEIRO, 2007).

5.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados em três fases, utilizando entrevistadores treinados, incluindo a autora do estudo para o registro gravado e escrito das informações colhidas durante essas fases, conforme o fluxograma descrito a seguir:

Figura 4 – Fluxograma da coleta de dados. Picos-PI, 2015

Fonte: Autor

Primeira fase da coleta de dados: Identificação inicial (pré-teste) da adesão ao tratamento da HAS e do LS, antes da participação na intervenção educativa para, ao final, permitir comparar com as respostas obtidas no pós-teste ao término da intervenção.

O período de realização desta fase do estudo compreendeu os meses de janeiro a junho de 2014 no GC, e os meses de junho a agosto de 2014 no GI, perfazendo o total de oito meses.

As variáveis peso, estatura, IMC e CA constantes no instrumento QATHAS foram obtidas conforme descrição a seguir. A mensuração do peso e estatura foi realizada de acordo com as recomendações da OMS: indivíduo imóvel, sem sapato, com roupa leve, com os pés localizados no centro da balança. Utilizou-se uma balança digital da marca Plena, com capacidade até 180 Kg. Já a medida da estatura foi realizada com o idoso em pé, com calcanhares, ombro e cabeça encostados em parede lisa com uma trena fixada (PEIXOTO *et al.*, 2006).

A variável IMC foi calculada dividindo-se o peso pelo valor da estatura ao quadrado e os limites de corte adotados neste estudo foram os recomendados pela Organização Mundial da Saúde (2000).

Para a medida da PA foram adotadas as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de HAS (2010) com o paciente em posição sentada, pernas descruzadas, pés

apoiados no chão e dorso recostado na cadeira. Foi utilizado esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado, bem como técnicas padronizadas de palpação e ausculta. A classificação da PA seguiu o estabelecido nas VI DBHAS (2010).

Para a medida da CA foi utilizada uma fita métrica inextensível, a qual foi posicionada no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca seguindo as recomendações e classificação para Risco Cardiovascular (RCV) aumentado da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2004).

Segunda fase da coleta de dados: Com o GC foram seguidos os procedimentos normativos do Ministério da Saúde previstos na atenção aos idosos, no SISHIPERDIA, que se constituiu de registro da consulta médica ou de enfermagem e/ou da visita domiciliária, por meio da leitura dos Boletins de Atendimento na unidade A. O período da realização dessa fase no GC compreendeu os meses de fevereiro a dezembro de 2014, uma vez que as consultas de retorno da pessoa hipertensa podem ser mensais, quadrimestrais ou semestrais, a depender do seu risco cardiovascular e de acordo com as necessidades individuais (BRASIL, 2013).

No GI essa fase correspondeu à aplicação da intervenção educativa (Círculo de Cultura), na unidade B, após a aplicação do pré-teste, entre os meses de setembro e dezembro de 2014.

Como a amostra para o GI foi de 73 pessoas e dada a inviabilidade de realização da intervenção educativa com este total de idosos de uma só vez, o grupo foi subdividido em quatro subgrupos. Essa divisão teve caráter apenas operacional, sendo os círculos de cultura realizados com cada grupo compostos das mesmas etapas, objetivos e temas geradores.

Realizou-se, portanto, um círculo de cultura com duas horas de duração em cada subgrupo, resultando em quatro círculos ocorridos no período de setembro a dezembro de 2014, com periodicidade mensal. Cada subgrupo era composto por diferentes idosos, ou seja, cada idoso participou de apenas um CC.

Salienta-se que cada idoso teve a oportunidade de se pronunciar e estabelecer relações horizontais com os demais participantes e com a animadora a partir do diálogo, ainda que tenha participado de apenas um CC. Na medida em que se intensificaram as discussões em torno das experiências pessoais, instalou-se um “circuito” entre todos os participantes, o qual tornou-se tão mais dinâmico quanto as informações correspondiam à realidade existencial do grupo.

Tomou-se como referência para realização de um CC nessa pesquisa o estudo de Brandão Neto *et al.* (2014), no qual doze adolescentes foram subdivididos em grupos e, com cada um deles, foi realizado um círculo de cultura com duração de duas horas e meia.

A literatura mostra que o número de círculos de cultura a serem realizados pelo pesquisador é variável. Em algumas pesquisas, como a de Ferreira (2010) e Monteiro (2007), foram realizados oito círculos, já nos estudos de Medeiros *et al.* (2010) e Fernandes e Backes (2010) foram realizados dez e nove círculos, respectivamente.

Ressalta-se que a dimensão do grupo deve resguardar a necessidade de se ter tempo para que cada idoso possa se expressar e falar sobre o tema, considerando a própria dinâmica dialógica que fundamenta a realização de círculos de cultura (DEBUS, 1997; MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Os quatro círculos foram realizados com um número variável de idosos do grupo intervenção, sendo maior a participação do sexo feminino (43 idosas), como se observa no Quadro 7. Foram considerados desistentes os idosos que não compareceram ao Círculo após o terceiro convite.

Quadro 7- Composição dos grupos em cada Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015

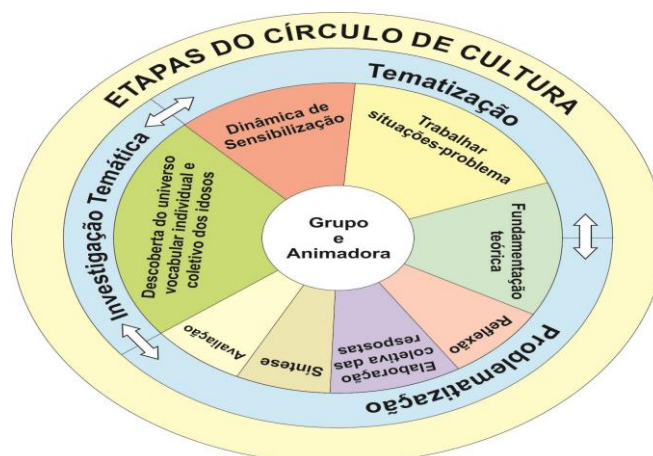
Sexo/CC*	1º CC	2º CC	3º CC	4º CC	Total
Feminino	21	7	8	7	43
Masculino	8	2	4	3	17
Total	29	9	12	10	60

* CC: Círculo de Cultura

Fonte: Dados da pesquisa

O Círculo de Cultura foi realizado seguindo as três etapas propostas pelo “Método Paulo Freire” (FREIRE, 2005): investigação temática, tematização e problematização, as quais são apresentadas na Figura 5 e se assemelham ao estudo realizado por Monteiro e Vieira (2008).

Figura 5 – Etapas do Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015



Fonte: Adaptado de Monteiro; Vieira (2008).

Na etapa de *investigação temática* foi realizado o *levantamento de temas geradores* a partir das entrevistas iniciais com o GI na primeira fase do estudo. Essa ação oportunizou o conhecimento prévio do grupo e do seu universo vocabular no trato com as questões que permeiam o tratamento da hipertensão e o letramento em saúde.

Na segunda etapa, a *tematização*, foram utilizadas *técnicas de sensibilização* com o apoio de materiais audiovisuais e de dinâmicas de grupo. A *fundamentação teórica* apoiou-se no uso de um vídeo produzido por empresa farmacêutica e/ou exibição de imagens com recurso multimídia que discutiu os cuidados vivenciados no enfrentamento da HAS. Dado o baixo nível de escolaridade apresentado pelos participantes, o uso de textos que fundamentassem o tema não foi possível. Diante das situações apresentadas na animação e nas imagens, os idosos refletiram sobre suas práticas, fizeram indagações acerca da doença e tratamento, tendo sido este o momento de reflexão teórico-prática.

A etapa de *problematização* proporcionou a reflexão a partir de *situações-problema* codificadas e desveladas ao longo dos CC, por meio do debate dos significados dos temas geradores a partir das experiências e vivências dos participantes. A partir das discussões e reflexão acerca das *situações-problema*, do vídeo e imagens, houve *elaboração coletiva das respostas* acerca do papel dos idosos enquanto co-responsáveis na produção do cuidado, ao mesmo tempo que se promoveu uma compreensão crítica acerca dos seus direitos.

A *síntese* do que foi vivenciado no Círculo de Cultura foi realizada oralmente pelos idosos, culminando com a *avaliação* da experiência a partir de placas que expressavam sentimentos de satisfação, dúvida e/ou tristeza. A participação dos idosos e sua apreensão do conteúdo também foram avaliadas nesse momento.

O desenvolvimento das três etapas do Círculo de Cultura contemplou cinco momentos interdependentes: acolhimento, expressão, situações-problema, síntese e avaliação, os quais são descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Etapas e momentos de desenvolvimento do Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015

ETAPAS	MOMENTOS	OBJETIVOS	TÉCNICAS	MATERIAIS
INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA E TEMATIZAÇÃO	ACOLHIMENTO	✚ Recepcionar os idosos e estimular a participação na intervenção educativa.	✚ Diálogo em duplas ou trios para aproximação dos participantes. ✚ Dinâmica com balões para estimular a apresentação e interação dos idosos.	✚ Pulseiras coloridas de identificação, balões coloridos.
	EXPRESSÃO	✚ Facilitar a expressão de sentimentos sobre as vivências acerca do tratamento anti-hipertensivo.	✚ Exibição de um vídeo de animação e de imagens sobre o tratamento da HAS. ✚ Produção de desenhos e modelagens pelos idosos. ✚ Elaboração de um mural com as produções dos participantes.	✚ Vídeo de animação, imagens que retratam o tratamento da HAS, papel colorido, massa de modelar e pincéis.
PROBLEMATIZAÇÃO	SITUAÇÕES-PROBLEMA	✚ Oportunizar a reflexão a respeito dos comportamentos que favorecem a adesão ao tratamento da HAS.	✚ Dramatização de duas situações-problema.	✚ Caixas de medicação confeccionadas pela pesquisadora com diferentes dosagens de um anti-hipertensivo.
	SÍNTESE	✚ Recapitular as discussões realizadas e temas geradores com a participação dos idosos.	✚ Diálogo entre os idosos e a pesquisadora.	✚ Materiais produzidos nas etapas anteriores.
	AValiação	✚ Apreciar participação e apreensão do conteúdo pelo grupo, o qual também avaliou a experiência vivenciada no Círculo.	✚ Exposição da avaliação feita pelos idosos sobre a intervenção. ✚ Verificação do entendimento e interesse do grupo. ✚ Elaboração do mural da satisfação pelos idosos.	✚ Placas com expressões faciais de dúvida, alegria e tristeza.

Fonte: Autor.

Salienta-se que as dinâmicas grupais e materiais utilizados foram adequados a uma peculiaridade do grupo de idosos, qual seja, o elevado número de analfabetos. Esse fato exigiu o uso de material audiovisual, como o vídeo desenvolvido por uma empresa farmacêutica sobre a HAS (HIPERTENSÃO, 2012), e de materiais como massa de modelar e

canetas coloridas para desenho, além da confecção de placas com expressões faciais para facilitar a compreensão do idoso acerca da atividade e assim garantir sua participação plena em todos os momentos.

Não foram utilizados textos para leitura, mas as discussões foram embasadas no conhecimento científico acerca da HAS implícito no vídeo, imagens e situações-problema, na fala da pesquisadora e no conhecimento adquirido a partir da vivência do idoso hipertenso. Os valores culturais dos participantes também foram considerados para motivar as reflexões e depoimentos.

Ressalta-se também que materiais como os balões coloridos foram utilizados apenas no quarto Círculo de Cultura e as imagens que retratavam a terapêutica da HAS no terceiro e quarto Círculos. Isso ocorreu pela percepção da animadora, ao longo dos encontros, que se fazia necessário o uso de diferentes estratégias para melhorar a interação do grupo e ampliar a participação dos idosos nos momentos de expressão propostos na intervenção educativa.

Terceira fase da coleta de dados: Constituiu-se pela reaplicação dos instrumentos (pós-teste) (QATHAS e LS) nos dois grupos.

No GI o pós-teste foi aplicado no período de dois a quatro meses após a intervenção educativa, ou seja, de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Tomou-se como base para esse intervalo de tempo o estudo de Scain (2008), o qual realizou o pós-teste a partir de um mês após programa educativo.

No GC o pós-teste foi aplicado no período de dois a oito meses após a aplicação do pré-teste, entre os meses de março e novembro de 2014, mediante o registro das consultas médicas ou de enfermagem e das VD realizadas ao idoso no período, conforme procedimentos normativos do MS (BRASIL, 2013). Os idosos que não compareceram à unidade ou não possuíam registro de VD até 6 meses após o pré-teste, foram classificados como “SEM RETORNO”, como se observa abaixo:

Quadro 9 – Retorno dos idosos do GC. Picos-PI, 2015

IDOSOS COM RETORNO	34
IDOSOS SEM RETORNO	26

Entre os idosos “SEM RETORNO”, o intervalo máximo entre a aplicação do pré e pós-teste foi de oito meses, mesmo período considerado para reavaliação dos idosos que retornaram à unidade (Quadro 10).

**Quadro 10 – Intervalo entre pré e pós-teste para os idosos do GC sem retorno.
Picos-PI, 2015**

IDOSOS SEM RETORNO	26
até 6 meses	19
após 6 meses	7

Após a terceira fase do estudo foram realizadas análises estatísticas, a fim de verificar melhora e/ou piora dos escores de adesão ao tratamento da HAS e dos níveis de LS dos idosos antes e após a intervenção educativa nos dois grupos.

5.7 Análise dos dados

Os dados quantitativos provenientes do QATHAS e das perguntas objetivas do instrumento de LS foram compilados e analisados pelo *software* estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. As variáveis contínuas foram expressas como média $\pm$ desvio padrão e as variáveis categóricas em frequências e percentuais.

Inicialmente os grupos foram avaliados acerca da homogeneidade em relação aos dados socioeconômicos: sexo, idade, renda, escolaridade, raça e estado civil. Para comparação dos grupos foram utilizados os testes do Qui-quadrado e Exato de Fisher para as variáveis nominais, teste t de Student e teste de Mann-Whitney para variáveis numéricas.

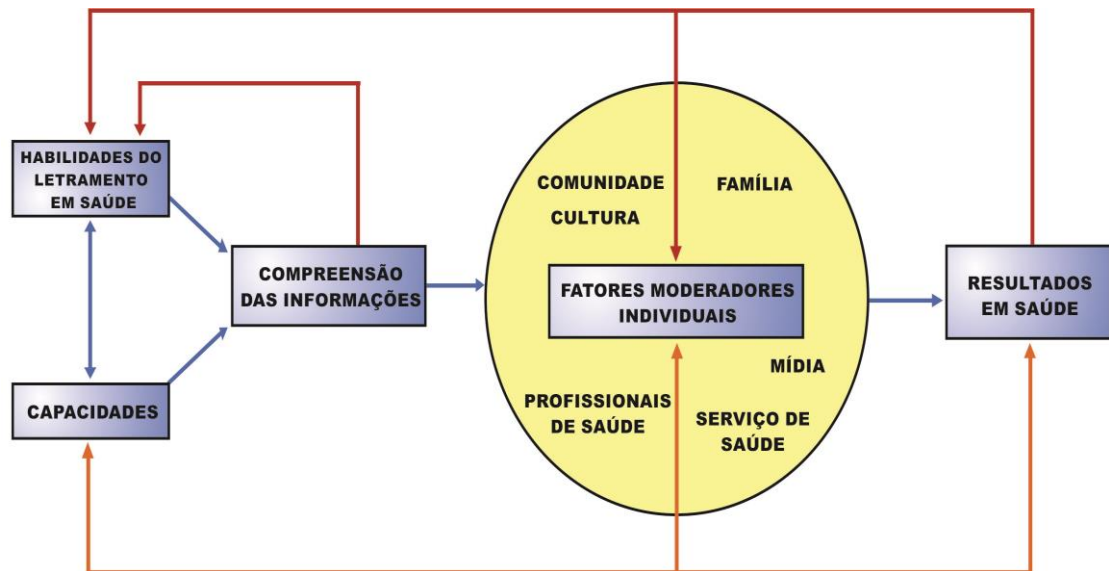
Para avaliar os efeitos da intervenção educativa nos níveis da escala de adesão (QATHAS) entre os grupos, antes e após a intervenção, foram utilizados o Teste de Wilcoxon e Teste T para amostras pareadas. É relevante destacar que como não há paridade para todos os idosos devido às perdas ao longo do estudo, a amostra para comparação dos grupos corresponde ao N da terceira etapa do estudo.

A Figura 6 representa uma descrição conceitual do nível de LS que serviu de base para a descrição e análise dos depoimentos apresentados pelos idosos nas fases pré e pós-intervenção.

Nessa figura são apresentadas as dimensões do LS utilizada na avaliação das capacidades das pessoas em usar informações em saúde e tomar decisões conscientes, quer seja em período de saúde ou de doença. Esses elementos são essenciais para que se possa compreender o nível de LS apresentado pelos indivíduos. Um importante componente é o

retorno dos resultados em saúde para as habilidades pessoais, ou seja, as pessoas aprendem com suas vivências, as quais afetam suas habilidades futuras.

Figura 6 – Quadro conceitual para o Letramento em Saúde.



Fonte: Adaptado de McCormak (2009).

Mediante os constructos do quadro conceitual apresentado, adotou-se neste estudo a classificação do nível de LS proposta pela OMS na 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde (KANJ; MITIC, 2009) (Figura 7).

Figura 7 – Níveis do Letramento em Saúde.

Níveis de Letramento em Saúde		
Funcional	Conceitual	Empoderamento

Fonte: Autor.

Para a compilação e análise dos dados qualitativos procedentes dos relatos dos idosos acerca da busca, compreensão e partilha das informações em saúde, os quais geraram a classificação do nível de LS, foi utilizado o *Software* de apoio à análise qualitativa - WebQDA. Trata-se de um *software* de acesso *online* num ambiente colaborativo que permite o compartilhamento de cada projeto por vários pesquisadores, aumentando a confiabilidade dos dados obtidos (SOUZA, COSTA, MOREIRA, 2011).

A análise dos dados realizada pelo WebQDA é semelhante à estrutura básica da análise de conteúdo de Bardin (2011): a) pré-análise, com a organização do material a ser analisado; b) exploração do material, com a codificação e categorização; e c) tratamento dos resultados, com as interpretações inferenciais. A diferença essencial entre o método de Bardin (2011) e a análise feita pelo WebQDA é que no software a codificação e a categorização são realizadas simultaneamente (SOUZA, COSTA, MOREIRA, 2011; GAVA, DELL'AGLIO, 2013).

5.8 Aspectos éticos

Esse trabalho foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que preconiza tratar o ser humano com dignidade, respeitando a sua autonomia, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Os desconfortos ou riscos mínimos aos envolvidos representaram, em alguns casos, o constrangimento do idoso em receber os pesquisadores no domicílio. Já os benefícios residiram na relevância social do estudo, ao promover o protagonismo dos idosos na reflexão acerca do tratamento da hipertensão a partir de intervenção educativa realizada na unidade de saúde onde são atendidos (BRASIL, 2012).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme Parecer n. 401.244 (ANEXO C). Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os seus objetivos e, após sua anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B), o qual lhes garantiu o anonimato e a liberdade de continuar ou não participando do estudo.

A autorização para uso do questionário de avaliação da adesão ao tratamento da HAS, consoante Rodrigues (2012), e do formulário para análise do LS, de acordo com Paskulin *et al.* (2011), foi concedida pelos autores via *e-mails* (ANEXOS D e E)

Como forma de preservar as identidades dos participantes, eles foram identificados por códigos na descrição dos resultados sobre o LS, obtidos por meio das entrevistas. Para cada grupo adotou-se a letra C (controle) ou I (intervenção) seguidas de um número que representava a disposição dos nomes dos idosos de cada grupo em ordem alfabética (exemplo: Idoso C-9, Idoso I-16).

Na descrição dos Círculos de Cultura, os idosos foram identificados pela ordem com que se expressavam, por exemplo, (Idoso 1, Idosa 1, ..., Idoso 10, Idosa 20). Dessa forma, a cada Círculo descrito, a indicação numérica considerou a quantidade de participantes que falaram no encontro anterior e continuou a partir da numeração subsequente.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, inicialmente, a partir da caracterização da amostra por meio de dados sociodemográficos e clínicos. Em seguida, são descritos os dados obtidos a partir da aplicação do QATHAS e do instrumento de LS nas fases pré e pós-intervenção.

A Tabela 2 descreve as diferenças entre os grupos com comparação das variáveis basais que poderiam influenciar nos desfechos (adesão ao tratamento da HAS e LS).

Tabela 2 – Comparação dos grupos de acordo com as variáveis basais. Picos-PI, 2015

Variável	Controle		Intervenção		Valor p
	n	%	n	%	
Idade	Média±DP	71,3±8,7	69,3±6,5		0,122 ⁽¹⁾
Renda	Média±DP	1363,4±1903,4	1604,2±2427,2		0,632 ⁽²⁾
Sexo					
Masculino	25	34,7	21	28,8	0,554 ⁽³⁾
Feminino	47	65,3	52	71,2	
Escolaridade					
Não freq. escola	12	16,7	30	41,2	0,002⁽⁴⁾
Freq. escola	60	83,7	43	58,8	
Raça					
Branca	18	25,0	19	26,0	0,636 ⁽³⁾
Não branca	54	75,0	73	74,0	
Estado civil					
Casados	42	58,3	38	52,1	0,553 ⁽³⁾
Não casados	30	41,7	35	47,9	

⁽¹⁾T de Student; ⁽²⁾ Mann-Whitney; ⁽³⁾Qui-quadrado; ⁽⁴⁾Exato de Fisher; Freq.: frequentou.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos participantes era do sexo feminino, com média de idade de 70,3 anos, renda média de R\$ 1577,70, de raça não branca e casada. À exceção do nível de escolaridade, observou-se que as demais características basais testadas entre os grupos não foram significativamente diferentes ao nível de significância de 5%, indicando que os grupos controle e intervenção são homogêneos em relação a essas características.

Observou-se diferença significativa entre os grupos em relação à escolaridade, devido à elevada percentagem de idosos no GI que não frequentou a escola (41,2%) em relação ao GC. Essa significância estatística da escolaridade pode interferir na adesão ao tratamento e no LS entre os grupos de idosos.

Acerca dos dados relacionados à saúde, 66,9% dos idosos possuíam comorbidades, 66,0% apresentavam acuidade auditiva preservada, 67,6% relataram diminuição da acuidade visual e 67,4% classificaram seu estado de saúde como bom (Tabela 3).

Tabela 3 – Características relacionadas ao estado de saúde dos idosos. Picos-PI, 2015

Variáveis	Controle		Intervenção		Total		Valor p ⁽¹⁾
	n	%	n	%	n	%	
Possui alguma doença além de hipertensão							
Sim	49	68,1	48	65,8	97	66,9	0,678
Não	23	31,9	25	34,2	48	33,1	
Como encontra-se sua acuidade auditiva							
Preservada	51	70,8	44	61,1	95	66,0	0,218
Diminuída	21	29,2	28	38,9	49	34,0	
Como encontra-se sua acuidade visual							
Preservada	27	37,5	18	24,7	45	31,0	0,060
Diminuída	43	59,7	55	75,3	98	67,6	
Ausente	2	2,8	-	-	2	1,4	
Como percebe sua saúde							
Ótima	10	13,9	4	5,5	14	9,7	0,131
Boa	49	68,1	48	66,7	97	67,4	
Má ou péssima	13	18,0	20	27,8	33	22,9	

⁽¹⁾ Qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 4 apresenta-se a distribuição das variáveis clínicas: pressão arterial, IMC e CA dos idosos de cada grupo investigado.

Tabela 4- Variáveis clínicas dos idosos. Picos-PI, 2015

Variáveis	Controle		Intervenção		Outras estatísticas
	n	%	n	%	
Pressão Arterial					
Normal	24	34,3	16	21,9	Valor de p: 0,067 ⁽¹⁾ Média: 137,1 / 81,8 DP: 23,2 / 12,5
Limítrofe	15	21,4	13	17,8	
Hipertensão	17	24,3	33	45,2	
Hipertensão sistólica isolada	14	20,0	11	15,1	
IMC					
Baixo peso	1	1,4	4	5,6	Valor de p: 0,025 ⁽²⁾ Média: 25,4 / 26,5 DP: 3,3 / 4,4
Peso normal	33	46,5	20	27,8	
Pré-obeso	30	42,3	31	43,0	
Obeso	7	9,8	17	23,6	
CA					
Com RCV	55	77,5	52	71,2	Valor de p: 0,741 ⁽¹⁾ Média: 92,99/92,47 DP: 11,63/14,59
Sem RCV	16	22,5	21	28,8	

⁽¹⁾ Qui-quadrado; ⁽²⁾ Exato de Fisher; IMC: Índice de Massa Corpórea; CA: circunferência abdominal; RCV: risco cardiovascular; DP: desvio padrão. Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se predomínio de valores pressóricos normais no grupo controle (34,3%) e compatíveis com hipertensão no grupo intervenção (45,2%). Em ambos os grupos foram observados valores classificados como hipertensão sistólica isolada, fenômeno característico em pessoas idosas. Observa-se que nos dois grupos atendidos na atenção primária apenas 40 idosos apresentavam PA normal, observando-se, assim, baixo índice de controle pressórico.

Quanto ao IMC, no grupo controle predominou a classificação indicativa de normalidade (46,5%), mas no grupo intervenção prevaleceram os valores compatíveis com a classificação pré-obeso (43,0%). Salienta-se que um idoso em cada grupo não pôde ter seu peso verificado em virtude de estar acamado, por isso os valores totais na tabela 4 correspondem a 143 idosos. Esses dados sinalizam que prevalece situação de risco para os idosos hipertensos, quando observados os percentuais de pré-obesidade e obesidade.

Acerca dos valores de CA, verifica-se na Tabela 4 que grande parte da amostra apresentou risco cardiovascular aumentado. No grupo controle não foi possível a verificação da medida da CA em um dos participantes.

Os dados revelam o perfil clínico dos idosos na fase inicial do estudo e chamam a atenção para algumas variáveis como baixos percentuais de controle pressórico e taxas elevadas de pré-obesidade e obesidade nos dois grupos, embora no GI elas tenham sido mais expressivas, o risco cardiovascular aumentado esteve presente em grande parte da amostra estudada.

6.1 Efeitos do Círculo de Cultura

Aqui são apresentados os resultados referentes ao efeito do Círculo de Cultura sobre os parâmetros clínicos, adesão ao tratamento da HAS e Letramento em saúde.

6.1.1 Parâmetros Clínicos

Para apresentação da análise dos parâmetros clínicos PA, IMC e CA, obtidos após a realização da intervenção educativa, foi elaborada a Tabela 5.

Tabela 5 – Comparação das médias das variáveis clínicas antes e após a intervenção. Picos-PI, 2015

Variáveis	Controle		Valor p	Intervenção		Valor p ⁽¹⁾
	Antes	Depois		Antes	Depois	
PAS	131,9 ± 19,5	133,2 ± 20	0,794	139,5 ± 23,1	138,2 ± 24,3	0,477
PAD	79,3 ± 11,4	81,2 ± 13,5	0,214	83,4 ± 13,6	81,6 ± 12,2	0,256
IMC	25,6 ± 3	25,9 ± 3,6	0,125	25,9 ± 4,4	25,9 ± 4,6	0,703
CA	93,1 ± 12,2	94,2 ± 11,1	0,436	91,4 ± 14,6	92,6 ± 12,4	0,933

⁽¹⁾Teste de Wilcoxon para dados pareados; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

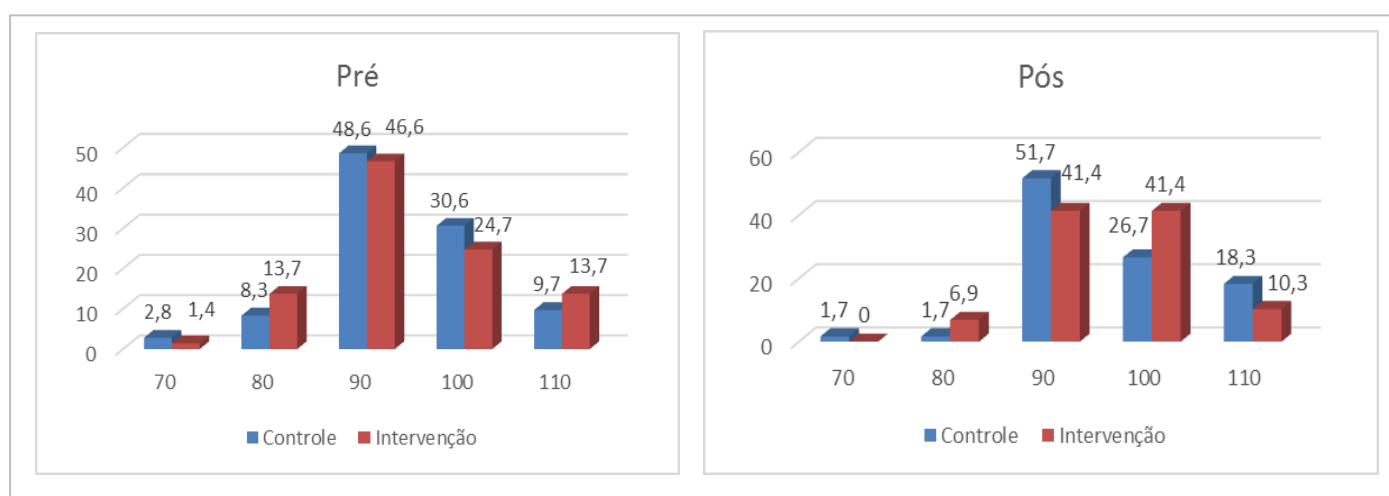
Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas para cada parâmetro após as intervenções, em ambos os grupos. Ressalta-se, contudo, que no GI as médias da PAS e PAD apresentaram discreta redução após as intervenções, o IMC manteve-se e a CA aumentou.

6.1.2 Nível de adesão ao tratamento da HAS

Para averiguar o efeito do Círculo de Cultura na adesão terapêutica nos dois grupos, foi elaborada a Figura 8.

Figura 8 – Percentagem dos idosos nos grupos controle e intervenção em cada nível da escala antes e depois do Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015



Em ambos os grupos, observa-se que não houve respondentes no nível 60, o primeiro da escala, nos dois momentos da pesquisa. Em relação à fase pré-intervenção, nos

dois grupos o nível 90 foi o mais frequente, atingindo 48,6% no GC e 46,6% no GI. Nesse nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão em horários prescritos ao menos uma vez por mês e reduziram a ingestão de sal, gorduras e doces. Ao analisar os idosos que atingiram os maiores níveis da escala, 100 e 110, no primeiro sobressaem-se os idosos do GC e no segundo, os do GI.

Ao analisar os resultados obtidos na fase pós-intervenção, percebe-se mudança de nível apenas no GI, a qual foi expressa pelo aumento do percentual de idosos no nível 100, que passou de 27,6% para 41,4%. Os idosos do GC permaneceram apresentando maior percentual no nível 90 da escala no segundo momento avaliado.

Ao se comparar os dois momentos da pesquisa em cada grupo, não houve diferença estatística significativa nos níveis da escala de adesão ao tratamento, como se destaca na Tabela 6.

Tabela 6 – Diferenças nos níveis da escala de adesão entre os grupos antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015

Nível QATHAS	Controle		Valor p ⁽¹⁾	Intervenção		Valor p ⁽¹⁾
	Antes	Depois		Antes	Depois	
	n (%)			n (%)		
70	01 (1,7)	01 (1,7)	0,063	01 (1,7)	-	0,220
80	05 (8,3)	01 (1,7)		07 (12,1)	04 (6,9)	
90	29 (48,3)	31 (51,7)		26 (44,8)	24 (41,4)	
100	21 (35,0)	16 (26,7)		16 (27,6)	24 (41,4)	
110	04 (6,7)	11 (18,3)		08 (13,8)	06 (10,3)	

⁽¹⁾Teste de Wilcoxon para dados pareados.

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando-se, contudo, a média de pontuação atingida pelos idosos ao responder o QATHAS, constatou-se diferença significativa depois do Círculo de Cultura e, em ambos os grupos, houve aumento significativo ao longo do tempo (Tabela 7).

Tabela 7 – Comparação entre os valores pré e pós-intervenção da adesão ao tratamento da HAS. Picos-PI, 2015

Grupo/Período	n	Média de pontuação QATHAS	DP	Valor p ⁽¹⁾
Controle pré	60	98,4	7,6	0,024
Controle pós	60	100,8	7,9	
Intervenção pré	58	98,6	8,6	0,046
Intervenção pós	58	100,7	7,5	
Total antes	118	98,5	8,1	0,002
Total depois	118	100,8	7,6	

⁽¹⁾Teste T para amostras pareadas; DP: desvio padrão.

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se ainda que o DP do GI diminuiu, sinalizando que nesse grupo a adesão tornou-se mais uniforme e o movimento de mudança, embora semelhante ou até menor que no GC, parece mais consistente. Considera-se que a intervenção educativa pode ter o efeito de uniformizar o conhecimento dos participantes e provocar essa diminuição na variabilidade das respostas (DP).

Ao se observar que o GC também apresentou diferença significativa na adesão, pode-se considerar a hipótese de que a presença do pesquisador na USF possa ter influenciado na forma como a equipe realiza as consultas e, dessa forma, contribuído para os resultados favoráveis obtidos.

6.1.3 Descrição do Letramento em saúde

A comparação dos resultados sobre o LS antes e após os Círculos de Cultura é apresentada na Tabela 8. Ela mostra as respostas acerca da satisfação dos idosos com as informações em saúde adquiridas e o entendimento sobre elas.

Pela análise apresentada, não se observou mudança expressiva nos itens avaliados. Dessa forma, os idosos dos dois grupos continuaram relatando satisfação com as informações em saúde recebidas. Já em relação à busca por informações, no GC e GI observa-se discreto aumento da procura por uma segunda fonte, mas permanecem as opiniões de que são de fácil entendimento e que nunca ouviram palavras não compreensíveis.

Tabela 8 – Satisfação, busca e compreensão das informações em saúde antes e depois dos Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015

Questões	Controle		Valor p ⁽¹⁾	Intervenção		Valor p ⁽¹⁾
	Antes	Depois		Antes	Depois	
	n (%)					
Satisfação com a primeira informação adquirida						
Muito insatisfeito	03 (5,0)	02 (3,3)	0,106	-	03 (5,3)	0,469
Insatisfeito	07 (11,7)	01 (1,7)		03 (5,3)	01 (1,8)	
Neutro	06 (10,0)	04 (6,7)		09 (15,8)	08 (14,0)	
Satisfeito	36 (60,0)	48 (80,0)		40 (70,2)	40 (70,2)	
Muito satisfeito	08 (13,3)	05 (8,3)		05 (8,8)	05 (8,8)	
Procurou outras fontes						
Não	27 (45,0)	27 (45,0)	0,017	35 (60,3)	26 (44,8)	0,137
Sim	26 (43,3)	33 (55,0)		23 (39,7)	32 (55,2)	
Não informado	07 (11,7)	-		-	-	
Entendimento das informações						
Muito fácil	02 (3,4)	06 (10)	0,253	02 (3,5)	07 (12,1)	0,395
Fácil	44 (75,9)	47 (78,3)		41 (71,9)	37 (63,8)	
Nem fácil nem difícil	10 (17,2)	05 (8,3)		08 (14,0)	07 (12,1)	
Difícil	01 (1,7)	02 (3,3)		06 (10,5)	07 (12,1)	
Muito difícil	01 (1,7)	-		-	-	
Ouvir palavras que não entendeu						
Nunca	35 (58,3)	28 (46,7)	0,351	27 (47,4)	21 (36,2)	0,775
Difícilmente	04 (6,7)	06 (10,0)		09 (15,8)	09 (15,5)	
Ocasionalmente	09 (15,0)	06 (10,0)		09 (15,8)	13 (22,4)	
Frequentemente	04 (6,7)	04 (6,7)		03 (5,3)	04 (6,9)	
Sempre	08 (13,3)	16 (26,7)		09 (15,8)	11 (19,0)	

⁽¹⁾ Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa.

A fim de descrever o nível de LS a partir das falas dos idosos na fase pós-intervenção, foram elaboradas as seguintes dimensões com base no referencial teórico apresentado na metodologia (Figura 6): Compreender as informações, Buscar informações, Utilizar informações e Partilhar as informações, as quais são descritas a seguir.

A análise apresentada para cada dimensão do LS corresponde à frequência de repetição de sentido obtida nos depoimentos dos idosos a partir do *software* WebQDA. No Quadro 11 observa-se a categorização dos níveis de LS de acordo com as dimensões e áreas temáticas utilizadas para classificação dos idosos em cada nível.

Quadro 11 – Áreas temáticas para classificação dos níveis de letramento. Picos-PI, 2015

Níveis	Áreas temáticas
Nível funcional	
Dimensão I - Compreender as informações	Compreensão das informações; Atitudes para melhor entendimento das informações.
Nível conceitual	
Dimensão II: Habilidades – Buscar informações e movimentar-se no sistema de saúde.	Busca por fontes de informação.
Dimensão III: Fatores Moderadores Individuais – Atitudes para resultados e estratégias de enfrentamento.	Uso das informações pelo idoso.
Nível empoderamento	
Dimensão IV: Fatores Moderadores Individuais – apoio social	Partilha das informações pelo idoso.

Fonte: Autor.

Dimensão I: Compreender as informações

Nessa dimensão apresentam-se os relatos dos idosos sobre o entendimento das informações em saúde adquiridas, se já ouviram palavras que não entenderam e o que fizeram nessa situação.

Observa-se que os depoimentos dos idosos nos dois grupos apresentaram conteúdo semelhante. Ao comparar os relatos apresentados antes e depois dos Círculos de Cultura, nota-se que a variação das respostas é muito pequena, prevalecendo os relatos de fácil compreensão em ambos os grupos. Ressalta-se que no GI o padrão de respostas nos dois momentos do estudo foi semelhante (Quadro 12).

Quadro 12 – Compreensão das informações pelos idosos antes e após os Círculos de Cultura. Picos -PI, 2015

COMPREENSÃO	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Fácil	46	53	43	44
Difícil	2	2	6	7

Fonte: Dados da pesquisa

Para exemplificar o que se apresenta no Quadro 12, eis os depoimentos:

“[...] Não foram difíceis não. Difícil é o tratamento [...]” (Idoso C-21).

“[...] Eu achei fácil de entender. Tudo que eles falam eu entendo [...]” (Idoso I-56).

Quando indagados se ouviram palavras que não entenderam, alguns idosos disseram que sim e para melhor visualização do perfil de respostas apresentado ao longo do estudo, foi elaborado o Quadro 13. Nele se observa que no GI houve maior frequência de relatos quando comparado ao GC nos dois momentos do estudo e que, em cada grupo, aumentou o número de idosos que relataram ouvir palavras que não entenderam.

Quadro 13 – Compreensão das informações nas fases pré e pós-intervenção. Picos-PI, 2015

OUVIU PALAVRAS QUE NÃO ENTENDEU	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Sim	25	32	30	37

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à atitude tomada pelo idoso no caso de ouvir palavras de significado desconhecido, as respostas do GC foram as mesmas apresentadas na fase inicial do estudo: perguntar novamente ao profissional (9), levar um familiar para a consulta (1) ou continuar sem entender (2). No GI, além da manutenção desses relatos, surgiram duas novas respostas: pedir ao profissional de saúde para anotar a informação a fim de levar para que os filhos pudessem lhe explicar em casa e valer-se de crença religiosa para melhorar seu entendimento (Quadro 14).

Quadro 14- Atitudes para melhor entendimento das informações antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015

Item	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Pedia para repetir	7	9	7	13
Levava um familiar	3	1	4	4
Pedir ao profissional para anotar	-	-	-	1
Crença religiosa	-	-	-	1

Fonte: Dados da pesquisa

Como se observa, o conteúdo dos depoimentos assemelha-se ao da primeira etapa do estudo, mas no GI revelam-se mais atitudes de busca pelo entendimento das informações adquiridas. Os relatos a seguir exemplificam as novas respostas do GI no período pós-intervenção.

“[...] Eu digo assim: doutor, anota aí no papel que eu às vezes não estou entendendo, aí ele anota na receita e eu mando as meninas olhar [...]” (Idoso I-45).
 “[...] Pedi a meu pai, pedi a Deus que abrisse a minha mente. Pedi pra Deus, porque tudo é de Deus [...]” (Idoso I-16).

Dimensão II: Habilidades – buscar informações e movimentar-se no sistema de saúde.

Nesta dimensão agruparam-se os depoimentos acerca das fontes de informação procuradas pelo idoso e se ele teve dúvidas acerca da informação recebida, demonstrando habilidade de movimentação no sistema de saúde e disponibilidade para buscar informações.

Aqui foram citadas diversas fontes de informação pelos idosos, assim como na fase inicial do estudo. Dentre as mais lembradas pelo GC como primeira fonte procurada foram citadas: o médico (26) e serviços de saúde como as USF do município (28), os hospitais e clínicas particulares de Picos e da capital Teresina (15). Menor número de relatos foi apresentado para o Hospital Regional de Picos (4), farmácia (1), outros idosos (1) e a televisão (1). Apenas (1) idoso disse não lembrar-se da fonte procurada devido ao tempo. Nessa etapa do estudo a USF destacou-se como primeira fonte de informação relatada pelos idosos do GC.

Quanto ao GI, o médico (31) continuou sendo o profissional de saúde mais procurado como primeira fonte. Acerca dos serviços de saúde, a USF (25) foi mais procurada que os hospitais e clínicas particulares de Picos e Teresina (15), corroborando os resultados na fase inicial do estudo. O Hospital Regional de Picos foi procurado por (2) idosos, a farmácia por (1) e outro idoso não lembra qual a primeira fonte de informação buscada.

Ao se indagar pela busca de outras fontes de informação, observou-se nos relatos que as mesmas fontes citadas como primeira busca foram novamente lembradas pelos dois grupos na fase pós-intervenção. No GC houve maior procura por hospitais e clínicas particulares (27), seguido da USF (9), e do Hospital Regional de Picos (2). Observou-se que os hospitais e clínicas particulares permaneceram sendo as principais fontes de informação secundárias buscadas pelo GC nessa fase do estudo.

No GI houve mais relatos após os Círculos de Cultura para a busca de hospitais e clínicas particulares (24) em relação à USF (13) como segunda fonte de informação, comparados aos da fase inicial da pesquisa. O Hospital Regional de Picos foi citado por (1) idoso, assim como a televisão (1) e a farmácia (1).

Ao analisar o desempenho dos dois grupos nessa dimensão, observou-se que no GC houve uma mudança no conteúdo das respostas. Na primeira fase prevaleceu a busca por hospitais e clínicas particulares como principal fonte de informação, quer seja primária ou secundária. Já no período pós-intervenção, a busca pela USF foi maior como fonte de informação primária.

No GI, a USF destacou-se como primeira fonte buscada nas duas fases do estudo e, no pós-teste, os idosos citaram hospitais e clínicas particulares como principais fontes secundárias de informação.

Para efeito de análise comparativa entre os grupos acerca da busca por fontes de informação nas fases pré e pós-intervenção, o Quadro 15 mostra o desempenho de cada grupo utilizado adiante para classificação do nível de LS. Nele se observa que as frequências de relatos nos dois grupos igualam-se no período pós-intervenção.

Quadro 15- Frequência de depoimentos acerca da busca por fontes de informação pré e pós-intervenção. Picos-PI, 2015

Busca por FI*	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Primeira	94	76	98	74
Segunda	39	38	45	40
Total	133	114	143	114

* FI: Fontes de Informação.

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se questionar sobre as dúvidas apresentadas pelos idosos acerca das informações recebidas ou de uma situação de saúde escolhida por eles, houve (39) relatos no GC. As dúvidas sobre a HAS estiveram presentes nas falas sob os seguintes aspectos: sintomas e causas da doença (13), uso correto da medicação (4), significado da doença e possíveis complicações (3). Para (4) idosos sua dúvida foi expressa como ter que aceitar tomar medicação continuamente por toda a vida. Houve (2) relatos de dúvidas acerca de problemas com a circulação nos membros inferiores e (13) disseram não ter dúvida nenhuma.

No GI houve (51) relatos, porém atitudes menos expressivas para questionamentos. A maior parte deles (27) referiu não possuir dúvidas e os demais concentraram suas questões nos sintomas e causas da HAS (14) e no significado e possíveis complicações da doença (8). Outros (2) idosos referiram dúvidas com a administração da medicação para HAS (1) e com cuidados relacionados a problemas locomotores (1).

Para maior detalhamento das dúvidas apresentadas nos grupos antes e após os Círculos de Cultura, elaborou-se o Quadro 16. Nele se observa que no GI aumentou o número de idosos que não questionam ou não procuram saber mais sobre sua condição de saúde. É menor neste grupo a exigência de aprofundamento das informações.

Quadro 16- Dúvidas apresentadas antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015

Dúvidas	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Sim	27	26	27	24
Não	22	13	14	27

Fonte: Dados da pesquisa

As dúvidas relatadas nessa fase do estudo podem ser visualizadas abaixo:

“[...] As dúvidas era que estava doendo pra eu caminhar, eu caminhava aqui, com a perna assim, puxando a perna [...]” (Idoso C-19).

“[...] Eu tenho essa dúvida por que a pressão está alta e a pessoa não sente [...]” (Idoso C-22).

“[...] Eu achava que quem tinha problema de pressão era quem tinha problema de coração e não é, tem gente que tem pressão alta e não tem problema de coração [...]” (Idoso C-39)

“[...] Tinha duvida assim se era por causa da pessoa ter a tensão de alguma coisa ou se era por causa de comida, mas eu já vi que tudo isso influi, que é um monte de fatores [...]” (Idoso I-36).

“[...] Só porque era baixa e depois ficou alta, fiquei em dúvida porque ela aumentou [...]” (Idoso I-42).

Dimensão III: Fatores Moderadores Individuais – atitudes para resultados e estratégias de enfrentamento.

Aqui foi descrita a forma como o idoso utiliza as informações em saúde adquiridas, ou seja, como elas o ajudam a tomar decisões acerca do tratamento. O Quadro 17 sinaliza atitudes positivas de autocuidado que melhoram a condição de saúde do idoso. Apenas cinco idosos do GC e seis do GI referiram que as informações não provocaram mudanças em suas vidas.

Quadro 17 – Atitudes para resultados/Estratégias de enfrentamento apresentadas pelos idosos na fase pós-intervenção. Picos-PI, 2015

Melhora no autocuidado (93)	CONTROLE (41)	- Mudou os hábitos alimentares (13) - Controlou a PA e sintomas de HAS (7) - Toma a medicação corretamente (6) - Cuida-se mais (6) - Pratica atividade física (6) - Parou ou diminui fumo/bebida alcóolica (3)
	INTERVENÇÃO (52)	- Mudou os hábitos alimentares (21) - Toma a medicação corretamente (11) - Cuida-se mais (10) - Controlou a PA e sintomas da HAS (4) - Pratica atividade física (4) - Faz consulta regular (2)
Maior entendimento (27)	CONTROLE (16)	- Compreende melhor seu tratamento (16)
	INTERVENÇÃO (11)	- Compreende melhor seu tratamento (11)
Cuida da saúde emocional/mental (10)	CONTROLE (3)	- Conversa com outras pessoas (2) - Participa de eventos sociais (1)
	INTERVENÇÃO (7)	- Conversa com outras pessoas (4) - Tem maior controle emocional (3)

Fonte: Dados da pesquisa

Ressalta-se que nos dois grupos os relatos de não adesão ao tratamento da HAS relacionaram-se a deixar de tomar a medicação e não seguir a dieta. No GC um idoso relatou que a principal repercussão da doença em sua vida foi ter deixado o trabalho. Apesar disso, a maioria dos idosos relatou atitudes positivas para resultados acerca da adesão ao tratamento.

Não houve mudanças expressivas no conteúdo das falas nas fases pré e pós-intervenção, como se pode verificar no Quadro 18. No entanto, observa-se que o GI teve melhor desempenho que o GC nesta dimensão em relação à melhora no autocuidado e maior cuidado com a saúde mental e emocional.

Quadro 18- Atitudes para resultados relatadas antes e após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015

Atitudes para resultados/Estratégias de enfrentamento	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Melhora no autocuidado	44	41	32	52
Maior entendimento	10	16	13	11
Cuida da saúde emocional/mental	2	3	4	7

Fonte: Dados da pesquisa

Dimensão IV: Fatores Moderadores Individuais – Partilhar as informações e apoio social

Essa dimensão mostra como ocorre o compartilhamento de informações pelos idosos e revela a rede de apoio social do idoso hipertenso. Para tanto, apresenta com quem as informações são partilhadas e como repercutem na vida daqueles que a recebem, além de descrever aquelas consideradas mais relevantes para outros idosos saberem.

Os membros da família foram os mais citados pelo GC (30), em seguida, os amigos (15), vizinhos e outras pessoas com HAS (14) e os profissionais de saúde (9). É importante salientar que (14) idosos neste grupo relataram não compartilhar as informações. Nessa fase do estudo, os familiares continuaram sendo os mais citados, mas aumentaram os relatos indicando os profissionais de saúde como pessoas com quem o idoso compartilha informações, refletindo que eles também representam um apoio importante no seguimento do tratamento.

Da mesma forma, no GI o compartilhamento de informações foi maior entre os familiares (29), em seguida os vizinhos e outras pessoas com HAS (15). Os amigos (8) e os profissionais de saúde (4) foram lembrados em menor número de relatos. O não compartilhamento de informações esteve presente em (13) depoimentos. Assim como na primeira etapa do estudo, os familiares constituíram a principal rede de apoio social do idoso hipertenso no GI.

Essa dimensão revela um nível maior de envolvimento dos indivíduos com outras pessoas do seu grupo familiar e fora dele e também com o sistema de saúde. O desempenho dos idosos nos dois grupos apresentou-se semelhante nas duas fases da pesquisa, do ponto de vista do conteúdo das respostas, sendo os familiares as pessoas mais citadas.

Ao partilhar informações, oito idosos do GC e (18) no GI acreditam que essa atitude modifica a vida das pessoas que as recebem. Para outros (11) idosos não faz diferença alguma na vida do outro, sendo (4) relatos no GC e (7) no GI.

No Quadro 19 pode-se visualizar como as informações repercutem na vida do outro, na perspectiva dos idosos. Nesse aspecto, o GI apresenta melhor desempenho na fase pós-intervenção, pois apresenta maior entendimento dos efeitos positivos que a informação traz para aqueles que a recebem e conseguem verbalizar mais essa realidade nessa fase do estudo.

Quadro 19 - Mudanças provocadas na vida de outras pessoas pela informação em saúde partilhada pelo idoso antes e após a intervenção. Picos-PI, 2015

CONTROLE		INTERVENÇÃO	
PRÉ (10)	PÓS (8)	PRÉ (9)	PÓS (18)
- Tomar medicação corretamente, mudar alimentação e praticar atividade física (3) - Realizar consulta médica (1) - Ter maior cuidado pessoal (6)	- Melhor orientação acerca dos cuidados com a saúde (4) - Tomar medicação corretamente e ter maior controle da PA (2) - Ter maior cuidado pessoal (2)	- Ter maior cuidado pessoal (5) - Tomar medicação corretamente (2) - Cuidar mais do idoso (2)	- Melhor orientação acerca dos cuidados com a saúde (7) - Ter maior cuidado pessoal (9) - Cuidar mais do idoso (2)

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se que o conteúdo das respostas foi modificado no GC em relação ao pré-teste. Os relatos de que ao receber a informação outras pessoas apresentam maior orientação acerca dos cuidados com a saúde surgiu nessa etapa do estudo, ao mesmo tempo em que os idosos investigados relataram apresentar maior entendimento acerca do tratamento.

Adiante, no Quadro 20, verificam-se as frequências das informações consideradas importantes pelos idosos para serem partilhadas, as quais traduzem os aspectos da vida e dos cuidados com a saúde em destaque:

Quadro 20 – Informações importantes para partilhar com outros idosos antes e após a intervenção. Picos-PI, 2015

Informações para partilhar com outros idosos	CONTROLE		INTERVENÇÃO	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Minimizar problemas já existentes	66	37	24	40
Cuidados com a saúde emocional/mental	7	3	1	2
Manutenção de ambiente seguro	1	-	-	-
Maior compreensão da doença/ seguir orientações médicas	3	5	13	2

Fonte: Dados da pesquisa.

A mudança de hábitos de vida para minorar os problemas de saúde já instalados pela presença da HAS foi mais frequente nos relatos, em ambos os grupos, nos dois momentos pesquisados. Na etapa pós-intervenção, os depoimentos referentes a essa informação foram mais próximos em termos de frequência nos dois grupos. Observa-se ainda que no GI houve mais relatos acerca dos cuidados para minimizar problemas já existentes.

As demais informações consideradas importantes para que outros idosos saibam nos dois momentos da pesquisa mantiveram-se semelhantes, embora com frequências menores. Apenas a informação acerca da manutenção do ambiente seguro não se repetiu na fase pós-intervenção.

A partir das quatro dimensões descritas, os níveis de LS apresentados antes e após a intervenção educativa são apresentados no Quadro 21.

Quadro 21 – Níveis de Letramento em Saúde dos idosos pré e pós intervenção. Picos-PI, 2015

Grupo	Níveis de Letramento em Saúde		
Controle	Funcional	Conceitual	Empoderamento
Pré	(56)	(189)	(73)
Pós	(63)	(174)	(68)
Áreas Temáticas	Fácil compreensão Atitudes para melhor entendimento das informações	Busca por fontes de informação Uso das informações pelo idoso	Partilha das informações
Intervenção	Funcional	Conceitual	Empoderamento
Pré	(54)	(192)	(53)
Pós	(63)	(184)	(56)
Áreas Temáticas	Fácil compreensão Atitudes para melhor entendimento das informações	Busca por fontes de informação Uso das informações pelo idoso	Partilha das informações

Fonte: Autor.

Ao analisar a frequência das respostas apresentadas antes e após os Círculos de Cultura, observa-se que o nível conceitual continuou prevalecendo nos dois grupos. Isso significa que os idosos buscam e utilizam informações em saúde para reduzir riscos à saúde, fazer escolhas e melhorar a qualidade de vida. Dentre as ações de maior destaque estão as atitudes para resultados como a melhora no autocuidado, de extrema importância para que o idoso hipertenso cuide-se mais e apresente melhores níveis de adesão ao tratamento.

Quando os níveis de LS são comparados entre os dois momentos avaliados, observa-se que o desempenho do GI apresentou melhora nos níveis funcional e empoderamento. Ao comparar os grupos, o GI apresenta melhor resultado que o GC apenas no nível conceitual após a intervenção educativa.

Os aspectos de cada dimensão do LS em que o GI apresentou mais expressividade em relação ao GC após participação na intervenção educativa podem ser conferidos no Quadro 22.

Quadro 22 – Dimensões do LS em que o GI apresentou melhor desempenho após os Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015

NÍVEL FUNCIONAL
DIMENSÃO I – Compreender as informações. Mais atitudes pela busca do entendimento das informações.
NÍVEL CONCEITUAL
DIMENSÃO II – Habilidades para buscar informações e movimentar-se no sistema de saúde. Maior procura da USF como primeira fonte de informação.
DIMENSÃO III – Fatores Moderadores Individuais - atitudes para resultados e estratégias de enfrentamento. Melhora no autocuidado e maior cuidado com a saúde mental e emocional.
NÍVEL EMPODERAMENTO
DIMENSÃO IV – Fatores Moderadores Individuais- apoio social. Melhor entendimento dos efeitos positivos das informações compartilhadas pelo idoso, com destaque para os cuidados que minimizam problemas de saúde já existentes.

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com as informações expostas no Quadro 22, em todos os níveis de LS o GI apresentou melhores respostas após a intervenção educativa. Obviamente isso não contemplou todas as áreas temáticas de cada dimensão, mas os achados demonstram o efeito positivo do Círculo de Cultura no LS desse grupo.

7 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

A descrição dos CC foi feita de acordo com as três etapas do Método Paulo Freire, quais sejam: investigação temática, tematização e problematização. Os dois desfechos de interesse da pesquisa (adesão e letramento em saúde) fizeram parte de cada etapa, tendo como foco a ampliação do acesso às informações em saúde a fim de capacitar o idoso para uma melhor tomada de decisão.

Investigação Temática e Tematização

Os **temas geradores** discutidos nos quatro CC realizados foram escolhidos por representar o **universo vocabular e coletivo dos idosos** descoberto durante as entrevistas iniciais no pré-teste, correspondendo à etapa de **investigação temática**.

Essa etapa também foi contemplada ao longo dos CC, pois diferentes temas emergiram do diálogo com os idosos, promovendo mudanças nas dinâmicas realizadas a partir do terceiro Círculo.

A **tematização** consistiu no uso de técnicas de sensibilização e acolhimento com o uso de pulseiras e/ou balões coloridos para estimular a aproximação entre os participantes e a expressão de sentimentos sobre as vivências acerca do tratamento anti-hipertensivo. A Figura 9 retrata os materiais utilizados durante a tematização, no momento de acolhimento.

Figura 9 – Materiais utilizados no momento de acolhimento. Picos-PI, 2015



Fonte: Dados da pesquisa

A expressão das experiências vividas pelo idoso no tratamento, por meio da produção de desenhos ou textos e trabalho manual com massa de modelar, também foi contemplada na etapa de **tematização**. Como recursos para estimular a participação dos idosos foram utilizados um vídeo sobre HAS, produzido por empresa farmacêutica, e imagens que retratavam o tratamento exibidas com o uso de projetor multimídia. Na Figura 10 demonstram-se os recursos e técnicas utilizados no momento de expressão:

Figura 10 – Recursos audiovisuais utilizados no momento de expressão. Picos-PI, 2015

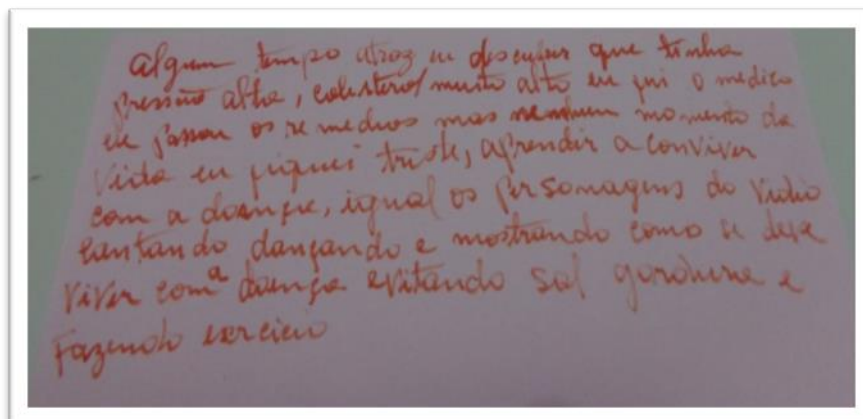


Fonte: Dados da pesquisa

Ressalta-se que apenas no primeiro e terceiro Círculos de Cultura, houve produção textual, considerando o baixo nível de escolaridade apresentado pelos idosos do GI. O exercício reflexivo que culminou com os desenhos e textos foi necessário para a compreensão de como os idosos se percebem e lidam com as adversidades envolvidas no tratamento. A cada descrição dos desenhos, descobriam juntos que possuíam características em comum e que podiam ajudar o outro a encontrar soluções para os problemas vivenciados.

No primeiro Círculo, chamou a atenção o texto produzido e lido por uma idosa, o qual retratava atitude positiva diante das limitações do tratamento. A idosa relatou, a partir do texto, ter aprendido a conviver com a HAS assim como os personagens do vídeo que cantavam e dançavam. Foi gratificante perceber que a mensagem foi entendida e serviu como estímulo para a reflexão acerca da realidade (Figura 11).

Figura 11- Texto escrito por uma participante do primeiro Círculo no momento de expressão. Picos-PI, 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

A leitura do mundo dos participantes foi o que se buscou com essa dinâmica. Os idosos foram convidados a escrever ou desenhar o que vinha à mente após ter assistido ao vídeo ou visto as imagens podendo julgá-los, fazer suas próprias interpretações e expressá-las utilizando o papel. O material produzido estava constituído de sentido, de valor e de significados.

Ao analisar a participação dos idosos no momento de expressão, percebeu-se que apresentavam muita disponibilidade para o autoconhecimento e o estabelecimento de relações interpessoais, respeitando o tempo de cada um e sua história de vida. Essas são condições que indicam potencial possibilidade de crescimento pessoal na conquista do empoderamento para realização de cuidados preventivos, os quais podem conduzi-los ao autocuidado sem apoio.

Os fatores ligados ao indivíduo exercem uma influência determinante sobre seus comportamentos e codificam o conhecimento de si e da realidade vivenciada. Dessa forma, ao expressar no papel os significados atribuídos ao tratamento da HAS e à própria enfermidade os idosos puderam decodificar os temas implícitos nas situações existenciais discutidas.

No terceiro CC também foram produzidos textos pelos idosos no momento de expressão e, por meio da Figura 12, observa-se que a participante revelou seus hábitos alimentares e afirmou não seguir dieta alguma, mesmo na condição de hipertensa:

Figura 12- Texto produzido por uma idosa no terceiro Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

A manifestação livre do que faz no cotidiano, ainda que incoerente com o que estava sendo discutido, não foi censurada pelo grupo. Com as declarações acerca dos hábitos de vida, os idosos demonstraram dispor de conhecimentos importantes para praticar boas práticas alimentares. Os saberes socialmente construídos na prática comunitária para os cuidados com a saúde foram manifestados pelos idosos e geraram discussões proveitosas.

Problematização

Nessa etapa, um dos membros da equipe que apoiava o animador na intervenção estava caracterizado como idosa e dramatizou duas **situações-problema** discutidas e solucionadas pelos participantes.

O objetivo da problematização foi proporcionar a participação dos idosos na solução das situações a partir dos conhecimentos que dispunham. Eles foram estimulados também a relatar se já vivenciaram problemas semelhantes em suas vidas acerca do tratamento.

Na primeira **situação-problema** a idosa apresentava dificuldade com o numeramento em saúde, ou seja, com a habilidade de realizar cálculos matemáticos simples para tomar a dose correta do medicamento anti-hipertensivo prescrito. Além disso, também se esquecia de tomar o medicamento nos mesmos horários. Para facilitar o entendimento da cena, a personagem tinha nas mãos duas caixas do medicamento confeccionadas para essa atividade, apresentadas na Figura 13.

Figura 13- Caixas de medicamentos confeccionadas para a etapa de problematização. Picos-PI, 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

O questionamento que se fez ao grupo foi: quantos comprimidos devo ingerir se minha prescrição é de 50mg do medicamento a ser administrado uma vez ao dia? Enquanto a dramatização ocorria, os idosos propunham soluções para o problema apresentado em cada Círculo realizado, como se observa nos depoimentos a seguir:

Quadro 23 – Sugestões apresentadas pelos idosos para a primeira situação-problema. Picos-PI, 2015

Primeiro CC	[...] Tome dois de 25 [...] (Idoso 2). [...] Dois de 25 é o mesmo de 50. O de 50 tu toma só um e o de 25 toma dois [...] (Idosa 3). [...] Mas a tia não sabe mais o que é de manhã nem de noite não? não sabe mais a hora não? se tomar dois a pressão vai lá pra cima ou então vai lá pra baixo [...] (Idosa 4).
Segundo CC	[...] a senhora tem que falar com o médico para saber qual dos dois que toma, o de 25 ou de 50 [...] (Idosa 10). [...] o remédio não deu certo, a gente volta ao médico, continue não [...] (Idosa 11). [...] eu tenho uma solução, a senhora já foi no médico? a senhora vai ter que procurar ele novamente e perguntar se a senhora pode tomar o de 50 uma vez só ou se a senhora continua tomando o de 25 duas vezes. A senhora vai ter que ir no médico para saber se pode tomar só um de 50, porque baixa a pressão [...] (Idosa 14). [...] leva a receita que ele explica como é que toma [...] (Idosa 15).
Terceiro CC	[...] ela deve tomar só um. Assim a pressão baixa [...] (Idosa 16). [...] se a senhora tomar dois, está tomando 100mg [...] (Idosa 21).
Quarto CC	[...] É ir no médico de novo, falar o que ele passou e dizer que a senhora não está se dando bem [...] (Idosa 25). [...] 25mg é só a metade [...] (Idosa 28). [...] Ela tem que tomar dois, não é não? Para tomar a dose que o médico pediu. É muito fácil resolver [...] (Idosa 27).

Fonte: Dados da pesquisa.

Os idosos afirmaram corretamente quantos comprimidos deveriam ser tomados pela personagem diante da prescrição apresentada. A habilidade aqui discutida, o numeramento em saúde, requer o entendimento da informação oral ou escrita dada pelo

profissional e a realização de cálculos simples utilizando a dosagem disponível do medicamento para a administração correta da dose prescrita.

Nos indivíduos hipertensos, essa habilidade também é importante para o autocontrole da doença, o qual inclui a capacidade de interpretar os valores pressóricos obtidos na monitorização residencial da pressão arterial e calcular a quantidade de sódio, gorduras e carboidratos nos alimentos a partir dos rótulos nas embalagens e determinar, a partir dessa informação, quanto devem consumir do produto para manter uma dieta hipossódica e hipocalórica.

Na segunda **situação-problema** encenada, a personagem idosa demonstrou que não comparecia com regularidade às consultas com o médico e/ou o enfermeiro para acompanhamento do tratamento da HAS por não compreender o que eles diziam. Não entendia as palavras e expressões utilizadas pelo profissional, por isso só ia à unidade de saúde pegar o medicamento anti-hipertensivo.

Dada a importância da habilidade de compreender informações em saúde para o alcance de maior adesão ao tratamento pelo idoso hipertenso, apresentam-se no Quadro 24 os depoimentos que retratam como os idosos solucionaram o problema apresentado.

Quadro 24 – Soluções apresentadas pelos idosos para a segunda situação-problema.

Picos-PI, 2015

Primeiro CC	[...] Como tu vai saber se tu não pergunta? tem que perguntar se não tu toma errado [...] (Idosa 1). [...] E os médicos de lá, da família, não tem lá não no teu interior? [...] (Idosa 5).
Segundo CC	[...] eu só vou ao médico com minhas filhas, quando eu não entendo, elas me dizem. Lá eu estou entendendo, mas quando saio não sei mais o que foi [...] (Idosa 9).
Terceiro CC	[...] tem que ter uma pessoa para lhe acompanhar e ver o que o médico lhe diz. [...] (Idosa 22). [...] se ela viesse, chegasse aqui e chamasse uma dessas agentes de saúde da área dela lá, e entrar com ela [...] (Idosa 18). [...] eu não entro só, preciso entrar com uma companhia. A gente não compreende o que ele diz [...] (Idosa 23).
Quarto CC	[...] eu creio que ela deveria fazer o seguinte, já que o médico está dando o medicamento, pedir a ele para lhe orientar para a senhora tomar dois comprimidos. Só o médico pode dizer [...] (Idoso 9).

Fonte: Dados da pesquisa.

A compreensão das informações fornecidas por profissionais é o primeiro passo para o alcance de resultados em saúde satisfatórios. Nos quatro CC, os elementos considerados importantes pelos idosos para melhor entendimento das informações foram o apoio familiar durante as consultas e a solicitação ao profissional que repetisse a informação.

Os idosos demonstraram entender a importância dos familiares e outras pessoas com quem interagem como um apoio ao tratamento. São componentes de uma rede social com quem podem partilhar as dúvidas e informações para buscar solucionar os problemas.

A discussão das duas situações-problema propiciou a **construção coletiva das respostas** acerca dos questionamentos produzidos durante os CC. Essa é uma ação de desconstrução dos saberes elaborados na prática cotidiana de cada idoso e representa um movimento de aprendizado com repercussões nas atitudes para resultados.

Dando continuidade à etapa de **problematização**, foi realizado o momento de síntese que consistiu no resgate junto aos idosos dos conteúdos trabalhados durante a intervenção, os quais foram mais significativos para o grupo. Ao relembrar as discussões e problematizar o vivido, os idosos puderam novamente pronunciar-se e essa ação permitiu a ressignificação dos conhecimentos prévios e produção de novo saber coletivo.

Identificou-se o interesse do grupo em expor o que havia sido discutido e o aprendizado resultante da intervenção educativa. A síntese foi realizada pelos idosos oralmente e revelou elementos importantes da pedagogia freireana como o diálogo, a reflexão acerca do real, a problematização de situações vivenciadas na prática cotidiana e a participação.

Ao final de cada CC, placas com expressões faciais foram utilizadas para que o idoso demonstrasse visualmente sua satisfação ou não com a intervenção educativa. A opção pelo uso de imagens para avaliação da intervenção deu-se por considerar que a visualização das expressões faciais facilitaria a expressão do idoso, pois ele não precisaria escrever, facilitando a sua compreensão e participação.

Esse momento do Círculo propiciou o aprimoramento das atividades já realizadas que poderiam ser revistas para os próximos encontros. A Figura 14 apresenta o modelo de placa confeccionada para o momento de avaliação.

Figura 14 - Placas utilizadas no momento de avaliação. Picos-PI, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Por entender que a avaliação consistia num momento importante para acessar as opiniões do grupo acerca da intervenção, oportunizou-se a montagem do “mural da satisfação”, o qual foi elaborado pelos idosos no quatro CC realizados, como se observa na Figura 15.

Figura 15- Mural da satisfação montado pelos idosos nos quatro Círculos de Cultura. Picos-PI, 2015



Fonte: Dados da pesquisa.

A avaliação foi um momento de recapitular as experiências vividas no Círculo, revelar sentimentos e analisar a estratégia educativa em grupo. A maior parte dos participantes dos quatro CC avaliou a intervenção de forma positiva ao escolher a placa que representava alegria e/ou satisfação para compor o mural.

Apenas no terceiro e quarto CC houve idosos que demonstraram sentimento de tristeza ou dúvida ao exibir as placas, os quais podem ter emergido durante os diálogos, motivados por sentimentos pessoais de insatisfação com algumas circunstâncias desagradáveis que têm vivenciado.

As discussões oportunizadas na intervenção educativa tiveram como foco o compartilhamento de sentimentos e vivências que inquietavam os participantes no seu

contexto de vida pessoal, portanto, a realidade social de todos não foi desvinculada das reflexões e influenciou as respostas e expressões.

A educação em saúde aqui proposta destaca-se como parte das atribuições dos profissionais atuantes na atenção primária à saúde junto ao idoso hipertenso e requer do profissional uma análise crítica dos fatores intervenientes no cuidado, assim como uma reflexão do seu papel como educador. Essa metodologia propicia maior interação entre os usuários do serviço e os profissionais, ampliando o conhecimento de ambos sobre aspectos diversos do cuidado em saúde.

Ao analisar o que foi produzido ao longo dos CC, percebeu-se que quando é dada oportunidade ao idoso para expor seus sentimentos e crenças constrói-se uma ponte para acessar conteúdos subjetivos relacionados às motivações pessoais que modulam seus comportamentos. Sabe-se que a adesão ao tratamento da HAS envolve fatores que vão além do que se pode mensurar e a intervenção educativa oportunizou o contato com esses fatores.

A realização dos Círculos de Cultura promoveu momentos de construção coletiva de conhecimento por meio de debates altamente motivadores. Apreendeu-se a partir da animação dessa intervenção educativa que a interação social, o acesso à saúde e à educação requerem processos interlocutivos a serem efetivados nos diferentes contextos de vida das pessoas.

Foram mediadores dessa aprendizagem o diálogo e o respeito ao saber dos participantes que, mesmo apresentando baixo nível de escolaridade, vislumbraram formas de pensar um mundo melhor para todos na medida em que se perceberam sujeitos da ação consciente alcançada a partir de atitudes reflexivas, críticas e dialogais.

8 DISCUSSÃO

8.1 Níveis de adesão ao tratamento da HAS e do LS

A partir da avaliação dos níveis na escala de adesão ao tratamento da HAS, atingidos pelos idosos antes e após os Círculos de Cultura, foi observado que não houve diferença estatística significativa entre eles. Contudo, ao analisar o desempenho de cada grupo percebeu-se que os idosos do GI apresentaram mudança no nível mais prevalente da escala entre os dois momentos da pesquisa.

O nível 90 predominou nos dois grupos antes da intervenção, porém após participar dos Círculos, o GI atingiu maiores percentuais no nível 100. Isso representa uma melhora no perfil das respostas do grupo no tocante à tomada de medicação e adoção de hábitos alimentares favoráveis, como a redução da ingestão de gordura e doces.

De acordo com Rodrigues (2012), ao conhecer o nível de adesão do hipertenso na escala, o profissional de saúde tem como avaliar os aspectos da terapêutica que o indivíduo ainda apresenta dificuldades para alcançar bons resultados e aqueles em que ele apresenta melhor adesão. Outrossim, cada nível da escala de adesão apresenta um significado distinto e o foco do profissional deve ser identificar as falhas no tratamento para que a pessoa atinja melhor perfil comportamental.

Ao considerar a média de pontuação do QATHAS, foi observada diferença significativa antes e depois da intervenção educativa em ambos os grupos. Esse achado reforça a mudança de nível apresentada pelos idosos na escala de adesão, a qual ocorreu de forma distinta no GC e no GI.

No GC nota-se predominância do nível 90 nos dois momentos de avaliação, tendo aumentado a percentagem de participantes neste nível no segundo momento de análise. Outrossim, houve aumento no número de idosos que atingiram o nível 110 na etapa pós-intervenção.

Essa mudança de nível no GC pode ser atribuída ao acompanhamento regular na USF, uma vez que mais da metade dos idosos nesse grupo retornou para a consulta ou recebeu VD da equipe no período de 2 a 8 meses após a realização do pré-teste. Supõe-se que as ações realizadas pelos profissionais da unidade A tenham sido efetivas, do ponto de vista das consultas e seguimento regular dos hipertensos no período em estudo.

A respeito do GI, o aumento do percentual de idosos no nível 100 da escala de adesão reflete mudança de atitude dos idosos que, no pré-teste, deixavam de tomar a

medicação uma vez por mês e reduziam à metade o sal, gordura e doces e bebidas com açúcar e passaram, no pós-teste, a deixar de tomar a medicação uma vez por ano e comer praticamente sem gordura e doces.

Esses resultados demonstram evolução nos hábitos dos idosos no GI, mas também indicam que a adesão ao tratamento ainda não é ideal. Existem aspectos que precisam ser melhorados e o trabalho educativo realizado pelo enfermeiro a partir dos Círculos de Cultura tem potencial para ampliar o alcance de níveis mais elevados na escala de adesão ao tratamento.

A baixa adesão da população ao tratamento da HAS tem relação com aspectos que vão além do visível, como os fatores psicossociais, o acesso ao serviço de saúde e medicamentos, compreensão da doença e habilidades individuais para uso correto dos fármacos, automonitoramento da PA, comparecimento às consultas médicas e mudanças no estilo de vida. Todos eles devem ser o foco da equipe da APS e podem ser trabalhados mediante intervenções educativas cujo principal recurso seja o diálogo (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011; SOUZA *et al.*, 2012; BARROS *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que apesar de discreta, a mudança no perfil das respostas do GI sinaliza o efeito positivo do Círculo de Cultura na adesão ao tratamento da HAS. Acredita-se que por se tratar de uma metodologia educativa participativa que valoriza os saberes do educando, deve ser utilizada com maior frequência pelo enfermeiro que atua na APS, promovendo mudanças comportamentais mais duradouras.

No estudo de Oliveira *et al.* (2013) foi verificada a eficácia da educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da HAS e revelou-se que houve mudança estatisticamente significativa no consumo de legumes, na adesão à prática de atividade física, na redução do IMC e da CA e no controle da PA após os grupos de educação em saúde.

Em consonância com esse estudo, Pereira *et al.* (2011) e Pino; Ricoy; Portela (2010) mostraram que as atividades educativas utilizando metodologias problematizadoras estimulam a participação do grupo e favorecem o aprendizado, reforçando a relevância da adoção de estratégias educativas grupais pelos profissionais de saúde para promover a autonomia e possibilitar a participação ativa dos sujeitos na produção do cuidado em saúde.

Esses dados revelam que as intervenções educativas realizadas por profissionais de saúde com pessoas hipertensas estimulam o desenvolvimento da autonomia e possibilitam a tomada de decisão consciente para adesão ao tratamento, como a adoção de novos hábitos de vida (BRASIL, 2011).

Além da conquista de avanços dos idosos no tratamento da HAS, esse estudo também analisou o LS apresentado nas fases pré e pós-intervenção e, nesse aspecto, os resultados foram organizados a partir de duas perspectivas. Na primeira, os idosos foram questionados quanto à sua satisfação com as informações em saúde adquiridas e o entendimento sobre elas numa escala que variou de “muito fácil de entender” a “muito difícil de entender”. Na segunda, as falas dos participantes foram analisadas para classificação do nível de LS apresentado antes e após os Círculos de Cultura.

Ambos os grupos pesquisados referiram satisfação com as informações em saúde nos dois momentos da investigação e consideraram-nas fáceis de entender. No estudo canadense foi encontrado resultado semelhante, contudo, as respostas para “muito fácil de entender” foram mais expressivas, quase se igualando às “fáceis de entender” (KWAN; FRANKISH; ROOTMAN, 2006).

Na pesquisa realizada por Paskulin *et al.* (2012) com idosos brasileiros, os sujeitos também classificaram as informações como de fácil compreensão, assemelhando-se aos resultados aqui descritos. Os achados mostraram que os grupos de idosos aqui investigados não apresentaram dificuldades para o entendimento das informações em saúde recebidas do profissional nos dois momentos em que essa questão foi analisada.

Segundo Dickens e Piano (2013), a comunicação oral continua sendo a fonte de informação mais confiável para os médicos, enquanto os enfermeiros e outros profissionais da saúde recorrem com maior frequência a materiais impressos no ensino do paciente. Para os autores, a comunicação face-a-face traz várias vantagens como estimular a capacidade da escuta que se assemelha à de leitura, mas se refere à palavra falada, e está centrada no conteúdo, na estrutura e na organização do discurso, o que facilita a compreensão do ouvinte. Outras vantagens são a interatividade promovida no encontro educativo e a expressão não verbal, um importante método de transmitir informações.

Para Almeida e Ciosak (2013), a conscientização do profissional de saúde acerca da utilização de formas de comunicação assertiva verbal e não verbal deve ocorrer para viabilizar a verbalização do idoso, o que facilita o processo terapêutico, fortalece o vínculo e contribui para a manutenção da saúde.

Acerca da escuta de palavras que não entenderam, prevaleceram nos dois grupos, em ambos os momentos investigados, a resposta de nunca tê-las ouvido. Esse achado pode ser analisado sob dois pontos de vista, quais sejam, o uso pelos profissionais da APS de uma linguagem adequada ao nível educacional dos idosos e/ou capacidade para escuta e habilidade verbal privilegiada dos participantes da pesquisa.

No primeiro caso, o uso de vocabulário não rebuscado ou com poucas palavras técnicas favoreceu o entendimento dos usuários durante a consulta, principalmente daqueles que possuíam baixo nível de escolaridade. Ao atentar-se para essa questão, o enfermeiro pode ampliar o acesso do idoso à informação, inclusive com o cuidado de falar em tom de voz adequado por se tratar de pessoas que podem apresentar redução da acuidade auditiva.

A comunicação é uma habilidade do LS requerida do indivíduo para buscar, compreender e utilizar informações em saúde (KANJ; MITIC, 2009). Nessa perspectiva, as capacidades de audição e fala do idoso, tão importantes para a comunicação, contribuíram para o entendimento das palavras ditas pelo profissional.

Para apoiar as decisões em saúde, as quais provocam mudanças na vida dos indivíduos, as informações devem ser claras e acessíveis e respeitar as necessidades advindas do contexto social e cultural e nível de escolaridade dos idosos. Assim, é melhor o nível de compreensão das palavras e mensagens proferidas ou escritas pelo profissional, fortalecendo o controle da saúde pelo próprio indivíduo (ISHIKAWA; KIUCHI, 2010).

Para o enfrentamento das deficiências no LS apresentadas pela população, algumas intervenções têm sido propostas e avaliadas de forma positiva no aumento da compreensão e conhecimento por parte dos usuários, como o uso de materiais educativos com informações visuais, cursos com base comunitária e revisão das informações para grupos com necessidades especiais (SZWARCOWALD, 2008).

No tocante às mudanças provocadas no nível de LS dos idosos, considera-se oportuno salientar que as classificações adotadas nessa investigação: funcional, conceitual e empoderamento, atenderam à natureza dos dados coletados para análise desse desfecho, os quais eram predominantemente qualitativos.

Não foram encontrados estudos similares que categorizassem as falas dos respondentes nos mesmos níveis de LS propostos aqui, já que os instrumentos mais utilizados para mensurar essa variável trabalham com outras dimensões e classificações, quais sejam, níveis de leitura (inadequado, marginal e adequado), pronúncia e reconhecimento de termos relacionados à saúde (MACHADO *et al.*, 2014).

Dessa forma, a classificação do LS adotada nessa pesquisa considera as dimensões do LS que extrapolam as capacidades de leitura, numeramento e pronúncia dos sujeitos, contemplando aspectos acerca das capacidades e habilidades de comunicação, busca, entendimento e partilha de informações, conhecimento e movimentação no sistema de saúde.

Considera-se, pois, que a obtenção de dados a partir do instrumento de LS utilizado gera resultados que devem ser analisados do ponto de vista das relações

estabelecidas entre os usuários e os profissionais de saúde, e dos usuários com o serviço de saúde, levando em conta seu conhecimento e cultura.

Acerca do nível funcional do LS, o GI apresentou melhor desempenho após os Círculos de Cultura, o qual foi expresso por mais atitudes pela busca do entendimento das informações, tanto no tocante à frequência das respostas, quanto às diferentes fontes de informação. São dados que reforçam a eficácia da intervenção educativa na disponibilidade dos idosos para escuta e entendimento das informações.

Segundo Almeida (2012), a escuta é um dos elementos da comunicação não verbal que validam uma comunicação assertiva, que representa emitir uma mensagem seguindo um objetivo, coerência entre sentimentos, pensamentos e atitudes. Durante a interlocução, estar em silêncio pode não significar somente estar calado, se essa for a forma escolhida para dar espaço ao interlocutor e oportunizar um relacionamento saudável.

Ressalta-se, contudo, uma provável limitação da compreensão da expressão “fonte de informação em saúde” pelos idosos, devido à observação de que eles citam como fontes os serviços de saúde localizados em outros municípios. Considera-se que a busca pelo atendimento pode ter sido a interpretação dada por eles no momento em que foram indagados sobre as fontes de informação em saúde que buscaram.

Deve-se considerar que o nível de escolaridade dos sujeitos estudados é bem diferente da amostra investigada pelos pesquisadores que criaram o instrumento no Canadá e por aqueles que o traduziram e validaram no Brasil. Mesmo sendo um instrumento voltado ao público idoso, esse item pode ser aprimorado, pois as respostas fornecidas pelos idosos quando questionados sobre as fontes de informação buscadas refletiram a procura por atendimento e não por fontes de informação.

No nível conceitual do LS, mais expressivo nos dois grupos antes e após os Círculos, os idosos fazem escolhas a partir do conhecimento que possuem a fim de aumentar a qualidade de vida. Esses conhecimentos baseiam-se na cultura das pessoas, ciência, política, informática e mídia (JOHELSON, 2008).

Isso significa que o hipertenso realiza cuidados de forma consciente e informada a partir da concepção de sua participação ativa no processo de cuidado. É evidente que existem outros fatores a influenciar os comportamentos dos sujeitos, como a motivação e aspectos relacionados ao serviço de saúde, mas o desconhecimento acerca da doença e do tratamento e os valores culturais colaboram, em parte, com as dificuldades apresentadas para cuidados preventivos acerca da HAS (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

Segundo Bastable (2010), espera-se que os usuários assumam maior parte da responsabilidade pelo autocuidado e pela promoção de sua saúde, ainda que esse papel ampliado dependa de maiores conhecimentos e habilidades.

Para Mendes (2012), a participação da pessoa na atenção à saúde envolve a compreensão do processo saúde/doença e os fatores que o influenciam, o autodiagnóstico e o manejo de sintomas menores, a seleção, em parceria com os profissionais de saúde, dos tratamentos e a adoção de comportamentos de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde.

A dimensão do LS no nível conceitual em que o GI apresentou maior expressividade em relação ao GC foi a habilidade de busca por informações em saúde, a qual permite ao idoso movimentar-se no serviço de saúde.

A USF foi a principal fonte de informação em saúde citada pelos idosos do GI, assim como nos estudos de Paskulin *et al.* (2012) e Paskulin; Valer e Vianna (2011). As mudanças no uso dos serviços de saúde, em função da expansão da APS nas últimas décadas, têm mostrado redução das hospitalizações por condições sensíveis a esse nível de atenção e tendências positivas nas condições de saúde da população idosa brasileira em várias dimensões (LIMA-COSTA *et al.*, 2011).

O reconhecimento e uso da APS pelos idosos do GI reforçam a articulação do nível primário de atenção à saúde com a comunidade. O fortalecimento das ações de promoção da saúde do idoso na ESF constitui estratégia fundamental para suplantarmos o modelo de saúde centrado na cura e no privilegiamento de tecnologias de alta densidade (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Os cuidados primários em saúde promovem melhorias na saúde dos usuários na medida em que se voltam para as ações centradas na pessoa, sendo fundamental nessa abordagem a alfabetização sanitária. Para Mendes (2012) essa é uma variável essencial a ser considerada no manejo das condições crônicas porque afeta as capacidades de co-participar da atenção à saúde e de se autocuidar.

Essa condição pode ser explicada também pelo fato desses idosos utilizarem quase que exclusivamente os serviços públicos de saúde em detrimento da assistência privada, que foi mencionada principalmente quando havia necessidade de consultas com especialistas ou atendimento hospitalar nas crises hipertensivas.

Nessa situação, os idosos buscavam clínicas e hospitais particulares localizados na cidade de Picos ou Teresina, demonstrando habilidade para movimentação no sistema de saúde, de acordo com as necessidades apresentadas. Por não dispor de ampla rede de cuidados

de média e alta complexidade no município em que residem, os idosos buscaram recursos médicos e informações especializadas na capital do Estado do Piauí.

A intensa movimentação no sistema de saúde apresentada pelos idosos pesquisados demonstra a organização dos serviços ofertados à população na rede de atenção da qual a APS deve ser o centro de comunicação. A oferta de uma rede horizontal de serviços de saúde é a forma de organização das redes de atenção à saúde (RAS), sob a coordenação da APS. Nessa conformação, os componentes das redes diferenciam-se apenas pela densidade tecnológica que os caracterizam (MENDES, 2012).

A segunda dimensão do nível conceitual do LS em que os idosos do GI tiveram melhor desempenho que o GC foi representada pelos fatores moderadores individuais, os quais contemplam as atitudes para resultados e estratégias de enfrentamento.

A melhora no autocuidado relatada pelos idosos diz respeito aos cuidados com a alimentação, tomada correta do medicamento, prática de atividade física e controle da PA e dos sintomas da HAS. São, portanto, atitudes que sinalizam para mudanças importantes no estilo de vida, já que os idosos estudados não aderem efetivamente ao tratamento.

Ao considerar a relevância da participação ativa do idoso em seu tratamento, torna-se fundamental o seu entendimento acerca do assunto e o enfermeiro pode atuar de forma a torná-lo completamente ou parcialmente capaz de saber regular os cuidados para si ou para seus dependentes (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013).

A capacitação da pessoa idosa para o autocuidado perpassa ações de promoção da saúde que englobam as peculiaridades desse seguimento populacional, considerando suas demandas psicossociais e físicas. A falta de preparo do idoso e de sua família para agir em situações que requerem mudança de hábitos alimentares, controle dos valores tensionais em domicílio, reconhecimento dos sintomas de uma crise hipertensiva e estímulo ao abandono do sedentarismo pode influenciar diretamente na qualidade de vida desses indivíduos (ROCHA JÚNIOR *et al.*, 2011).

Outrossim, não foi incomum a associação entre alterações dos valores pressóricos e instabilidade emocional nos relatos analisados. Muitos respondentes disseram claramente ter passado a se cuidar mais para evitar aborrecimentos ou sentimento de raiva, pois isso colaborava para o insucesso no controle da PA.

A característica silenciosa da HAS contribui para essa compreensão, pois dificulta a percepção dos sujeitos que, muitas vezes, só percebem que a PA está elevada num momento de tensão emocional que pode levar à crise hipertensiva e ao atendimento médico de urgência. O reconhecimento da ocorrência desse quadro foi marcante para os idosos que relataram os

cuidados com a saúde emocional e mental como uma das principais atitudes para enfrentamento da doença.

A crise hipertensiva é uma entidade clínica caracterizada por aumento súbito da PA, acompanhada de sintomas que podem ser leves, como cefaleia, tontura e zumbido, ou graves, como dispneia, dor precordial, coma e até morte, com ou sem lesão aguda de órgãos-alvo. Já na pseudocrise hipertensiva, a elevação da PA ocorre exclusivamente por estresse físico ou psicológico, como a dor ou ansiedade (FEITOSA-FILHO *et al.*, 2008; BLANCO; MARTÍNEZ; GONZÁLES, 2014).

Dado o comprometimento que tais eventos podem causar à saúde do idoso hipertenso considera-se importante e positivo que ele reconheça os sintomas para agir de forma preventiva. A tomada de decisão consciente e informada nessa situação pode ser a condição para manter-se vivo e independente.

Acerca do nível empoderamento do LS, houve discreta mudança no desempenho do GI após a intervenção educativa. A dimensão mais expressiva para o GI nesse nível foi representada pelo fator moderador individual - apoio social, o qual implica na interação do usuário hipertenso com outras pessoas da sua rede social de apoio, ao compartilhar com elas as informações em saúde adquiridas e perceber a repercussão que elas causam na vida dos outros.

Acerca desse nível, os idosos do GI demonstraram melhor entendimento dos efeitos positivos das informações compartilhadas pelo idoso na vida de outras pessoas, no período pós-intervenção, com destaque para os cuidados que minimizam problemas de saúde já existentes.

O empoderamento é um conceito polissêmico, derivado da língua inglesa *empowerment* e tem origem nos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970. Significa “dar poder”, aumentar a autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e sociedade, oferecendo possibilidades às pessoas de autogerenciar suas próprias vidas, integrar-se na comunidade e inserir-se nos processos sociais e políticos (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; VASCONCELOS, 2004; BAQUERO, 2001).

O conceito de empoderamento para Paulo Freire segue uma lógica diferente. Segundo ele, a pessoa, o grupo ou instituição empoderados são aqueles que realizam, por si mesmos, as mudanças que os levam a evoluir e se fortalecer. Nessa lógica, o empoderamento implica conquista por parte daquele que se empodera (sujeito ativo da ação), e não uma doação ou transferência que transforma o sujeito em objeto passivo (VALOURA, 2005).

A cidadania presente na definição desse nível de LS foi expressa a partir da interação do idoso em comunidade no momento em que divide os seus conhecimentos com outros idosos, profissionais de saúde, vizinhos e amigos e compreende como essa ação pode provocar mudanças na saúde das pessoas.

Dessa forma, a partilha de informações teve um aumento discreto no período pós-intervenção para o GI, o qual já demonstrava participar da vida social em sua comunidade durante a fase inicial do estudo. Considera-se que a rede de relações do idoso hipertenso é um recurso de que ele dispõe para melhorar a adesão ao tratamento por enfrentar a doença com apoio e estímulo da família, amigos e profissionais de saúde.

A rede social de apoio tem impacto no viver da pessoa com HAS e pode ser conceituada como um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e instituições capazes de ofertar ajuda ou apoio real e duradouro a pessoas e a famílias (MENDES, 2012; CONASS, 2011).

Essa rede foi composta, no presente estudo, principalmente por familiares dos idosos hipertensos, com destaque para os filhos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Souza e Menezes (2009), Lopes e Marcon (2009), Barreto e Marcon (2014), para os quais a família tem assumido o papel de primeiro recurso para atendimento das necessidades de saúde dos idosos com HAS.

Os profissionais de saúde foram citados com pouca frequência pelos idosos, mas, em alguns casos, foram as pessoas de que lembraram quando questionados com quem partilhavam as informações. Acredita-se que o fortalecimento do vínculo entre a equipe da ESF e o usuário favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos (ILHA *et al.*, 2014).

O maior entendimento de que as informações partilhadas podem repercutir na vida de outras pessoas é um indicativo de que os idosos participantes do GI consideram essa atitude importante para o enfrentamento da doença. Dentre as habilidades do LS e capacidades individuais implicadas nessa dimensão estão a comunicação, a habilidade verbal e o raciocínio.

As informações consideradas mais importantes para partilhar com outros idosos, em destaque nos relatos do GI, pós-intervenção, têm caráter preventivo e são consideradas essenciais ao tratamento da pessoa idosa com HAS, como também previnem a ocorrência de doenças crônicas nos sujeitos que não as possuem.

Foram constatadas, assim, potencialidades no agir e pensar dos idosos que apresentavam conhecimento adequado dos cuidados em saúde, intenção comportamental e

habilidades para tomada de decisão. Essas características, reveladas durante a análise das falas, demonstraram que apesar da pouca expressividade do GI no nível empoderamento após as intervenções, elas agregaram valores e saberes aos seus participantes, favorecendo o LS.

A intervenção educativa realizada, portanto, beneficiou os idosos do GI no tocante a algumas dimensões do LS, quais sejam, compreensão das informações, habilidade para buscar informações, atitudes para resultados e apoio social. Essa constatação revela o efeito do Círculo de Cultura no LS de idosos hipertensos, aumentando a autoeficácia e a realização de cuidados preventivos.

Revisões sistemáticas mostraram que diferentes intervenções têm sido utilizadas para melhorar o LS, tais como grupos educativos, aconselhamento individual, intervenções baseadas em conteúdo virtual ou com uso de computador, aconselhamento por telefone, informações visuais, e materiais impressos, como folder, panfletos e cartões-lembrete (PIGNONE *et al.*, 2005; CLEMENT *et al.*, 2009; SHERIDAN *et al.*, 2011; TAGGART *et al.*, 2012).

Taggart *et al.* (2012) revelaram que as intervenções educativas mais utilizadas na APS para melhorar o LS a fim de controlar os fatores de risco comportamentais para doenças crônicas, como tabagismo e etilismo, atividade física inadequada e sobrepeso, são os grupos educativos e os fatores mais trabalhados são os aspectos nutricionais e a atividade física.

Segundo Bastable (2010), o que um indivíduo sabe sobre sua condição de saúde e como utiliza os serviços de saúde são conhecimentos relacionados ao seu nível de LS. Diante disso, o instrumento utilizado nesse estudo para medi-lo foi considerado adequado ao público pesquisado e proporcionou o conhecimento de aspectos ímpares na trajetória dos idosos hipertensos em busca de informação e tratamento em saúde.

Sabe-se que o LS inadequado é maior entre os idosos, podendo repercutir em dificuldades para compreensão das informações em saúde (PANDIT *et al.*, 2009), o que impele os enfermeiros a repensar a elaboração de materiais educativos utilizados com o público idoso, bem como transformar as práticas educativas em momentos dialogais, horizontais e de aprendizagem mútua.

8.2 Intervenção Educativa - Círculos de Cultura

A intervenção educativa realizada teve como foco o processo de aprendizagem que despertou nos educandos o desenvolvimento de competências e habilidades para melhor gerir o cuidado de si e valorizou o indivíduo como ser ativo e social (BARRETO *et al.*, 2013).

Considerando que participaram do estudo pessoas idosas, é importante ressaltar as implicações sociais advindas dessa prática educativa para promoção de sua autonomia e qualidade de vida. Um envelhecimento ativo e saudável depende do desenvolvimento de ações e programas capazes de abranger aspectos acerca da saúde, da socialização e da educação (MASSI *et al.*, 2010).

Durante a realização dos CC, os participantes verbalizaram sentimentos e opiniões, o que possivelmente não fariam em outras circunstâncias. Os valores culturais de cada um sobressaíram-se nas falas e ao animador coube a escuta atenta e a valorização dos temas emergentes nos diálogos.

Esse processo educativo partiu da experiência real vivida pelos participantes, num espaço dialógico em que eles foram chamados a refletir sobre seus problemas e situações de vida com o objetivo de construir coletivamente uma percepção mais aprofundada e politizada da realidade (HENRIQUES; TORRES, 2009).

A dialogicidade oportunizada por esse método educativo em saúde proporcionou o desvelamento dos significados elaborados pelos participantes acerca de suas vivências, as quais foram discutidas pelo grupo durante as dinâmicas propostas.

Desse diálogo emergiu o conhecimento produzido coletivamente que ampliou a capacidade de participação do sujeito nas decisões acerca dos cuidados com a saúde (BRANDÃO NETO *et al.*, 2014).

É a partir da percepção dos educandos, de sua visão do mundo, que Paulo Freire considera possível organizar um conteúdo libertador. A localidade dos idosos, portanto, foi o ponto de partida para que construíssem coletivamente o conhecimento do mundo (ASSUMPÇÃO; LANDGRAF; PRETURLAN, 2009).

Para Freire (2007, p. 61): “nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Não há educação fora das sociedades humanas”.

Diante do papel estruturante que a atenção primária desempenha na comunidade, proporcionar oportunidades educativas ao idoso nas USF contribui para ampliar sua capacidade de transformar e ler o mundo.

Segundo Barreto *et al.* (2013), a efetivação da ESF requer um enfoque pedagógico que leia criticamente a realidade e possibilite a construção de vínculos sólidos entre a comunidade e a equipe de saúde. Essa vinculação refletiu-se no reconhecimento da unidade básica de saúde pelo idoso como ponto de apoio na comunidade e local onde pode ser cuidado.

A experiência revelou que práticas educativas cujo método seja o diálogo entre os sujeitos podem significar uma mudança no paradigma estabelecido nas relações entre o usuário e o profissional de saúde. Isso se deve à horizontalidade com que os participantes interagem, não havendo um detentor do saber.

Na medida em que os idosos investigados citaram o médico como a sua principal fonte de informação e afirmaram entender o que ele diz durante as consultas, supõe-se que sua comunicação oral respeita o nível de escolaridade dos idosos e faz sentido em suas vidas. Dentre as formas de comunicação entre profissional/usuário a oral é a mais utilizada pelos médicos e para ser efetiva deve oferecer informações pertinentes à vida da pessoa (DICKENS; PIANO, 2013).

Da mesma forma, a vivência nos Círculos mostrou que as ações educativas realizadas com o público idoso deve considerar a escolha de estratégias apropriadas, que vão desde o uso de recursos audiovisuais adequados ao seu nível de escolaridade, partindo das questões envolvidas no contexto social dos participantes, ao respeito pelo saber já existente do grupo, construído subjetivamente nas relações que estabelecem ao longo da vida.

É importante salientar, contudo, que a realização do Círculo de Cultura envolve não só a participação dos usuários e da equipe de saúde, mas também a articulação com diferentes setores sociais e comunitários que viabilizam sua execução em diferentes cenários e com práticas educativas participativas e emancipatórias.

Um aspecto desafiador para a realização dos Círculos de Cultura foi a falta de transporte disponível para trazer os idosos até o local da intervenção. Essa problemática remete à intersectorialidade, um tema que implica na articulação de saberes e experiências envolvendo diferentes organizações com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012; LIMA; VILASBÔAS, 2011).

Em contribuição à essa discussão, Potvin (2012) enfatiza que vários modelos explicativos reconhecem a produção da saúde na vida diária, extrapolando, portanto, a atuação exclusiva do setor saúde. Isso significa que algumas situações como a apresentada nesse estudo, a falta do transporte, pode ser solucionada por ações intersectoriais por meio de ações coordenadas entre diferentes setores sociais, como o Estado e a sociedade civil organizada.

O potencial participativo da comunidade revela-se como um recurso a ser trabalhado pela equipe atuante na ESF, quer seja por conclamar os sujeitos no exercício de sua cidadania ao lutar por melhorias nos serviços oferecidos na unidade de saúde, quer seja pela pactuação de metas com os usuários a serem alcançadas no tratamento.

Acerca das atividades propostas nos CC, foram trabalhadas as habilidades do LS como a escrita, a comunicação por meio da escuta e da fala, e o numeramento em saúde. Nesse exercício foram envolvidas as capacidades de visão, audição, habilidade verbal, memória, cognição e raciocínio dos idosos e o resultado foi motivador.

As trocas simbólicas estabelecidas em atividades linguístico-discursivas de escrita, leitura e desenho devem ser tomadas como evento singular de interlocução para sujeitos que estão envelhecendo. O que é dito e escrito configura-se como resultado de processos de significação e ressignificação que marcam a subjetividade dos sujeitos, tornando-os ativos da vida que está em constante mudança e evolução (MASSI *et al.*, 2010).

A idade e a escolaridade são fortes preditores para o letramento em saúde, pois há evidências de que pessoas com mais idade e baixa escolaridade podem apresentar dificuldades para as habilidades como leitura e escrita (letramento de material impresso) e numeramento (habilidades matemáticas) (BAKES; KUO, 2012; PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013). Por essa razão, não se exigiu dos idosos que escrevessem, mas que utilizassem sua criatividade para desenhar e modelar qualquer elemento que retratasse seu entendimento sobre o tratamento da HAS.

Para compreender e melhorar a saúde o sujeito elabora pensamentos, faz escolhas, aprende e partilha informações. Todas essas ações estão compreendidas nas dimensões do LS e devem ser trabalhadas na comunidade, pois têm impacto sobre as condições de saúde.

A educação e a saúde estiveram juntas nesse contexto e trouxeram benefícios importantes para melhor compreensão do tratamento e fortalecimento da consciência social da saúde. Nessa perspectiva, o idoso participou da intervenção educativa como sujeito da ação e refletiu acerca do seu papel enquanto co-participante do processo de cuidado.

Essas constatações sugerem à equipe da atenção primária a busca por metodologias ativas e participativas ao propor o trabalho educativo em grupo com idosos. Especificamente com os hipertensos, devem ser discutidas as condutas sem julgamentos ou responsabilização dos sujeitos pela não adesão ao tratamento.

Salienta-se que a programação do cuidado educativo deve estar de acordo com as necessidades individuais do idoso hipertenso, de forma integral, sem desconsiderar os fatores sociais que interferem na dinâmica dos cuidados realizados no domicílio, junto à família e na USF.

As consultas médica e de enfermagem para idosos com HAS também estão ligadas ao processo educativo e devem motivá-los e sensibilizá-los sobre a sua condição de saúde, ao pactuar com eles metas e planos de como seguir o cuidado (BRASIL, 2013).

A problematização gerada a partir da discussão das situações-problema com os idosos, proporcionou a reflexão acerca dos comportamentos desejados, assim como os desfavoráveis para o controle da pressão arterial.

Quando a prática é tomada como curiosidade, ela desperta horizontes de possibilidades, pois mesmo com limitações as pessoas reúnem esforços para viabilizar o que está sendo difícil de ser feito. Segundo Freire e Nogueira (1989, p.41), “as pessoas que, em grupo, procedem nesses rumos estão compondo sua (delas) compreensão coletiva sobre as dificuldades e sobre as soluções”.

De acordo com Pacheco Júnior e Pacheco (2009), à medida em que vamos problematizando aspectos significativos da realidade com questões e verificando a opinião dos sujeitos presentes, eles se aproximam e essa possibilidade lhes dá um sentido, aos poucos assumem de forma inconteste essa construção de saberes em suas práticas.

A ação de problematizar possibilita a formulação de conhecimentos com base nas experiências vividas pelo grupo. Para Freire, ela dá ênfase ao sujeito prático que discute os problemas surgidos da observação da realidade, buscando explicações para transformá-la (BARRETO *et al.*, 2013).

A primeira situação-problema tratou de uma das habilidades do LS denominada numeramento em saúde. Através dela o indivíduo é capaz de realizar cálculos matemáticos no contexto da saúde, por exemplo, calcular o número de calorias que contém a porção do alimento que consome a partir das informações contidas no rótulo ou tomar a dose de medicamentos conforme a prescrição médica (SAMPAIO *et al.*, 2015). Esses são elementos que favorecem a adesão ao tratamento farmacológico.

Enquanto isso, o esquecimento de administração dos fármacos, os efeitos adversos do medicamento, a ausência de sintomas e a crença de que a pressão está controlada tendem a levar o indivíduo ao não controle da PA (GIROTTI *et al.*, 2013). Isso revela a importância dos relatos apresentados pelos idosos após as dramatizações ao compreender que o tratamento medicamento seguido corretamente traz benefícios para o controle da doença.

A autogestão do hipertenso é um processo dinâmico e ativo, requerendo conhecimento e atitude para o alcance do controle da pressão arterial e do viver saudável (BALDUÍNO *et al.*, 2013). Dessa forma, para tomar decisões adequadas acerca da saúde, o idoso necessita conhecer os mecanismos causadores da HAS e compreender sua importante participação no processo terapêutico.

Houve depoimentos acerca da prática de automedicação no momento em que os idosos se posicionaram diante das situações encenadas. Por se tratar de pessoas idosas, a

automedicação pode trazer riscos adicionais à vida, uma vez que o próprio processo de envelhecimento altera funções importantes na farmacocinética dos medicamentos, comprometendo a saúde e o bem-estar do idoso (TELLES FILHO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013).

Diante da elevada prevalência da HAS nesse grupo etário e da oferta de medicamentos na rede pública, é necessário um trabalho educativo intenso junto ao idoso acerca do uso racional dos fármacos, pois ele se dirige com maior frequência ao serviço de saúde para controle dos níveis pressóricos e busca por medicação (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na segunda situação-problema, foi enfatizada a importância da compreensão das informações em saúde recebidas do profissional na atenção primária. Trata-se de uma habilidade requerida para decidir de forma acertada por uma atitude que melhore sua condição de saúde. Ela deve ser estimulada no idoso e intervenções educativas como o Círculo de Cultura favorecem a discussão desse assunto e expõem aos participantes as opções para melhorar o autocuidado.

Como esperado, a família foi mencionada como rede de apoio em todos os Círculos e durante as entrevistas feitas antes e após a intervenção educativa. Além dela, outras pessoas como amigos, vizinhos e os profissionais de saúde também foram citadas revelando que o hipertenso desenvolve formas de autogestão e a família mobiliza-se como recurso terapêutico importante para tomada de decisões e ajuda nos cuidados em saúde.

É primordial salientar que o apoio da família ou de uma pessoa próxima ao idoso pode significar maior participação dele nas intervenções educativas realizadas na USF. Isso ficou claro durante a realização dos Círculos, pois muitos idosos apresentavam problemas locomotores que dificultaram o seu deslocamento até a unidade e a ajuda da família foi determinante para a realização da intervenção.

Quando se discute a adesão terapêutica da pessoa hipertensa, a importância da família é indiscutível. Evidências científicas mostram que a rede de apoio social favorece os mecanismos de enfrentamento das pessoas com doenças crônicas e pode ser uma estratégia colaboradora para promoção da saúde do idoso com HAS (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009; TAVARES; SILVA, 2013).

Essa rede de apoio social também foi encontrada no estudo realizado por Tavares e Silva (2013) que identificaram os tipos de apoio oferecidos pela rede de apoio social aos hipertensos. Os autores demonstraram que o recebimento de apoio da família como uma estratégia importante para adesão ao tratamento de uma doença crônica.

As experiências e informações acumuladas pela família poderão influenciar na avaliação da gravidade da situação do idoso hipertenso e levá-lo à melhor condução do tratamento (TRAD *et al.*, 2010).

Faz-se necessário esclarecer ainda que o Círculo de Cultura deve ir além de um espaço de interação por meio do qual as pessoas apenas se informam ou apresentam seus pontos de vista. Antes disso, deve contribuir para o amadurecimento político dos grupos, ou seja, as pessoas envolvidas nesse processo educativo precisam tomar esses conhecimentos para si como resultado de uma construção coletiva (HENRIQUES; TORRES, 2009).

Fernandes e Backes (2010) utilizaram o Círculo de Cultura como método de pesquisa em seu estudo com membros de uma equipe da ESF e demonstraram que as descobertas do papel de educadores em saúde é um processo recente para os profissionais, que o desempenham ainda sob o modelo tradicional, biomédico, informativo e preventivo de doenças. Contudo, a perspectiva da educação emancipatória também foi apresentada na ideia da educação em saúde como mediadora da legitimação dos direitos dos cidadãos.

A reconstrução das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiras foi discutida no estudo de Monteiro e Vieira (2010), a partir dos Círculos de Cultura, que se mostrou um método eficaz na promoção do exercício da consciência política, essencial ao processo de “*empowerment*” do profissional de saúde na execução de sua competência sociopolítica.

Outras evidências científicas acerca da eficácia do Círculo de Cultura como método de pesquisa foram trazidas por Heidmann; Wosny e Boehs (2014) que analisaram a incorporação das ações de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes da ESF de um município catarinense.

A presente pesquisa desvelou limitações à incorporação das ações de promoção da saúde como fator fundamental da prática participativa com a comunidade e destacou também a importância da articulação da interdisciplinaridade e intersetorialidade entre trabalhadores e gestores, revelando que o comprometimento com os princípios do SUS e da promoção da saúde ainda configura-se como um desafio para a melhoria da qualidade de vida da população.

A qualidade de vida e a promoção do envelhecimento saudável são fatores resultantes das estratégias de educação em saúde. Além disso, as intervenções educativas para idosos necessitam de metodologias que atentem para a complexidade do processo de envelhecimento e relacionem os fatores que cercam o indivíduo como a família, crenças, valores culturais e modos de vida (MALLMANN *et al.*, 2015).

Salienta-se ainda que em todos os momentos propostos em cada Círculo de Cultura, procurou-se estimular a participação do idoso. Essa ação proporcionou momentos ricos de reflexão e revelou o potencial que a intervenção educativa tem para ampliar a participação dos sujeitos nas decisões em saúde e no processo de cuidado.

O CC constitui-se, portanto, em intervenção educativa participativa que contribui para minimizar as iniquidades em saúde entre os idosos. Trata-se de um grupo populacional que tem a saúde mais susceptível à determinação social e que apresenta, com mais frequência, limitações cognitivas, locomotoras e dependência funcional, em virtude de doenças crônicas.

O enfermeiro, ao realizar os Círculos de Cultura com idosos, agrega ao cuidado as competências de promoção da saúde discutidas na revisão integrativa apresentada nessa pesquisa, em especial, catalisar mudanças, implementação, parcerias e avaliação do impacto. Essa é uma constatação que reforça a importância da adoção pelos profissionais de saúde de intervenções educativas problematizadoras e que estimulem a participação dos sujeitos.

A equipe animadora do CC considerou o idoso como sujeito independente e ativo, sendo essa uma condição requerida para que a pessoa idosa sinta-se privilegiada e contemplada nas ações realizadas na atenção primária. A contribuição dos idosos para o alcance de resultados e metas acerca do tratamento tornou-se presente em seu imaginário a partir da reflexão diante das situações problematizadas.

Na produção do cuidado proporcionado pelo CC, aliou-se o estímulo à participação do idoso à promoção do letramento em saúde na medida em que as informações em saúde foram partilhadas e discutidas em uma linguagem acessível ao grupo, com o uso de recursos educativos adequados às suas necessidades.

O que se buscou nesse processo educativo foi a capacitação do idoso para tomar decisões mais informadas e conscientes acerca de seu tratamento. As habilidades requeridas para a compreensão e o uso das informações em saúde de forma judiciosa pelo idoso hipertenso, destacaram-se durante as etapas do CC e isso contribuiu para o alcance de resultados positivos após a intervenção educativa.

9 CONCLUSÕES

O estudo revela mudanças, ainda que incipientes, nos níveis da escala de adesão ao tratamento da hipertensão dos idosos do grupo intervenção, após participação nos Círculos de Cultura. Os achados sinalizam uma melhora no perfil das respostas do grupo no tocante à medicação e adoção de hábitos alimentares favoráveis, como a redução da ingestão de gordura e doces.

Demonstra-se evolução nos comportamentos dos idosos, mas também indica-se que a adesão ao tratamento ainda não é ideal. Existem aspectos que precisam ser melhorados e o cuidado educativo realizado pelo enfermeiro a partir dos Círculos de Cultura tem potencial para ampliar o alcance de níveis mais elevados na escala de adesão ao tratamento.

Apesar da discreta alteração no perfil das respostas do grupo intervenção, ela sinaliza o efeito positivo do Círculo de Cultura na adesão ao tratamento da HAS. Acredita-se que por se tratar de uma metodologia educativa participativa que valoriza os saberes do educando, deve ser utilizada com maior frequência pelo enfermeiro que atua na APS, pois os resultados em saúde que demandam mudanças comportamentais dificilmente são alcançados em curto espaço de tempo.

Acerca dos níveis de letramento em saúde, houve melhora no desempenho do grupo intervenção nos níveis funcional e empoderamento, após participação nos Círculos de Cultura. Contudo, quando comparados com os resultados do grupo controle, apenas no nível conceitual sua performance foi melhor.

O Círculo de Cultura foi eficaz na melhoria das seguintes dimensões dos níveis do LS: nível funcional (dimensão: compreender as informações); nível conceitual (dimensão: habilidades para buscar informações e movimentar-se no sistema de saúde; dimensão: fatores moderadores individuais - atitudes para resultados e estratégias de enfrentamento); nível empoderamento (dimensão: fatores moderadores individuais- apoio social).

Dessa forma, a intervenção educativa apresenta efeito positivo no LS de idosos hipertensos nos seguintes aspectos: compreensão das informações, habilidade para buscar informações, atitudes para resultados e apoio social.

Nessa perspectiva, a educação em saúde grupal promovida no Círculo de Cultura é eficaz na ampliação da participação dos idosos no tratamento da HAS, na medida em que promove o diálogo com os sujeitos e problematiza a realidade vivenciada por eles. A metodologia Freireana proporciona interação com os idosos e acesso a conteúdos subjetivos que desvelam os significados atribuídos por eles ao viver com HAS.

Esse estudo oportuniza o conhecimento acerca dos efeitos da aplicação dos Círculos em um contexto singular e com um público diferenciado. Diante dos resultados positivos encontrados, é relevante socializar com a comunidade científica e, em especial, com os enfermeiros atuantes na APS os benefícios da realização desse tipo de intervenção educativa para fortalecimento de vínculo com a população e inovação na forma de promover atividades educativas na USF.

Ressalta-se que os resultados apresentados no estudo serão informados aos idosos investigados e às equipes das USF onde a pesquisa foi realizada, a partir de encontros agendados nas próprias unidades. Serão convidados todos os parceiros da pesquisa, como agentes comunitários de saúde, enfermeiros responsáveis pelas USF e gestores da atenção básica do município.

É precípuo ressaltar que esse estudo, por ter sido controlado, apresenta inferências com forte evidência científica, as quais revelam a importância do Círculo de Cultura como possibilidade para os profissionais de saúde utilizarem-no de forma eficaz junto ao idoso hipertenso na APS.

Além disso, considera-se oportuno referir que o CC constitui-se como uma estratégia importante para a promoção da saúde do idoso hipertenso, pois promove a capacitação para o cuidado de si e a ampliação de habilidades requeridas para a compreensão de informações em saúde. Tais efeitos têm repercussões na tomada de decisão consciente e informada do idoso acerca dos cuidados com a saúde.

A autonomia dos sujeitos promovida durante esse processo educativo amplia a responsabilização e co-participação no cuidado, ao passo que proporciona a reflexão acerca das experiências e realidades sociais passíveis de mudança. Esse movimento individual e coletivo de aprendizagem oportuniza a construção de conhecimentos a partir da leitura de mundo apresentada pelos indivíduos participantes.

Destarte, afirma-se que o Círculo de Cultura tem efeito positivo na adesão ao tratamento da HAS e no LS de idosos. É uma metodologia educativa problematizadora que respeita o conhecimento e a cultura de seus participantes e motiva o enfermeiro a utilizá-la no contexto da promoção da saúde.

A pesquisa apresentou algumas limitações, tais como o acompanhamento dos idosos num curto espaço de tempo após a intervenção educativa e o reduzido número de Círculos de Cultura realizados com cada idoso, o que torna recomendável a realização de novos estudos para avaliação dos desfechos investigados com acompanhamento mais

prolongado e realização de mais encontros para que o efeito da intervenção seja mais duradouro.

Outra limitação para a realização do estudo foi o espaço físico restrito para realizar a intervenção educativa na unidade. Essa condição trouxe para o pesquisador a reflexão de que a realização dos Círculos de Cultura requer planejamento não apenas junto à equipe e aos participantes, mas também uma articulação com outros equipamentos sociais da comunidade, como escolas, igrejas ou outros ambientes onde possam ser realizadas as intervenções.

A ausência de transporte público para que os idosos fossem levados à unidade de saúde para participar da intervenção educativa também se mostrou como uma dificuldade durante a realização da pesquisa. Considera-se relevante observar que nem todos os idosos apresentam condições locomotoras preservadas e isso pode comprometer sua participação nos Círculos, o que requer a co-participação dos sujeitos e maior articulação da unidade de saúde da família com outros setores sociais para que mais idosos tenham acesso a essas atividades.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Health literacy interventions and outcomes**: an updated systematic review. Rockville, MD; 2011 mar. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/er199-abstract.html>>. Acesso em: 16 ago. 2015.
- ALLEGGRANTE, J.P. *et al.* Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: the galway consensus conference statement. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n. 3, p. 476-82, 2009.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; ROQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ALMEIDA, R.T. **A comunicação do idoso e equipe de saúde da família no município de Porto-Feliz-SP**: acesso à integralidade? [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012. 103 p.
- ALMEIDA, R.T.; CIOSEK, S.I. Comunicação do idoso e equipe saúde da família: há integralidade? **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 884-90, 2013.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 552-7, 1999.
- APOLINARIO, D. *et al.* Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, n. 4, p. 702-11, 2012.
- ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 8, p. 3521-32, 2014.
- ASSUMPÇÃO, R. (Org.). **Educação popular na perspectiva freireana**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009.
- ASSUMPÇÃO, R.; LANDGRAF, F. L.; PRETURIAN, R. B. Leitura de mundo na perspectiva Freireana: desafios contemporâneos da educação popular. In: ASSUMPÇÃO, R. (Org.). **Educação popular na perspectiva freireana**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1333-56, 2012.
- BACKES, A.C.; KUO, G.M. The association between functional health literacy and patient-reported recall of medications at outpatient pharmacies. **Res. Social Adm. Pharm.**, Bethesda, v. 8, n. 4, p. 349-54, 2012.
- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 27-32, 2009.

BALDUÍNO, A. F. A. *et al.* Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 37-44, 2013.

BAQUERO, M. **Reinventando a sociedade na América Latina**: cultura política, gênero, exclusão e capital social. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Educação em saúde e intervenções comunitárias. In: DUNCAN, B.B. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 98-107.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.

BARROS, A. A. *et al.* Comportamentos de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde. **Rev. Rene**, v. 15, n. 3, p. 525-32, 2014.

BARRY, M. M. *et al.* The Galway consensus conference: international collaboration of the development of core competencies for health promotion and health education. **Glob. Health Promot.**, v. 16, n. 2, p. 5-11, 2009.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 99, n. 1, p. 636-41, 2012.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e brief medication questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.

BERARDINELLI, L. M. M.; GUEDES, N. A. C.; ACIOLI, S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, esp.1, p. 575-80, 2013.

BERBERIAN, A. P.; MORI-DE ANGELIS, C. C.; MASSI, G. (Org.). **Letramento**: referências em saúde e educação. São Paulo: Plexus, 2006.

BESERRA, E.P. *et al.* Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Cienc Saude Colet.**, v. 16, supl. 1, p. 1563-70, 2011.

BESERRA, E.P.; PINHEIRO, P.N.C.; BARROSO, M.G.T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc Anna Nery**, v.12, n.3, p.522-28, 2008.

BLANCO, C. A.; MARTÍNEZ, J. S.; GONZÁLEZ, S. V. Crisis hipertensivas: pseudocrisis, urgencias y emergências. **Hipertens. Riesgo Vasc.**, v. 31, n. 4, p. 132-42, 2014.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979-84, 2008.

BORGES, J. W. P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar o tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 487-94, 2012.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e validação de conteúdo. 2012. 217f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.

BRANDÃO NETO, W. *et al.* Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 195-201, 2014.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2010. Dados sobre População do Brasil, 2010** [Internet]. IBGE; 2010. [citado 2013 Jun 25]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/10102003pnad2002html.shtm>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMP, Y. P. V. *et al.* Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 9-10, p. 1304-13, 2011.

CAMPOS, C. N. A. *et al.* Reinventando práticas de enfermagem na educação em Saúde: teatro com idosos. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p.588-96, 2012.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Performance of a brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 631-8, 2009.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Cienc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CHAN, M. F. *et al.* The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, n. 6, p. 770-81, 2006.

CHAO, Y. *et al.* Cluster randomised controlled trial: educational self-care intervention with older taiwanese patients with type 2 diabetes mellitus-impact on blood glucose levels and diabetic complications. **Collegian**, v. 21, n. 1, p. 43-51, 2014.

CLEMENT, S. *et al.* Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: a systematic review. **Patient Educ. Couns.**, v. 75, n. 3, p. 340-51, 2009.

COLBERT, A. M. **Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and HIV medication adherence**. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011.

COSTA, A. C. P. J. **Plantão educativo para a prevenção de HIV/DST/AIDS com adolescentes escolares**. 2013. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

COUTINHO, F. H. P.; SOUSA, I. M. C. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 397-411, 2011.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DICKENS, C.; PIANO, M. R. Health Literacy and Nursing: na update. **AJN**, v. 113, n. 6, p. 52-8, 2013.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-6, 2011.

DOURADO, C. S. *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de Joao Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

DREVENHORN, E.; KJELLGREN, K. I.; BENGTON, A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**, v. 16, 7b, p. 144-51, 2007.

ELOIA, S. C. *et al.* Atenção da enfermagem à saúde do idoso: uma revisão integrativa. **J. Res. Fundam. Care online**, v. 6, n. 4, p. 1687-94, 2014.

FAVA, S. M. C. L. *et al.* Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 536-40, 2010.

FEITOSA-FILHO, G.S. *et al.* Emergências hipertensivas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 20, n. 3, p. 305-12, 2008.

FELIPE, G. F. *et al.* Presença implicada e em reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com hipertensão. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 45-9, 2012.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FERREIRA, A. G. N. **Círculo de cultura com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e a prevenção do HIV/Aids**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2010.

FERREIRA, A.G.N.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. O que pensam adolescentes de grupos religiosos sobre sexualidade: pesquisa-ação. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n.2, 2010.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 782-7, 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **À sombra desta mangueira**. São Paulo: Olho d'Água, 1995.

_____. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e terra, 2004.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 31. ed. São Paulo: Paz e terra, 2008.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer**. Teoria e prática em educação popular. Petrópolis: Vozes, 1989.

FRIAS, M. A. E. *et al.* Utilização de ferramentas computacionais por idosos de um Centro de Referência e Cidadania do Idoso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, Esp., p. 1606-12, 2011.

GARNELO, L. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Resenhas. Book review. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1115-8, 2006.

GAUTÉRIO, D. P. *et al.* Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, esp.2, p. 824-8, 2013.

GAVA, L.L.; DELL'AGLIO, D.D. Percepções de psicólogos sobre a perícia nos Institutos Médico-Legais do Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.18, n.4, p.609-17, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GUEDES, N. G. *et al.* Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 151-6, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.2, p.358-65, 2010.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* E. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 8, p. 3553-9, 2014.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 614-26, 2010.

HENRIQUES, L. F. C.; TORRES, M. M. Potencialidades do círculo de cultura na educação popular. In: ASSUMPÇÃO, R. (Org.). **Educação popular na perspectiva freireana**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009, p. 115-142.

HIPERTENSÃO arterial – ótimo video com animação. Direção técnica: Heber Conde. São Paulo: Pfizer, 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Dg6aqwR5tiA>. Acesso em: 10 jul. 2014.

HOWZE, E. H. *et al.* Building health promotion capacity in developing countries strategies from 60 years of experience in the United States. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n. 3, p. 464-75, 2009.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Rev. Soc. Bras. Hipert.**, v. 17, n. 4, 2004.

ILHA, S. *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556-62, 2014.

IM, C.; PARK, M. Development and evaluation of a computerized multimedia approach to educate older adults about safe medication. **Asian Nursing Research**, v. 8, p. 193-200, 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. **Health literacy**: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 6 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

ISHIKAWA, H.; KIUCHI, T. Health literacy and health communication. **BioPsychoSocial Medicine**, v. 4, 2010.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JESUS, E. S. *et al.* Perfil de um grupo de hipertenso: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

JOCHELSON, K. **Health literacy review paper**. National social marketing centre. 2008. Disponível em: <https://webmail.shaw.ca/attach/Health_Litreview%20paper.pdf?sid=&mbox=INBOX&charset=escaped_unicode&uid=8386&number=4&filename=Health_Lit-review%20paper.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015.

JONES, G. A. *et al.* Tackling health literacy: Adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. **BMC Public. Health**, v. 11, n. 24, 2011.

KANJ, M.; MITIC, W. **Promoting health and development**: closing the implementation gap. Artigo preparado por consultores da Organização Mundial da Saúde para discussão na 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde. Nairobi, Kenya, 26-30, out. 2009.

KEARNEY, P. M. *et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, v. 365, n. 9455, p. 217–23, 2005.

KICKBUSCH, I.; WAIT, S.; MAAG, D. **Navigating health**: the role of health literacy. alliance for health and the future, international longevity centre, UK 2005.

KWAN, B.; FRANKISH, J.; ROOTMAN, I. **The development and validation of measures of “health literacy” in different populations**. Columbia: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research, 2006.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, 2011.

LIMA, H. P. *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Rev. Rene**, v. 11, n. 2, p. 170-8, 2010.

LIMA-COSTA, L. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da pesquisa nacional por amostra de domicílios (1998, 2003, 2008). **Cienc. Saude Colet.**, v. 16, n. 9, p. 3689-96, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The Bambuí cohort study of aging: methodology and health profile of participants at baseline. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, sup. 3, p. S327-335, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 543-50, 2009.

LUNA, I. T. *et al.* Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Ciencia y Enfermería** (Impresa), v. XVIII, p. 43-55, 2012.

MACHADO, A.L.G.; JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. **Rev Bras Enferm.**, v.62, n.2, p.246-51, 2009.

MACHADO, A. L. G. *et al.* Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 101-7, 2014.

MALLMANN, D. G. *et al.* Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 6, p. 1763-72, 2015.

MARAGNO, C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 286-94, 2012.

MASSI, G. *et al.* Prática de letramento no processo de envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 1, p. 59-71, 2010.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 3, p. 679-88, 2015.

MCCORMACK, L. **What is health literacy and how do we measure it?** Apresentação do Instituto de Medicina no Workshop sobre medidas de Letramento em Saúde. Washington, DC, 26, Fevereiro, 2009.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.

MEDINA, E. U.; RIVEROS, E. R.; PAILAQUILÉN, R. M. B. Ensayo clinico para la enfermeria basada en evidencia: un desafio alcanzable. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 3, p. 419-25, 2011.

- MEETHIEN, N. *et al.* Effectiveness of nutritional education in promoting healthy eating among elders in northeastern Thailand. **Pacific Rim Int. J. Nurs. Res.**, v. 15, n. 3, p.188-202, 2011.
- MELNYK, B. M., FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. **Am. J. Nurs.**, v. 109, n. 11, p. 49-52, 2005.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF, 2012.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MENG, H., *et al.* Impact of a health promotion nurse intervention on disability and health care costs among elderly adults with heart conditions. **The Journal of Rural Health**, v. 23, n. 4, p. 322-31, 2007.
- MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura:** experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE. 2007. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.
- MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. (RE) **Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura:** experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE. Recife: EDUPE, 2008.
- MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.
- MORAIS, O. N. P. Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 29, n. 4, p. 846-55, 2009.
- MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis**, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009.
- MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. **Cienc. Saúde Colet.**, v.16, n. 9, p. 3781-93, 2011.
- MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 395-404, 2015.
- MOURA, D. J. M. *et al.* Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 4, p. 759-65, 2011.

MUNARI, D. B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 8, Supl., p. 150-6, 2009.

NATIONS, M. *et al.* Balking blood pressure “control” by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazil: an ethnoepidemiological inquiry. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, sup. 3, p. S378-89, 2011.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot. Int.**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 335-45, 2012.

OLIVEIRA, M. O.; PORTO, C. S.; BRUCKI, S. M. D. S-Tofhla in mild alzheimer’s disease and mild cognitive impairment patients as a measure of functional literacy. **Dement Neuropsychol.**, v. 3, n. 4, p. 291-8, 2009.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. *et al.* Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 99, n. 1, p. 649-58, 2012.

OLSSON, L.; KARLSSON, J.; EKMAN, I. Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. **J. Adv. Nurs.**, v. 58, n. 2, p. 116-25, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

ORTEGA, K. C. *et al.* How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment. The experience in São Paulo, Brazil. **Clinics**, v. 65, n. 9, p. 857-63, 2010.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p.231-7, 2008.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. Evidence does not support clinical screening of literacy. **J. Gen. Intern. Med**, v. 23, n. 1, p. 100-2, 2008.

PACHECO JUNIOR, I.; PACHECO, S. Dialogicidade em Paulo Freire. In: ASSUMPÇÃO, R. (Org.). **Educação popular na perspectiva freireana**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009, p. 93-114.

PANDIT, A. U. *et al.* Education, literacy, and health: mediating effects on hypertension knowledge and control. **Patient Educ Couns.**, v. 75, n. 3, p. 381-5, 2009.

PASKULIN, L. M. G *et al.* Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 271-7, 2011.

_____. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. esp. 1, p. 129-35, 2012.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 6, p. 2935-44, 2011.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* **Letramento funcional em saúde e nutrição**. Fortaleza: EdUECE, 2011. 95 p.

_____. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceito sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 41, n. 16, p. 301-14, 2012.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; LIMA, W. O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

PEIXOTO, M. R. G. *et al.* Circunferência da cintura e índice de massa corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 462-70, 2006.

PEREIRA, D. A. *et al.* Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 478-85, 2011.

PIAUÍ. Prefeitura Municipal de Picos. PPA Picos 2014/2017. Picos, 2013.

PICON, R. V. *et al.* Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American Journal of Hypertension**, v. 26, n. 4, p. 541-8, 2013.

PICON, R. V. *et al.* Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 7, n. 10, p. e48255, 2012.

PIERIN, A. M. G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, sup.1, p. 1389-400, 2011.

PIGNONE, M. *et al.* Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. **J. Gen. In-tern. Med.**, v. 20, n. 2, p. 185-92, 2005.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 19, n. 5, p. 1-9, 2011.

PINO, M.; RICOY, M. C.; PORTELA, J. Diseño, implementación y evaluación de un programa de educación para la salud con personas mayores. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 6, p. 2965-72, 2010.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 13, sup. 2, p. 2257-67, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTVIN, L. Intersectoral action for health: more research is needed! **Int. J. Public. Health**, v. 57, n. 1, p. 5-6, 2012.

PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA. **The chief public health officer's report on the state of public health in Canada 2010**. Disponível em: <www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-07-eng.php>. Acesso em: 10 abr. 2013.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 3, p. 530-9, 2014.

RICHARDS, E; DIGGER, K. Adesão, motivação e comportamentos de saúde do aprendiz. In: BASTABLE, S.B. **O enfermeiro como educador**. Porto Alegre: Artmed; 2010, p. 221-47.

ROCHA JÚNIOR, P. R. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 7, p. 3131-38, 2011.

RODRIGUES, M. T. P. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI)**. 2012. 164f. Tese (Doutorado). Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-9, 2014.

ROOTMAN, I.; GORDON-EL-BIHBETY, D. **A vision for a health literate Canada Ottawa**: Canadian Public Health Association; 2008.

RUPPAR, T. M. Randomized pilot study of a behavioral feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 25, n. 6, p. 470-9, 2010.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Rev. Cienc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 3, p. 865-74, 2015.

SANTOS, L. T. M. *et al.* Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **J. Bras. Nefrol.**, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012.

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, F. G. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 11, p. 4385-394, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm.**, online, v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SCAIN, S. F. **Avaliação do efeito de um modelo de educação para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 que não usam insulina.** 2008. 73f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SHEN, Q. *et al.* Evaluation of a medication education program for elderly hospital in-patients. **Geriatr. Nurs.**, v. 27, n. 3, p. 184-92, 2006.

SHERIDAN, S. L. *et al.* Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. **J. Health Commun.**, v. 16, Suppl 3, p. 30-54. 33, 2011.

SHI, Y. *et al.* Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: randomised controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 7-8, p. 1189-97, 2013.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 14, suppl.1, p. 1453-62, 2009.

SILVA, F. V. F. *et al.* Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 111-9, 2013.

SILVÉRIO, C. D.; DANTAS, R. A. S.; CARVALHO, A. R. S. Avaliação do apoio social e da autoestima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 407-14, 2009.

SMITH, B. J., TANG, K. C., NUTBEAN, D. WHO Health promotion glossary: new terms. **Health Promot. Int.**, v. 21, n. 4, p. 340-5, 2006.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public. Health**, v. 12, n. 80, 2012.

SOUSA, L. B. *et al.* Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**. v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

SOUZA, A. S.; MENEZES, M.R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 87-102, 2009.

SOUZA, F.N.; COSTA, A.P.; MOREIRA, A. Questionamento no processo de análise de dados qualitativos com apoio do **software** WebQDA. **EDUSER: revista de educação**, v.3, n.1, p.19-30, 2011.

SOUZA, W. K. S. B. *et al.* Automedida da pressão arterial para o controle das cifras tensionais e para a adesão ao tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 98, n. 2, p. 167-74, 2012.

SZWARCWALD, C.L. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, p. 738-744, 2008.

TAGGART, J. *et al.* A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 6, 2012.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 601-6, 2012.

TAVARES, R. S.; SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 14-21, 2013.

TAVEIRA, L. S.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 15, n. 5, p. 45-51, 2007.

TELLES FILHO, P. C. P.; ALMEIDA, A. G. P.; PINHEIRO, M.L.P. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, p. 197, 201, 2013.

TRAD, L. A. B. *et al.* Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

VALOURA, K.C. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2005. Disponível em: http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Comportamento_organizacional/empowerment_por_paulo_freire.pdf. Acesso em: 29 set. 2015.

VASCONCELOS, C. T. M. **Intervenção comportamental e educativa: efeitos na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico**. 2012. 101f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – DBHA. **Rev. Bras. Hiper.**, v. 17, n. 1, p. 4-63, 2010.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev. Cienc. Farm. Basica Apl.**, v. 30, n. 3, p. 309-14, 2009.

WANG, J. *et al.* The effectiveness of a community-based health promotion program for rural elders: A quasi-experimental design. **Applied Nursing Research**, v. 27, n. 3, p. 181-85, 2014.

WANG, L. *et al.* Evaluating a community-based stroke nursing education and rehabilitation programme for patients with mild stroke. **International Journal of Nursing Practice**, v. 19, p. 249-256, 2013.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Ottawa charter for health promotion**. In: First International Conference on Health Promotion; Ottawa; 1986 Nov 21[Internet]. 1986 [cited 2015 Jul 20]. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

_____. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998. 36 p.

_____. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. WHO: Geneva, 2003.

_____. **Health literacy and health behaviour**. 2011. Disponível em: <www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Acesso em: 20 mar. 2013.

YERA-CASAS, A. N. *et al*. Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado. **Enferm. Clín.**, v. 19, n. 4, p. 191-8, 2009.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)
– PARTICIPANTES DO GRUPO INTERVENÇÃO**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o letramento em saúde de pessoas idosas com hipertensão antes e depois de intervenção educativa. Para isso, preciso que você participe de uma atividade grupal chamada círculo de cultura e responda a dois questionários sobre sua saúde. Caso você aceite participar, irá ler os impressos e responderá de acordo com o seu conhecimento e comportamentos relacionados ao tratamento da hipertensão em dois momentos distintos. Durante as atividades grupais irá escrever, ler, participar de dinâmicas e discutir temas relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão. A atividade será realizada na unidade da Estratégia Saúde da Família da qual você faz parte. Participarão da atividade grupal eu, você e outras pessoas idosas que também aceitaram participar do estudo.

Caso aceite, explico que você não ficará exposto a nenhum risco ou desconforto, não receberá pagamento, poderá se recusar a continuar participando da pesquisa e poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações obtidas sobre você a partir de sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Responsável pela pesquisa: Neiva Francenely Cunha Vieira. Instituição: Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Carlos Vasconcelos, 3100. Apto.1102. Joaquim Távora. Fortaleza-CE. Telefones: (85) 3366 8020/3366 8461.

ATENÇÃO: PARA QUALQUER QUESTIONAMENTO DURANTE SUA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DIRIJA-SE AO:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone/fax: (085) 33668344/32232903

O abaixo assinado, _____, _____ anos, RG nº _____ 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 oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____.

O (a) voluntário (a)

Data

Assinatura

A pesquisadora

Data

Assinatura

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)
– PARTICIPANTES DO GRUPO CONTROLE**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o letramento em saúde de pessoas idosas com hipertensão antes e depois de intervenção educativa. Para isso, preciso que você participe respondendo a dois questionários sobre sua saúde em dois momentos distintos. Caso você aceite participar, irá ler os impressos e responderá de acordo com o seu conhecimento e comportamentos relacionados ao tratamento da hipertensão. A atividade será realizada na unidade da Estratégia Saúde da Família da qual você faz parte.

Caso aceite, explico que você não ficará exposto a nenhum risco ou desconforto, não receberá pagamento, poderá se recusar a continuar participando da pesquisa e poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações obtidas sobre você a partir de sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Responsável pela pesquisa: Neiva Francenely Cunha Vieira. Instituição: Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Carlos Vasconcelos, 3100. Apto.1102. Joaquim Távora. Fortaleza-CE. Telefones: (85) 3366 8020/3366 8461.

ATENÇÃO: PARA QUALQUER QUESTIONAMENTO DURANTE SUA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DIRIJA-SE AO:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone/fax: (085) 33668344/32232903

O abaixo assinado, _____, _____anos, RG nº _____ 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 oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____.

O (a) voluntário (a)

Data

Assinatura

A pesquisadora

Data

Assinatura

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – QATHAS*

PARTE 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO
NOME
ENDEREÇO
DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS
Sexo: 1 (☐) M 2 (☐) F
Idade: _____ anos
Nível de instrução
1 (☐) Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente)
2 (☐) Até o 5º ano (antiga 4ª série)
3 (☐) Ens. Fundamental incompleto
4 (☐) Ens. Fundamental completo
5 (☐) Ens. Médio incompleto
6 (☐) Ens. Médio completo
7 (☐) Ens. Superior incompleto
8 (☐) Ens. Superior completo
9 (☐) Pós-graduação
10 (☐) Não frequentou escola
Raça/cor
1 (☐) branca
2 (☐) preta
3 (☐) parda
4 (☐) amarela
5 (☐) indígena
6 (☐) NRA (nenhuma resposta acima)
Religião (praticada)
1 (☐) católica
2 (☐) protestante
3 (☐) espírita
4 (☐) nenhuma
5 (☐) outras
Ocupação:
Renda pessoal R\$:
1 (☐) não quis responder
2 (☐) não tem renda
Estado civil
1 (☐) Casado(a)/União consensual
2 (☐) Solteiro(a)
3 (☐) Viúvo(a)
4 (☐) Desquitado(a)/ Divorciado(a)

O (a) senhor (a) tem filhos (as)?
1 () Sim
2 () Não
Nº de filhos:
Nº de pessoas que residem em sua casa:
Possui um cuidador?
1 () Sim
2 () Não
Se possui, algum parentesco com o cuidador?
1 () Sim. Qual:
2 () Não
DADOS CLÍNICOS
Possui alguma doença além da Hipertensão:
1 () Sim. Qual (is):
2 () Não
Sua acuidade auditiva encontra-se
1 () preservada
2 () diminuída
3 () ausente
Sua acuidade visual encontra-se
1 () preservada
2 () diminuída
3 () ausente
Como percebe seu estado de saúde
1 () Ótima 2 () Boa 3 () Má ou péssima
Pressão arterial sistólica (PAS):
Pressão arterial diastólica (PAD):
Peso:
Altura:
IMC:
Circunferência abdominal (CA):

PARTE 2: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

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

PONTUAÇÃO DA ESCALA

Ao responder o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS), não será obtido uma somatória de pontos ou escores. A resposta será um valor do parâmetro (θ) estimado para o desempenho daquele respondente. Por tratar-se de cálculo de resposta complexo realizado com a ajuda de um software, foi disponibilizado endereço eletrônico (www.qathas.com.br) onde o profissional poderá digitar as respostas dos usuários atendidos. Sendo assim, ao final será fornecido o nível da escala em que cada respondente está situado. Logo, o profissional poderá localizar o usuário na escala e estabelecer um plano de metas para melhorar sua adesão ao tratamento da HAS. Este site também pode ser acessado pelo usuário.

* Adaptado de Rodrigues (2012).

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS*

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do idoso: _____

INSTRUMENTO DA ENTREVISTA

Nós reconhecemos que muitas pessoas consideram as próximas questões relacionadas à renda como um assunto privado. O(a) senhor(a) pode responder ou não, porém a sua resposta vai nos ajudar a ter uma idéia sobre com quem falamos em nossas entrevistas. Tenha certeza que o(a) senhor(a) não será identificado individualmente e nem esta informação será repassada para outras pessoas.

B- QUESTÕES SOBRE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

Observação: todos os comentários e observações para o entrevistador estão em itálico.

A partir deste momento, vamos gravar esta entrevista para que suas palavras sejam entendidas exatamente como o(a) Sr(a) as falou. Se não entender a pergunta nos informe, que a formularemos de outro modo. É importante dizer que não há resposta certa ou errada. Queremos saber sua opinião sobre as perguntas.

(B1) O que significa para o (a) Sr (a) “envelhecimento saudável”?

(B2) No último mês, o que o (a) Sr (a) pensou sobre sua saúde?

(B2a) O que mais o (a) Sr (a) pensou sobre sua saúde no último mês?

(B2b) Para esta entrevista gostaríamos que o (a) Sr (a) escolhesse uma dessas situações para continuarmos conversando.

(B2b2) O que é [...] para o (a) Sr (a)? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B2c) Há quanto tempo o (a) Sr (a) tem pensado sobre [...] ? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

BUSCA POR INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B3) Que dúvidas o (a) Sr (a) tinha sobre [...] ? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B4) Qual foi o primeiro lugar onde o (a) Sr (a) encontrou informações sobre as dúvidas que tinha quanto à [...] ? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B4a) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre [...] com *(Entrevistador: cite a fonte de informação referida anteriormente).*

(B4b) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão.

DE MODO GERAL, o quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a informação adquirida sobre [...] que você procurou com *(Entrevistador: cite a fonte de informação referida anteriormente)?*

☐ muito insatisfeito com a informação

☐ insatisfeito com a informação

☐ neutro (nem satisfeito nem insatisfeito com a informação)

☐ satisfeito com a informação

☐ muito satisfeito com a informação

(B5) Além da (*Entrevistador: cite a primeira fonte de informação*), em que OUTRAS fontes o (a) Sr (a) procurou informações sobre [...]? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

1 não procurou outra fonte de informação

2 procurou outras fontes

(*Entrevistador: se no item B5, a resposta for número 2, questione:*)

(B5a) Quais?

(B5b) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre [...] (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) com (*Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente*).

(B5c) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão.

DE MODO GERAL, o quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a informação adquirida sobre [...] (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) que você procurou com (*Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente*)?

Fonte 2: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

Fonte 3: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

Fonte 4: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

(B5d) Das fontes que o (a) Sr (a) utilizou para encontrar informações sobre [...] (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) qual DELAS você achou que foi a mais útil? (*Entrevistador: cite as fontes por ele (a) relatadas*)

(B6) Considerando as fontes de informações que o (a) Sr (a) utilizou, em qual DESTAS fontes você confiou mais? (*Entrevistador: peça para escolher uma fonte*).

(B6a) Por quê?

ENTENDENDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B7) De um modo geral, as informações que o (a) Sr (a) encontrou sobre [...] foram: (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

☐ muito fácil de entender

☐ fácil de entender

☐ neutra, nem fácil nem difícil de entender

☐ difícil de entender

☐ muito difícil de entender

(B8) O (a) Sr (a) alguma vez percebeu que as informações sobre [...] não concordavam entre si? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

(B9) Pensando em todas as informações que o (a) Sr (a) já teve sobre [...], com que frequência você ouviu palavras que não entendeu? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

☐ nunca ouvi

☐ dificilmente ouvi

☐ ocasionalmente ouvi

☐ freqüentemente ouvi

☐ sempre ouvi

(B9a) Nessa situação, o que o (a) Sr (a) fez?

COMPARTILHANDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B10) Com quem o (a) Sr (a) falou que estava preocupado (a) sobre [...]?

(*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

(*Se necessário, utilize os seguintes exemplos: médico, família, amigos*)

(B11) De todas as coisas que o (a) Sr (a) aprendeu sobre [...], quais o (a) Sr (a) considera mais importantes para outros idosos saberem? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B11a) Para quem o (a) Sr (a) contou o que aprendeu sobre [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B11b) Ao compartilhar/dividir o que o (a) Sr (a) aprendeu sobre [...], você acha que essas informações fizeram diferença na vida dessa (s) pessoa (s)? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

REPERCUSSÕES DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B12) A (s) informação (s) que o (a) Sr (a) adquiriu fez (fizeram) alguma diferença para sua vida?

(B12a) Quais?

(Entrevistador: se o Sr(a) participa do grupo de educação em saúde, questionar:

(B13) Participar do grupo [...] fez alguma diferença para sua vida? *(Entrevistador: substitua o [...] pelo grupo o qual o idoso(a) participa)*

(B13a) Quais?

*Adaptado de Paskulin *et al.* (2011).

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LETRAMENTO EM SAÚDE E CÍRCULO DE CULTURA PARA ADEÇÃO TERAPÊUTICA DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

Pesquisador: Neiva Francenely Cunha Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19938213.8.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.244

Data da Relatoria: 19/09/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo experimental e de intervenção a ser desenvolvido em uma unidade de saúde da família da zona urbana do município de Picos, Piauí. Para o acesso aos idosos que participarão do estudo, serão realizadas visitas à unidade e, na oportunidade, todos os idosos com hipertensão que frequentam regularmente as consultas serão convidados a participar da pesquisa. Estes idosos serão alocados em momento posterior, de forma randomizada, em dois grupos: intervenção e controle, e estima-se a participação de 40 idosos neste primeiro contato, sendo 20 idosos em cada grupo. O Grupo Intervenção será composto por idosos alfabetizados (saber ler e escrever) e com hipertensão sem associação ao diabetes mellitus. O Grupo Controle será composto por idosos alfabetizados (saber ler e escrever) e com hipertensão, com ou sem associação ao diabetes. O estudo será desenvolvido em três fases. Na primeira será aplicado o Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão (QATHAS), um instrumento que identifica as características sociodemográficas e clínicas dos idosos e o nível de adesão ao tratamento da hipertensão, além de um formulário que determina o letramento em saúde de pessoas idosas. Na segunda fase da pesquisa será realizada a intervenção (Círculos de Cultura) no Grupo Intervenção. Na terceira fase da pesquisa, os instrumentos utilizados no início do estudo serão reaplicados nos dois grupos (Intervenção e Controle). As etapas dos Círculos de Cultura também serão consideradas

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 401.244

instrumentos para coleta de dados por meio de registro da observação participante, documentação fotográfica e filmagem, além do diário de campo.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar o círculo de cultura como promotor do letramento em saúde e adesão terapêutica em idosos com hipertensão.

Específicos: Descrever o estágio inicial do letramento em saúde e da adesão ao tratamento da hipertensão da clientela em estudo; Implementar intervenção educativa com base no Círculo de Cultura; Caracterizar o estágio final do letramento em saúde e adesão terapêutica; Averiguar a eficácia da intervenção educativa implementada (Círculo de Cultura) pautada na comparação entre os valores iniciais e finais de letramento em saúde e adesão terapêutica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa apresenta desconfortos ou riscos mínimos aos envolvidos.

Benefícios: realização de intervenção educativa para ampliar o letramento em saúde de idosos com hipertensão e assim favorecer sua adesão ao tratamento e melhorar, por conseguinte, sua condição de saúde e compreensão do processo de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área da enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: cronograma; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; currículo; folha de rosto; declaração de concordância; TCLE para grupo intervençã; TCLE para grupo controle; declaração de anuência da instituição.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPSQ



Continuação do Parecer: 401.244

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QATHAS

22/10/2015

Imprimir

Assunto:	Re: QATHAS
De:	malvina Thais Pacheco Rodrigues Thais (malvinat@gmail.com)
Para:	analarissa2001@yahoo.com.br,
Data:	Domingo, 3 de Fevereiro de 2013 14:50

Pode utilizar. Caso tenha alguma dúvida é só enviar em ail ou ligar.

Abc,

Em 2 de fevereiro de 2013 18:28, Ana Larissa Gomes Machado <analarissa2001@yahoo.com.br> escreveu:

Boa Tarde, Malvina!

Sou professora da UFPI/CSHNB e entrei em contato com a Profa. Thereza para me sugerir um instrumento que avaliasse adesão ao tratamento da HAS. Estou escrevendo meu projeto do doutorado e ela me sugeriu o instrumento que você desenvolveu na sua tese.

Gostaria de sua autorização para utilizá-lo na minha tese. Como devo proceder?

Grata.

Ana Larissa Gomes Machado

Professor da Universidade Federal do Piauí - UFPI

Doutoranda em Enfermagem UFC

Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE

Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva GPESQ/UFPI

--

Malvina Thaís P. Rodrigues

Enfermeira/ Docente CTT/UFPI

Doutora em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR

(86) 9981-4361/9405-3165

22/10/2015

Imprimir

Assunto: Re: questionário HAS

De: malvina Thais Pacheco Rodrigues Thais (malvinat@gmail.com)

Para: analarissa2001@yahoo.com.br;

Data: Quarta-feira, 15 de Janeiro de 2014 9:31

Oi,

Bom dia!!!!

Olhei seu arquivo e constatei que só alterou a parte I. Sendo assim, não tem problemas. O importante é que o instrumento não sofra adaptações, pois não terá como saber os escores. Ah, deixe claro isso na sua metodologia.

Abc,

Em 14 de janeiro de 2014 21:09, Ana Larissa Gomes Machado <analarissa2001@yahoo.com.br> escreveu:

Oi Malvina!

Gostaria de consultá-la sobre alterações sugeridas pela estatística do meu projeto nas variáveis sociodemográficas e clínicas do QATHAS.
Fiz as alterações que consiste na ampliação dessas variáveis e envio em anexo para que possa apreciar e autorizar (ou não) a sua aplicação.

Obrigada!

Ana Larissa Gomes Machado

Enfermeira, Assistente da Universidade Federal do Piauí-UFPI
Doutoranda Programa (Mestrado-Doutorado) em Enfermagem-UFC
Membro do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva-GPESC
Universidade Federal do Piauí-UFPI/Campus Senador Helvécio Nunes de Barros/Curso de Enfermagem

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LS

22/10/2015

Imprimir

Assunto: Re: [*****SPAM*****] SOLICITAÇÃO DE INSTRUMENTO

De: Lisiane Paskulin (paskulin@orion.ufrgs.br)

Para: analarissa2001@yahoo.com.br;

Cc: carlakot@yahoo.com.br;

Data: Quarta-feira, 13 de Fevereiro de 2013 19:31

Prezada Ana

Estava em férias e leio teu e-mail hoje. Será um prazer repassar o instrumento, inclusive já temos um novo artigo a ser publicado na Acta com os resultados do nosso estudo. Minha mestranda Carla, a quem copio neste e-mail, te enviará o instrumento.

Sdç

Profa Dra Lisiane Paskulin

Enfermagem- UFRGS

From: Ana Larissa Gomes Machado

Sent: Friday, February 01, 2013 5:50 PM

To: paskulin@orion.ufrgs.br

Subject: [*****SPAM*****] SOLICITAÇÃO DE INSTRUMENTO

Boa tarde, Profa. Lisiane!

Faço doutorado em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará e escrevo pois eu e minha orientadora estamos pensando em utilizar o instrumento para alfabetização em saúde das pessoas idosas adaptado em um estudo seu. Gostaríamos de saber se seria possível disponibilizá-lo para nossa pesquisa. Em caso afirmativo, como devemos proceder para fazermos a solicitação formal do instrumento?

Muito grata pela informação e colaboração.

Ana Larissa Gomes Machado

Professor da Universidade Federal do Piauí - UFPI

Doutoranda em Enfermagem UFC

Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE

Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva GPESC/UFPI