

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INGRID HOLANDA GUEDES

**CÍRCULO DE CULTURA COMO PROMOTOR DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE
IDOSOS HIPERTENSOS**

PICOS - PIAUÍ

2015

INGRID HOLANDA GUEDES

**CÍRCULO DE CULTURA COMO PROMOTOR DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE
IDOSOS HIPERTENSOS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Me. Laura Maria Feitosa Formiga

PICOS - PIAUÍ

2015

Ficha Catalográfica

G924c Guedes, Ingrid Holanda.

Círculo de cultura como promotor do letramento em saúde de idosos hipertensos / Ingrid Holanda Guedes. – 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (86 f.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Prof.^a Me. Laura Maria Feitosa Formiga

1. Letramento em Saúde. 2. Idoso Hipertenso. 3. Saúde-Idoso. I. Título.

CDD 616.132

INGRID HOLANDA GUEDES

CÍRCULO DE CULTURA COMO PROMOTOR DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE
IDOSOS HIPERTENSOS

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado
em Enfermagem, da Universidade Federal do
Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros,
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Data de Aprovação: 01/07/2015

BANCA EXAMINADORA:

Laura Maria Feitosa Formiga

Prof.^a Me. Laura Maria Feitosa Formiga

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

Presidente da Banca

Ana Larissa Gomes Machado

Prof.^a Me. Ana Larissa Gomes Machado

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

1º. Examinador(a)

Ana Zaira da Silva

Enfermeira Esp. Ana Zaira da Silva

Programa de Pós-graduação/Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS

2º Examinador(a)

Dedico esse trabalho à minha família, em especial, aos meus pais, Remédios e Guedes, por serem meus maiores incentivadores e motivadores desde o início dessa jornada e por sempre terem depositado toda confiança em mim.

AGRADECIMENTOS

Quando começo a pensar em todas as pessoas às quais gostaria de expressar minha gratidão pela ajuda, sugestões e trabalho árduo para tornar o trabalho de conclusão do curso finalizado, a lista não pára de crescer. Primeiro, gostaria de agradecer ao meu maravilhoso Deus Jeová, pois sem Ele me dando alicerce e fortaleza, eu não conseguiria, muito obrigada por sempre cuidar de mim!

Aos meus queridos pais, Remédios e Guedes, que são meus exemplos de vida, me apoiaram e estavam comigo em todos os momentos me ajudando, dando-me amor e confiança, obrigada minhas Vidas!

À minha irmã Bianca, por ser tão carinhosa e por sempre demonstrar amor e zelo por mim, muito obrigada Mana!

Ao Artur, por ser tão companheiro e sensível, por sempre estar ao meu lado e não me deixar desistir, obrigada Amor!

À professora Laura, por ter confiado em mim e ter aceitado participar da minha banca, muito grata a excelente professora que a senhora é, um grande exemplo de professora da UFPI. Desejo muitas realizações pra vida da senhora e obrigada por tudo!

À professora Ana Larissa, o que dizer de uma grande professora, que surgiu na minha vida acadêmica por acaso. Lembro-me muito bem da sua ligação, pra me convidar a participar do projeto de iniciação científica, que foi através da professora Marília, que me indicou pra senhora e a senhora nem me conhecia, mas mesmo assim me ligou. Recordo-me que fiquei muito lisonjeada e disse pra mim mesma, que ia fazer jus a essa oportunidade. Desde então não nos desgradamos mais, veio o projeto do CNPq e daí por diante. Sou muito grata à senhora por tudo que me ensinou e me ajudou para eu chegar até aqui. Espero que essa amizade e vínculo continuem pelo resto de nossas vidas, considero muito a senhora e desejo só coisas boas pra sua vida. Muito obrigada profa. Ana Larissa!

As integrantes do grupo de pesquisa em saúde coletiva que colaboraram com a coleta de dados para elaboração desse trabalho, obrigada meninas!

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a concluir essa etapa tão batalhada e com dedicação, meu muito obrigada!

“É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”

(FREIRE, 2006).

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode provocar alterações significativas no estilo de vida e saúde das pessoas com baixo nível em Letramento em Saúde (LS). Percebe-se que o LS envolve determinantes individuais e sistêmicos, incluindo habilidades de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, aspectos culturais e a complexidade do sistema de saúde. O objetivo desse estudo foi analisar o Círculo de Cultura como promotor do letramento em saúde de idosos hipertensos. Trata-se de um estudo quase-experimental, com abordagem mista. A pesquisa ocorreu no período de junho de 2014 a junho de 2015 em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada na zona urbana do município de Picos-PI. A escolha desta ESF ocorreu através de sorteio aleatório no programa Microsoft Excel entre as 20 existentes na zona urbana. O estudo foi delineado em três etapas: Pré-teste, Círculo de Cultura e Pós-teste. Os sujeitos da investigação foram idosos, de ambos os sexos, cadastrados no SIS-HIPERDIA. Os dados foram coletados nos meses de junho de 2014 a janeiro de 2015 a partir do instrumento que avalia o letramento em saúde de pessoas idosas. No que diz respeito às características socioeconômicas identificou-se que a maioria era do sexo feminino (71,2%); com média de idade de 69,3 anos; renda média de dois salários mínimos de R\$ 1.604,20; ensino fundamental (53,4%); raça parda (58,9%); e casados (52,1%). Ao analisar os dados obtidos acerca do LS, observou-se que os idosos relataram estar satisfeitos com a primeira informação adquirida do profissional de saúde antes e após os Círculos de Cultura e que, após a intervenção, aumentou a procura por outras fontes de informação e a maioria dos idosos relatou entender as informações recebidas do profissional e nunca ter escutado palavras que não entendeu. Conclui-se que o Círculo de Cultura é uma metodologia que proporciona aos idosos usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) o diálogo sobre suas experiências de vida e favorece o aprendizado. Assim, os resultados deste estudo evidenciam a importância dessa estratégia de educação em saúde e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na promoção da saúde e do letramento em saúde de idosos hipertensos.

Palavras-chaves: Educação em Saúde. Alfabetização em Saúde. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The High Blood Pressure (HBP) can cause significant changes in lifestyle and health of people with low literacy in Health (LS). It is noticed that the LS involves individual and systemic determinants, including communication skills between the patient and the health professional, cultural aspects and complexity of the health system. The aim of this study was to analyze the Culture Circle as literacy promoter in health elderly hypertensive patients. It is a quasi-experimental study with a mixed approach. The survey took place from June 2014 to June 2015 in a unit of the Family Health Strategy (ESF), located in the urban area of the municipality of Picos-PI. The choice of this ESF occurred through random drawing in Microsoft Excel program among the 20 existing in the urban area. The study was designed in three stages: Pre-test Circle of Culture and Post-test. The research subjects were elderly, of both sexes, registered in the SIS-HIPERDIA. Data were collected from June 2014 to January 2015 from the instrument that assesses health literacy in older people. With regard to socioeconomic characteristics it was identified that the majority were female (71.2%); with a mean age of 69.3 years; average income twice the minimum wage of R \$ 1,604.20; elementary school (53.4%); mulatto (58.9%); and married (52.1%). By analyzing the data obtained about the LS, it was observed that older people reported being satisfied with the first acquired the healthcare professional information before and after the Culture Circles and after the intervention, increased demand for other sources of information and most seniors reported understand the information received from professional and have never listened to words you do not understand. It is concluded that the Culture Circle is a methodology that provides to elderly users of Primary Health Care (PHC) dialogue about their life experiences and promotes learning. Thus, the results of this study highlight the importance of health education strategy and the ability of health professionals to use effectively in promoting health literacy and health in elderly hypertensive patients.

Keywords: Health Education. Literacy in Health. Health of the Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Seleção dos idosos participantes do estudo.....	24
Figura 2	- Idoso assinando a lista dos participantes.....	30
Figura 3	- Participantes desenhando e modelando suas criações.....	32
Figura 4	- Idosa fixando a última plaquinha do grupo no mural da satisfação...	35
Figura 5	- Idoso sendo acolhido pelos membros da equipe.....	36
Figura 6	- Participantes desenhando no momento de expressão.....	39
Figura 7	- Desenhos e modelagens realizados pelos participantes do círculo.....	40
Figura 8	- Mural da satisfação com todas as plaquinhas do grupo fixadas.....	42
Figura 9	- Participante recebendo a pulseira do projeto.....	44
Figura 10	- Participante desenhando e escreveu sobre a tematização proposta.....	47
Figura 11	- Desenhos e modelagens feitas pelo grupo.....	48
Figura 12	- Dramatização da problematização.....	50
Figura 13	- Participante sendo acolhida pelo membro da equipe.....	51
Figura 14	- Desenhos e modelagens realizadas pelos participantes.....	54
Figura 15	- Membro da equipe encenando as situações problemas.....	55
Figura 16	- Mural da satisfação com todas as plaquinhas do grupo.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Dados socioeconômicos dos idosos participantes do estudo. Picos-PI, 2015.....	28
Tabela 2	-	Satisfação, busca e compreensão das informações em saúde antes e depois dos círculos de cultura. Picos-PI, 2015.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPESC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
HÁ	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SIS-HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SUS	Sistema Único de Saúde
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LS	Letramento em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PI	Piauí
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WHCA	World Health Communication Association
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Letramento em Saúde: Conceito, Abrangências e Implicações.....	17
3.2	Círculo de Cultura: Implicações para a Educação em Saúde.....	19
4	MÉTODOS.....	21
4.1	Tipo de Estudo.....	21
4.2	Cenário e Período da Pesquisa.....	21
4.3	Etapas da Pesquisa.....	22
4.4	Sujeitos da Pesquisa.....	23
4.5	Procedimentos da Coleta de Dados.....	24
4.6	Apresentação e Análise dos Dados.....	26
4.7	Princípios Éticos e Legais da Pesquisa.....	27
5	RESULTADOS.....	28
5.1	Caracterização socioeconômica e letramento em saúde dos participantes do estudo.....	28
5.2	Análise e Discussão dos Círculos de Cultura.....	30
5.2.1	Descrição e análise do 1º Círculo de Cultura.....	30
5.2.2	Descrição e análise do 2º Círculo de Cultura.....	36
5.2.3	Descrição e análise do 3º Círculo de Cultura.....	43
5.2.4	Descrição e análise do 4º Círculo de Cultura.....	51
6	DISCUSSÃO.....	58
7	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICES.....	73
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	74
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.).....	79
	ANEXO.....	81
	ANEXO A - Comprovante de Aprovação.....	82

1 INTRODUÇÃO

A população idosa em todo o mundo está em crescente ascensão, fato relacionado com a busca da melhora da qualidade de vida, a qual associa-se à maior longevidade. Com a transição demográfica, é notável a maior ocorrência das doenças crônico-degenerativas, trazendo transtornos para as pessoas que envelhecem.

Com o envelhecimento, pode ocorrer deterioração em diferentes áreas da cognição dependente de processos fisiológicos que se alteram com a idade, gerando declínio cognitivo de início e progressão variáveis. Este declínio pode-se relacionar aos fatores educacionais, de saúde, bem como ao nível intelectual global e às capacidades mentais específicas do indivíduo. Estas implicações são percebidas pelos idosos, especialmente quando comparam seu desempenho atual com o apresentado no passado. Além das dificuldades em armazenar informações e resgatá-las, referem ainda prejuízo ocupacional e social. Diante dessas mudanças decorrentes da idade, especialmente entre os idosos analfabetos, ocorrem autoabandono, perda da autoestima, isolamento da sociedade e até do ambiente familiar (SANTOS et al., 2012).

A definição da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) sobre alfabetização, dá ênfase ao contexto e à utilização da mesma, sendo concebida como a habilidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e assimilar, utilizando materiais impressos e escritos associados a diversos contextos. A alfabetização envolve um *continuum* de aprendizagem que permite que indivíduos atinjam seus objetivos, desenvolvam seus conhecimentos e potencial e participem plenamente na sua comunidade e na sociedade em geral (PASSAMAI, 2012).

Sendo assim necessárias ações de educação em saúde com idosos hipertensos para a promoção do letramento em saúde, visto que essa população têm dificuldades em aderir ao tratamento, devido sua baixa escolaridade e a dificuldade de compreender informações em saúde, uma vez que vários estudos têm evidenciado o baixo nível de Letramento Funcional em Saúde (LFS) das pessoas (World Health Communication Association - WHCA, 2010). Estudos desenvolvidos pela WHCA mostram que, no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em LFS, o que pode comprometer o estado da saúde individual e coletiva (PASSAMAI, 2012).

No Brasil, não se têm pesquisas, de amplitude nacional, que podem evidenciar o grau de LFS e se esse fenômeno pode estar afetando, de alguma forma, o resultado de saúde da população brasileira. Com a inserção de novas práticas educativas em saúde, é possível

estimular ao resgate da autonomia e dignidade, reintegrando os mesmos a sociedade e serem promotores da própria saúde de forma ativa.

Contudo, a educação em saúde deve ser feita de forma a compartilhar conhecimento, aprender com a população, ajudando a construir o processo de cidadania, respeitando as peculiaridades dos indivíduos, grupos sociais e garantindo a perpetuação de saberes e de valores. Infelizmente, ainda é comum que os profissionais desvalorizem os momentos educativos no seu processo de trabalho e identifiquem como assistência, somente a realização de procedimentos complexos (BRASIL, 2001).

Associado ao baixo nível de alfabetização que atinge a população idosa, as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM) podem provocar alterações significativas no estilo de vida e saúde das pessoas. De modo geral, o processo de envelhecimento, independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (GOTTLIEB et al., 2011).

Neste estudo aplicou-se o Círculo de Cultura de Paulo Freire (BRANDÃO, 2005) com idosos hipertensos como uma metodologia educativa que promove a reflexão crítica dos sujeitos. A escolha por desenvolver o Círculo de Cultura, visou ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória.

Constituindo uma estratégia de educação libertadora, o Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos leem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento. Neste momento são ensinadas a apresentação dos participantes e informações sobre a organização e funcionamento do Círculo (FREIRE, 1999).

Logo, essa proposta consiste em dar apoio e assistência ao envelhecimento ativo, para que os idosos tenham oportunidade de aprender e compartilhar seus conhecimentos sobre a saúde, através do processo ensino-aprendizagem, no desenvolvimento de um diálogo crítico e reflexivo. Além de gerar a equidade social entre eles e os profissionais envolvidos no cuidado e atenção a essa faixa etária, que necessita de orientações para a manutenção do estilo de vida. Deve-se ter a sensibilidade de ajudá-los de forma coerente com seu grau de alfabetização e dar-lhes autonomia nas suas decisões e o exercício de sua cidadania.

Então, este estudo apresenta relevância para o profissional enfermeiro, pois tem uma expectativa de encontrar subsídios que vão ajudar no planejamento e desenvolvimento de ações em saúde para uma melhor assistência principalmente para com a população idosa.

Além de dar oportunidade para o uso de novas técnicas educativas que possam ser de grande benefício para os que vão participar e espera-se que os profissionais de saúde entendam a necessidade da educação em saúde e sua possibilidade de transformar realidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o Círculo de Cultura como promotor do letramento em saúde de idosos hipertensos.

2.2 Específicos

- Realizar Círculos de Cultura com os idosos participantes do estudo;
- Descrever o nível de letramento em saúde dos idosos antes e após os Círculos de Cultura.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Letramento em Saúde: Conceito, Abrangências e Implicações

Letramento em Saúde (LS) ou habilidade de leitura e numeramento que permite ao indivíduo transitar no ambiente de saúde é um tema relativamente novo e que vem ganhando espaço nas agendas de pesquisa e política de saúde, particularmente nos países desenvolvidos. Onde estudado, o LS inadequado associa-se com cuidados de saúde de pior qualidade e maior custo (SANTOS, 2012).

O LS envolve determinantes individuais e sistêmicos, incluindo habilidades de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, aspectos culturais, complexidade do sistema de saúde, assim como as demandas da situação ou do contexto. Avaliar o LS do paciente é uma preocupação crescente para os pesquisadores e profissionais de saúde, devido ao rápido acúmulo de evidências associando LS com medidas relacionadas à saúde (WHO, 1998; SANTOS, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), letramento em saúde representa as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar a informação como maneiras de promover e manter uma boa saúde. Letramento em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e marcar consultas com sucesso, é a compreensão de informações e suas atitudes tomadas sobre sua saúde. O baixo letramento em saúde está relacionado a piores condições de saúde, maiores taxas de admissão hospitalar, menor adesão aos tratamentos prescritos e cuidados a saúde, maior propensão à ingestão incorreta de medicamentos e menor utilização de serviços de caráter preventivo (WHO, 2009; KANJ, 2011).

O letramento em saúde pode ser classificado em três níveis: letramento funcional, o qual envolve habilidades básicas de leitura e escrita; letramento conceitual, que abrange habilidades sociais que permitam a participação ativa nos cuidados de saúde; e letramento crítico ou como forma de empoderamento, que diz respeito à capacidade de analisar criticamente e utilizar as informações para participar em ações que superem as barreiras estruturais em saúde. Portanto, o favorecimento do letramento em saúde da população deve ser uma estratégia adotada pelas equipes de saúde a fim de diminuir a desigualdade neste âmbito, favorecendo a tomada de decisão consciente do usuário em relação à sua saúde, além de otimizar o controle social nas ações e políticas públicas de saúde (KANJ, 2011).

Compreende-se assim que a saúde e a educação são inseparáveis e devem andar juntas, de modo que uma completa a outra. A educação é um subsídio básico para se efetuar uma boa

prática de saúde, já a saúde desvinculada da educação, gera frutos poucos eficazes para a comunidade. Ambas, como necessidades sociais, têm um caráter político-social polêmico por serem consideradas direito do povo e dever do Estado, destinadas às grandes massas sem diferenciações (RODRÍGUEZ, 2007).

A educação, voltada para a Promoção da Saúde, é um dos elementos fundamentais neste processo, devendo-se considerar as atividades dirigidas na transformação dos comportamentos, focados nos estilos de vida, sua relação com a família e o meio social (SILVA, 2011).

A Carta de Ottawa é um dos principais documentos acerca da Promoção da Saúde. Esta conceitua Promoção da Saúde como um processo voltado à capacitação para controlar melhor sua saúde e os fatores que podem afetá-la, reduzindo os riscos e favorecendo os que são protetores e saudáveis. De um modo geral, diz respeito à capacidade de tomar decisões, de gerenciar a sua própria vida, garantindo à sociedade e a todos os seus membros a possibilidade de desfrutar de um bom nível de saúde (SILVA, 2011; OMS, 1986).

Entretanto, a HAS por ser uma entidade crônica, multifatorial, relacionada a processos intrínsecos de senescência, acomete comumente a população idosa e constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde, pois a adesão terapêutica representa grande entrave no controle da doença (BLOCH, 2008).

A não adesão à terapia pode gerar diversas consequências para o idoso e para o sistema de saúde, entre elas: falha terapêutica; interferência na avaliação da resposta clínica; diminuição da eficácia dos medicamentos; mudanças desnecessárias no tratamento e aumento do número de exames, de prescrições e de internações hospitalares. Isso pode elevar os custos do tratamento e do sistema de saúde, bem como levar à incapacidade e à morte prematura do idoso (VIEIRA, 2014).

Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde. Neste sentido vê-se a importância de reunir esforços para aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando a minimizar ou extinguir essa problemática tão frequente (MEDEIROS; VIANNA, 2006; PIERIN, 2004).

O acesso da população à informação é uma questão de justiça social e, portanto, o letramento em saúde deve ser encarado como uma poderosa ferramenta para reduzir as disparidades em saúde aliando-se às políticas públicas de promoção de saúde (REIS, 2011).

3.2 Círculo de Cultura: Implicações para Educação em Saúde

Como estratégia de promoção da saúde, a práxis de Educação em Saúde, atuando como uma conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos, deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB, 2003).

De modo geral, a participação da clientela nas ações educativas é passiva e as sessões são conduzidas pela mera transmissão de informações ditas por quem sabe ou acha que sabe (os profissionais de saúde) para quem não sabe ou acha que não sabe (o cliente). Essa forma de agir no processo educativo tem distanciado as pessoas da oportunidade de identificar seus problemas, refletir criticamente sobre suas causas e descobrir estratégias, superando os obstáculos na direção da promoção da saúde através de mudanças na própria vida (SILVA, 2001; FREIRE, 1988).

O trabalho com grupos constitui-se uma alternativa para a assistência à saúde, no qual é valorizado o saber com intervenção criativa no processo saúde-doença dos indivíduos. Assim, os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar os problemas passíveis dessa forma de abordagem. Os grupos proporcionam discussão de temas de interesse da coletividade podendo intervir de modo positivo no cotidiano dos integrantes por meio da aprendizagem participativa (DIAS, 2009; DALL'AGNOL, 2007).

O desenvolvimento de atividades educativas grupais, efetivas, com idosos pode contribuir para que eles façam escolhas mais saudáveis em suas vidas. Desta forma, essa atividade pode ser considerada uma estratégia para melhoria da qualidade de vida do idoso, uma vez que se constitui em ação terapêutica para os participantes (MORAIS, 2009; ALMEIDA, 2010).

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada para o autocuidado, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e grupais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se a necessidade de concretização de políticas públicas saudáveis (MACHADO, 2009).

Paulo Freire formulou uma concepção de educação libertadora, fundamentada numa visão humanista crítica, que vê o ser que aprende como um todo – sentimentos, pensamentos e ações – não se restringindo à dimensão cognitiva. Nesse enfoque, a aprendizagem não se

limita a um aumento de conhecimentos, ela influi nas escolhas e atitudes do indivíduo (MENEZES, 2010).

Tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire”, o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos: 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 de que eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido (LIMA, 1979).

A educação em saúde e a participação dos usuários são elementos essenciais para que as mudanças pessoais e sociais ocorram nas ações de promoção da saúde. Segundo Freire, para que a educação promova transformações na sociedade, ela deve ocorrer continuamente e é preciso reconhecer, portanto, que o homem é um ser inacabado. A inconclusão humana é própria da experiência de viver. Além do homem, a realidade é inacabada, assim como tudo no mundo (BRASIL, 2001; FREIRE, 2005).

Assim, deve-se refletir sobre a contribuição das atividades educativas para a sustentação da mudança de comportamentos e hábitos saudáveis no cotidiano dos participantes com enfoque no que é desejável ao controle e prevenção de doenças, desvinculado das necessidades latentes do grupo (ALMEIDA, 2010; MUNARI, 2009).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quase-experimental, com abordagem mista, o qual faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Letramento em Saúde e Círculo de Cultura para adesão terapêutica do idoso com Hipertensão Arterial Sistêmica”. Na referida pesquisa trabalhou-se com dois grupos de idosos, controle e intervenção, e aqui são apresentados os procedimentos metodológicos adotados com o grupo intervenção.

No grupo denominado controle não foi realizada nenhuma intervenção. Já no grupo intervenção, realizaram-se os círculos de cultura e os resultados apresentados neste estudo referem-se a este segundo grupo.

O estudo quase-experimental 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 o desfecho letramento em saúde em dois grupos de idosos com HAS.

Segundo Creswell (2010), a abordagem mista ocorre quando dados qualitativos e quantitativos são coletados e analisados para estudar um fenômeno num único trabalho. Esse método visa esclarecer questões e promover a compreensão de análises complexas a partir da reunião de dados qualitativos e quantitativos em uma única pesquisa (MADEIRA, 2011).

4.2 Cenário e Período da Pesquisa

A pesquisa ocorreu no período de junho de 2014 a junho de 2015 em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada na zona urbana do município de Picos-PI, a qual atende a 908 famílias. A escolha desta ESF ocorreu através de sorteio aleatório no programa Microsoft Excel entre as 20 existentes na zona urbana.

A unidade tem uma equipe que é composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 03 técnicos de enfermagem, 04 agentes comunitárias de saúde (ACS), 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 02 recepcionistas, 02 zeladoras, 02 vigias. Tendo também o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são: 01 nutricionista, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta.

Na unidade são oferecidos atendimentos como: consulta médica; consulta da enfermagem e dos profissionais do NASF; realização de procedimentos da enfermagem: pré-natal, puerpério, puericultura, consulta a hipertensos e diabetes, planejamento familiar, a realização do exame citopatológico com o teste de Schiller, exame clínico das mamas, visita

domiciliária, palestras educativas, campanhas de vacinação e entre outras atividades que dão assistência à população dessa unidade de saúde.

Na ESF são realizadas ações de educação em saúde, na própria instituição, não havendo auditório ou sala de reunião. As atividades são realizadas na sala da recepção ou em uma área externa em frente à unidade.

Através do endereço eletrônico da Secretaria de Saúde de Picos-PI (<http://www.picos.pi.gov.br/secretaria-de-saude-sms/>), foi realizada uma busca de informações sobre a Unidade de Saúde sorteada, durante o período do projeto. Segundo o site, foi identificada que esta realiza as seguintes ações de cunho educativo:

- ✓ O grupo de combate ao tabagismo, desenvolvido pelo Programa de Tratamento do Tabagismo, que iniciou o tratamento com 20 pacientes da ESF em uso do cigarro. Realiza-se a cada ano um trabalho contínuo com a equipe multiprofissional (Profissionais do PSF, do Programa em Saúde Bucal, do NASF 1B e a Coordenação Municipal de Controle ao Tabagismo).
- ✓ O grupo de promoção da saúde, no qual são realizadas caminhadas semanais, tendo como ponto de encontro à unidade e o percurso é pelo próprio bairro. São feitos alongamentos corporais antes e após as caminhadas, vinculando a equipe da unidade com a comunidade, e deixando claro, a importância do exercício físico no combate ao sedentarismo e a obesidade.
- ✓ O Projeto Bem Me Quer: eu me amo, eu me cuido, vem realizando ações de promoção e prevenção à saúde da mulher, onde cerca de 60 mulheres participam de uma série de atividades. O projeto sistematiza ações que já são realizadas pelo NASF e previstas no Calendário do Ministério da Saúde e tem como referência o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).
- ✓ A Semana do Bebê na qual são realizadas ações de trabalho nos eixos de mobilização social e promoção à saúde. As atividades estão relacionadas à saúde dos bebês e de suas mães, como por exemplo, palestras, oficinas, capacitações, rodas de conversa, orientação sexual na adolescência, orientações sobre a gestação e o aleitamento materno para Gestantes e Familiares.

4.3 Etapas da pesquisa

O estudo teve um delineamento em três etapas:

- **1º Etapa: Pré-teste.** Foram realizadas visitas domiciliares para a aplicação do instrumento de avaliação do letramento em saúde de pessoas idosas, por meio de

entrevistas gravadas. Esta etapa ocorreu no período de junho a agosto de 2014 e participaram dela 73 idosos.

- **2º Etapa: Círculo de Cultura.** Foram realizados quatro Círculos de Cultura no período de setembro a dezembro de 2014, em dias e horários agendados com os participantes. Com a ajuda da equipe da unidade e as acadêmicas do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) foi feita uma busca ativa nas casas dos idosos para convidá-los. Os idosos foram convidados a participar e o não comparecimento implicava em novo convite. Foram considerados desistentes os idosos que não compareceram após o terceiro convite. A quantidade de participantes em cada círculo foi: no 1º Círculo participaram 29 idosos, no 2º Círculo foram 9 idosos, no 3º Círculo, 12 idosos e no 4º Círculo, 10 idosos. Tendo a participação total de 60 idosos nesta etapa da pesquisa.
- **3º Etapa: Pós-teste.** Foi aplicado o mesmo instrumento do pré-teste com os idosos após participarem dos Círculos de Cultura. A aplicação do instrumento ocorreu em todos os casos a partir de um mês após participação dos idosos no Círculo de Cultura (SCAIN, 2008). Participaram desta etapa 58 idosos, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Ressalta-se que neste estudo são apresentados resultados comparativos entre a primeira e terceira etapas da pesquisa, com o objetivo de verificar os efeitos dos Círculos de Cultura no LS dos idosos. Além disso, os achados provenientes dos Círculos de Cultura foram apresentados descritivamente.

4.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da investigação foram idosos, de ambos os sexos, cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA) da unidade de saúde. Em 2014 a população de idosos com este perfil cadastrados na unidade era de 200 pessoas.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos idosos:

- Ser cadastrado no SIS-HIPERDIA;
- Ser acompanhado na USF selecionada para a pesquisa;
- Ser hipertenso.

E como critérios de exclusão foram adotados:

- Não estar no domicílio por mais de duas tentativas de visita.

Para o cálculo amostral adotou-se fórmula para estudos com grupos comparativos (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005), prevalência de adesão estimada de 19,7% (OLIVEIRA-FILHO; BARRETO-FILHO; NEVES; LYRA JR, 2012), intervalo de 95% de confiança e acréscimo de 10% para perdas e recusas, totalizando 72 idosos hipertensos para o grupo intervenção.

A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção da amostra do estudo:

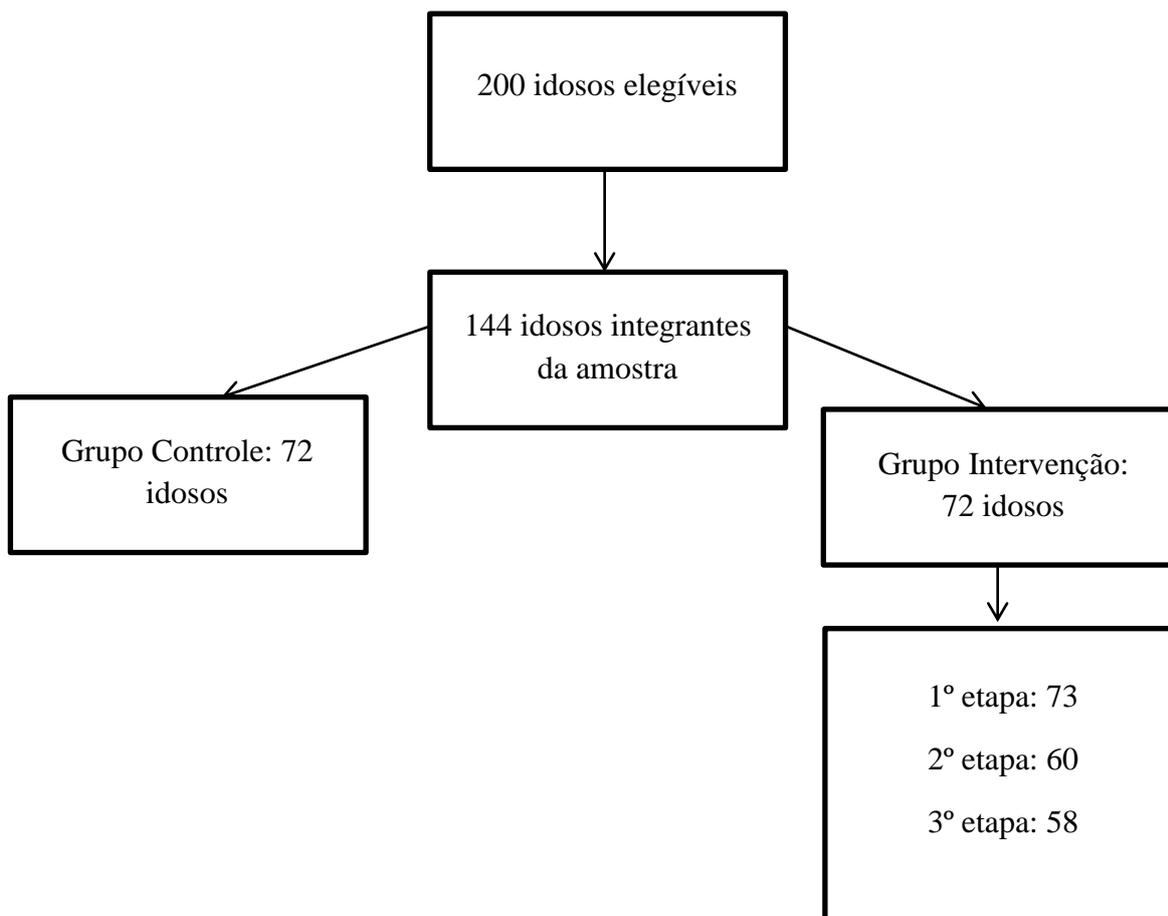


FIGURA 1 - Seleção dos idosos participantes do estudo

4.5 Procedimentos da Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de junho de 2014 a janeiro de 2015 a partir do instrumento que avalia o letramento em saúde de pessoas idosas (APÊNDICE A), o qual foi traduzido e validado para uso no Brasil (PASKULIN, 2011).

O instrumento sobre letramento em saúde fundamenta-se em uma investigação realizada por pesquisadores canadenses e utiliza questões abertas e fechadas que analisa, com base em uma situação de saúde/doença vivenciada recentemente, como as pessoas idosas

buscam, compreendem e partilham as informações em saúde para tomar decisões sobre sua saúde e sua vida (PASKULIN, 2011).

As variáveis abordadas no instrumento estão agrupadas em duas partes: 1º parte: dados socioeconômicos adaptados do estudo de Rodrigues (2012); 2º parte: avaliação da alfabetização em saúde de pessoas idosas, que está subdividida em: questões sobre alfabetização em saúde, busca por informações em saúde, entendendo as informações em saúde, compartilhando as informações em saúde e repercussões das informações em saúde.

A busca dos participantes da pesquisa ocorreu a partir de informações colhidas junto à enfermeira e as ACS da equipe da Unidade de Saúde. Sendo realizada a busca ativa dos prontuários dos idosos hipertensos no serviço.

Depois entrou-se em contato com as ACS para a verificação da disponibilidade para ajuda na busca dos idosos em seus domicílios ou apenas o fornecimento dos endereços das casas. A coleta de dados foi realizada por 6 (seis) membros do GPeSC.

O instrumento foi aplicado por meio de entrevistas nos domicílios, antes e depois dos Círculos de Cultura. Na situação, os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre o que se trata e como acontece à pesquisa, sendo também informado de que o idoso não seria identificado e que as informações não seriam repassadas para outras pessoas. Os idosos responderam ao instrumento de forma oral e as falas foram gravadas com o uso de gravador digital, sendo depois transcritas pelos pesquisadores.

Os Círculos de Cultura ocorreram na USF mensalmente, em datas e horários estabelecidos de acordo com a disponibilidade dos idosos e o funcionamento da Unidade. Foram realizados quatro círculos, nos quais empregaram-se os mesmos recursos, temas e dinâmicas os quais foram descritos em detalhes no tópico de resultados.

Quando se fala em Círculos de Cultura, incentiva-se a realização do encontro entre as pessoas ou grupos 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. Isso significa que esta reflexão e as nossas sugestões servem não só para a educação formal, que acontece dentro de uma escola regular, mas também para qualquer iniciativa educacional, dentro da sala de aula ou em outros espaços onde acontece o encontro entre pessoas que aprendem e que, ao fazê-lo, ensinam algo umas às outras (PADILHA, 2003).

Para a realização dos Círculos de Cultura aconteceram etapas distintas, sendo divididas em:

- Primeira etapa: Momento de Acolhimento. Realização do acolhimento inicial e credenciamento dos idosos;
- Segunda etapa: Momento de Sensibilização. Foi promovido um momento de observação e diálogo aberto, através da exibição de um vídeo educativo sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e em seguida, a projeção de imagens demonstrando estilos de vida saudáveis e não saudáveis, e ao término da visualização foi indagado sobre o seu entendimento, sendo determinado um tempo para a escuta, sem interferência do animador;
- Terceira etapa: Momento de Expressão. Foi entregue para cada idoso, folhas A4 em branco com canetas coloridas e massas de modelar, para que pudessem desenhar ou modelar algo que tivesse haver com a etapa anterior, e logo, cada um apresentou sua criação para todos;
- Quarta etapa: Momento de Problematização. Aconteceu uma dramatização de duas situações cotidianas que eles poderiam ter vivenciado, como por exemplo, a realização da automedicação dos anti-hipertensivos, que foi feita por um membro da equipe que estava desde o começo do Círculo entre eles, caracterizada como uma idosa e atuando como tal, e, por conseguinte, depois da finalização da cena, foram questionados sobre aquelas situações;
- Quinta etapa: Momento de Síntese e Avaliação. Foi realizada a técnica da satisfação, através de uma síntese verbal, sobre o que acharam do encontro, e como forma de mensurar a satisfação deles. Foi entregue três plaquinhas com as carinhas (felicidade, tristeza e dúvida), na qual foi pedido para levantarem a plaquinha que melhor representasse relação ao Círculo e depois cada um fixou sua plaquinha escolhida no mural da satisfação.

4.6 Apresentação e Análise dos dados

Para a análise quantitativa, os dados sociodemográficos e provenientes das questões objetivas do instrumento de LS foram digitados e tabulados no software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão e as variáveis categóricas expressas em frequências e percentuais. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e discutidos a partir de literatura pertinente ao tema.

Destaca-se que os dados acerca do LS foram analisados a partir da comparação entre os achados na primeira e terceira etapas do estudo, ou seja, antes e após os Círculos de Cultura.

A análise dos Círculos de Cultura foi feita através da sua descrição, com a fidedignidade dos detalhes através das filmagens e fotografias, que foram feitas durante os encontros. A discussão foi realizada simultaneamente a partir de literatura acerca da pedagogia Freireana.

4.7 Princípios Éticos e Legais da Pesquisa

Em cumprimento às normatizações legais da pesquisa, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará tendo como Número do Parecer: 401.244 (ANEXO A), para análise dos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendadas na resolução 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre sua participação voluntariamente, sendo que antes do início da aplicação do instrumento, o pesquisador explicava sobre a importância do consentimento para participar do projeto e ao concordar, o idoso era convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Foi garantido o sigilo das informações, o anonimato dos sujeitos, como também, o uso das imagens apenas para a pesquisa. Para manter o sigilo e a privacidade dos participantes, eles foram identificados na transcrição dos Círculos com nomes de flores.

Além dos esclarecimentos prévios, a pesquisa apresentou desconfortos ou riscos mínimos aos envolvidos por constrangimento ao responder as perguntas do instrumento, mas foi assegurada a privacidade e proteção da identidade, a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A pesquisa teve como benefícios para os participantes a ampliação do letramento sobre sua saúde e uma socialização com outros idosos. Para o enfermeiro o aumento do conhecimento científico acerca da temática e possibilidade de testar uma nova metodologia educativa.

5 RESULTADOS

Os dados deste estudo repousam na análise do Círculo de Cultura como promotor do Letramento em Saúde de idosos hipertensos. Inicialmente, apresentou-se os resultados acerca das características socioeconômicas e, em seguida, o letramento em saúde dos idosos. Logo depois, a análise e discussão dos Círculos de Cultura.

5.1 Caracterização socioeconômica e letramento em saúde dos participantes do estudo.

Observou-se que o grupo tinha em média 69,3 anos e renda mensal de R\$ 1.604,20. A maioria era do sexo feminino (71,1%), possuía o ensino fundamental completo (53,4%), raça parda (58,9%) e casados (52,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos dos idosos participantes do estudo. Picos-PI, 2015.

Variável	Intervenção	
	n	%
	Média	DP*
Idade	69,3	6,5
Renda	1604,2	2427,2
Sexo		
Masculino	21	28,8
Feminino	52	71,2
Escolaridade		
Não freq. Escola	30	41,1
Ensino Fundamental	39	53,4
Ensino Médio	2	2,7
Ensino Superior	2	2,7
Raça		
Branca	19	26,0
Preta	9	12,3
Parda	43	58,9
Amarela	1	1,4
Indígena	-	-
Nenhuma	1	1,4
Estado civil		
Casado	38	52,1
Solteiro	6	8,2
Viúvo	24	32,9
Desquitado/ Divorciado	5	6,8

*DP: desvio padrão.

Acerca do LS, observou-se quanto à satisfação com a primeira informação adquirida que a maioria encontrava-se satisfeita com a informação. Acerca da busca por outra fonte de informação, os idosos no pré-teste do grupo controle tiveram opiniões próximas, 27 idosos

não procuram informação e 26 procuraram, já no pós-teste teve uma pequena mudança, na qual 33 idosos procuram outras fontes.

No grupo intervenção, no pré-teste a maioria não procurou outra fonte e no pós-teste, houve uma inversão, sendo que mais idosos procuraram outras fontes. Podendo-se perceber que em ambos os grupos aumentaram a frequência de idosos que procuraram outras fontes no pós-teste. Quanto à compreensão das informações, ambos os grupos as consideraram fáceis de entender e a maioria nunca escutou palavras que não entendeu (Tabela 2).

Tabela 2 - Satisfação, busca e compreensão das informações em saúde antes e depois dos círculos de cultura. Picos-PI, 2015.

Questões	Controle		Intervenção	
	Antes	Depois	Antes	Depois
	N (%)			
O quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a primeira informação adquirida?				
Muito insatisfeito com a informação	03 (5,0)	02 (3,3)	-	03 (5,3)
Insatisfeito com a informação	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 com a informação	36 (60,0)	48 (80,0)	40 (70,2)	40 (70,2)
Muito satisfeito com a informação	08 (13,3)	05 (8,3)	05 (8,8)	05 (8,8)
O (a) senhor (a) procurou outras fontes de informação?				
Não procurou outra fonte de informação	27 (45,0)	27 (45,0)	35 (60,3)	26 (44,8)
Procurou outras fontes	26 (43,3)	33 (55,0)	23 (39,7)	32 (55,2)
Não informado	07 (11,7)	-	-	-
De um modo geral, as informações que o (a) Sr (a) encontrou foram:				
Muito fácil de entender	02 (3,4)	06 (10)	02 (3,5)	07 (12,1)
Fácil de entender	44 (75,9)	47 (78,3)	41 (71,9)	37 (63,8)
Neutra, nem fácil nem difícil de entender	10 (17,2)	05 (8,3)	08 (14,0)	07 (12,1)
Difícil de entender	01 (1,7)	02 (3,3)	06 (10,5)	07 (12,1)
Muito difícil de entender	01 (1,7)	-	-	-
Com que frequência ouviu palavras que não entendeu?				
Nunca ouvi	35 (58,3)	28 (46,7)	27 (47,4)	21 (36,2)
Difícilmente ouvi	04 (6,7)	06 (10,0)	09 (15,8)	09 (15,5)
Ocasionalmente ouvi	09 (15,0)	06 (10,0)	09 (15,8)	13 (22,4)
Frequentemente ouvi	04 (6,7)	04 (6,7)	03 (5,3)	04 (6,9)
Sempre ouvi	08 (13,3)	16 (26,7)	09 (15,8)	11 (19,0)

5.2 Análise e Discussão dos Círculos de Cultura

5.2.1 Descrição e análise do 1º Círculo de Cultura

O primeiro Círculo foi iniciado com o acolhimento e credenciamento dos idosos, caracterizando o **momento de acolhimento**, quando foi feita a identificação de cada idoso, através da solicitação do nome completo da pessoa, que já continha numa lista previamente selecionada de acordo com os critérios da pesquisa. Em seguida, foi distribuída ao idoso uma pulseira de identificação de participante do Círculo. Sendo que havia cinco cores diferentes (azul, verde, laranja, rosa e vermelha) e foi distribuída alternadamente.



Figura 2 - Idoso assinando a lista dos participantes.

O fato de distribuir as pulseiras de forma alternada foi no intuito dos participantes com pulseiras de cores iguais sentassem próximos uns dos outros, para que pudesse conversar entre si, se conhecer e pensar em uma mensagem ou palavra pra descrever aquele momento vivenciado. Assim, foi proporcionada a descontração e aproximação entre os membros do grupo. Este momento pode ser apreciado nas seguintes falas:

...e aí como é que você se chama?...(Orquídea).

...eu conheço ela de vista, mas eu sei que ela mora aqui no bairro...(Girassol).

...tô fazendo mais amigas, tô gostando da reunião e de conhecer novas pessoas...(Rosa).

Para Merhy (2006), no serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Como animadora do grupo, pela visão desse primeiro momento, percebeu-se que essa etapa foi importante para permiti-los se apresentar e ter a oportunidade de expressar a sua opinião daquele momento, deixando-os mais participativos para se conhecer e possibilitar a exteriorização dos seus pensamentos.

Freire (2005) propõe que a educação ultrapasse os limites da prática pedagógica, como prática social formada na interação intencional, alicerçada na consciência e no comprometimento com a transformação humanizadora da realidade e do convívio social. Proporcionando assim um horizonte de contínuo aprendizado, uma promoção da saúde do idoso, uma diminuição da vulnerabilidade e maior controle social, através da participação ativa.

Dando continuidade às atividades do Círculo, foi realizado o **momento de sensibilização**, através da exibição de um vídeo educativo sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, propondo ao grupo uma observação sobre a tematização. Com o término do vídeo, foi iniciado o diálogo, por meio do qual os participantes puderam expressar o seu entendimento e a percepção de alguma cena do vídeo já vivenciada em suas vidas. Durante o diálogo aberto, surgiram muitas falas, das quais, destaca-se:

...eu gostei porque tá ensinando a comer pouco sal, pouca gordura e a gente sabe que não pode. Pois ele dá muita instrução...(Rosa).

...eu tenho 64 anos e sou hipertensa e sou diabetes, tô tomando os remédios todos os dias, graças a Deus tá dando certo...(Girassol).

...quase tudo que passou no vídeo é minha vida aí, passou dos 60 anos é essa vida aí...(Begônia).

...eu tenho 60 anos e tenho a pressão altíssima e eu num sinto nada, nada, e eu num sinto nem uma dor de cabeça. O médico já me examinou e me disse que era a mais perigosa...(Jasmin).

O Círculo de Cultura como espaço educativo onde transitam diferentes subjetividades e convivem diferentes saberes, assume a experiência do diálogo de forma coletiva e solidária em todos os momentos do processo, de tal modo que seu produto, o conhecimento gerado, seja resultante dessas situações (LOUREIRO, 2012).

No caso, o diálogo se transforma em instrumento metodológico, e é utilizado como forma de comunicação em que a questão da diferença do lugar de enunciação é superada pela questão da diferença como qualidade, como valor de qualificação, como forma de potencializar os saberes que se entrecruzam naquele espaço de aprendizagens, organizando suas práticas e suportando sua articulação na totalidade social, sendo o que está em jogo é a construção social do conhecimento (LOUREIRO, 2012).

Na perspectiva da animadora, foi observado através do compartilhamento dos sentimentos e vivências que existe uma preocupação para o cuidado com o tratamento anti-hipertensivo e que eles são esclarecidos sobre as doenças crônicas que acometem suas vidas. Sendo identificado que a religiosidade é bastante presente e fortalecedora de esperanças de um futuro com mais saúde.

A religiosidade parece aumentar com o envelhecimento. A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade. Este fenômeno deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento à população idosa (SANTOS, 2012).

A próxima etapa do Círculo foi o **momento de expressão**, onde foram formulados os seguintes questionamentos: “O que é essa doença?”; “Como eu devo tratá-la?”; “O que essa doença representa para minha vida?”; “É algo bom ou é algo ruim?”; “É algo que é um desafio?” e “Como devo agir?”, as indagações tinham o propósito de um aprofundamento acerca do vídeo assistido anteriormente, a partir das opiniões de cada um.

Para as respostas às indagações sugeridas, foram distribuídas folhas de papéis A4 com canetas coloridas e massa de modelar para cada participante, no intuito de estimular um desenho, um rabisco ou uma imagem, que tivesse alguma ligação com a temática. Não foi exigida a escrita, pois alguns dos participantes não sabiam escrever. Logo foram surgindo criações:

A idosa Rosa fez com a massa de modelar uma coxinha, representando um alimento prejudicial para quem tem HAS e também foi feito um desenho na folha de papel, um coração inchado e doente, significando como fica o coração de uma pessoa hipertensa.

A idosa Jasmin desenhou uma pessoa com um cigarro na boca e com uma garrafa de bebida alcoólica na mão, e uma mesa com um utensílio com carne de porco. Segundo ela, essas foram as proibições que o médico fez pra ela, sendo que ela segue as orientações.

Gardênia escreveu uma mensagem que dizia: “Algum tempo atrás eu descobri que tinha pressão tão alta, colesterol muito alto e fui ao médico e ele passou uns remédios, mas em nenhum momento da vida eu fiquei triste, aprendi a conviver com a doença, igual aos personagens do vídeo, cantando, dançando e mostrando como se deve viver com a doença, evitando sal, gordura e fazendo exercícios”. Ela descreveu como se sentia diante da doença.



Figura 3 - Participantes desenhando e modelando suas criações.

Os grupos proporcionam discussão de temas de interesse da coletividade podendo intervir de modo positivo no cotidiano dos indivíduos por meio da aprendizagem participativa. Entre idosos, estas atividades podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado, crescimento pessoal e busca ativa de sua saúde (DALL'AGNOL, 2007; MORAIS, 2009).

Saber da necessidade do respeito à autonomia, à dignidade e a identidade do(a) educando(a) requer uma prática coerente com este saber, de modo a provocar no educando(a) a criação de algumas virtudes ou qualidades sem as quais aquele saber vira inautêntico, palavreado vazio e inoperante (FREIRE, 1993).

Então, ao analisar sobre a tematização escolhida, a avaliação vista pela animadora, mostra que as criações expressas foram registradas através de suas percepções sobre sua prática com a patologia. Dando oportunidade de demonstrar o seu conhecimento e realizar trocas de ideias com os outros participantes. Além da intenção de articular discussões sobre a tematização, propiciou a formulação de um pensamento crítico e reflexivo para cada idoso, a cerca de como lidar com o processo saúde-doença.

O momento de problematização constituiu em uma dramatização de duas cenas por um membro da equipe do projeto caracterizado como idosa. Ela foi convidada a se apresentar e demonstrar as cenas que poderiam fazer parte do cotidiano dos participantes.

Na primeira situação, ela dramatizou a dificuldade na hora de tomar o medicamento para HAS em casa sem nenhuma ajuda ou orientação. E também, com dificuldade de tomar na hora certa, a dose certa e o remédio certo. Já na segunda cena, ela questionou a dificuldade de ir ao médico, devido os seus problemas na coluna vertebral, que causava muita dor ao caminhar até a Unidade Básica de Saúde, fazendo que ela desistisse e não fizesse o acompanhamento necessário para sua saúde. Além disso, ela indagou a dificuldade de entender as orientações médicas e tinha um receio em fazer perguntas para solucionar suas dúvidas, com isso ela chegava ao seu domicílio e não sabia como utilizar seus medicamentos.

Através dessa encenação, que causou muitas risadas e uma confirmação de proximidade com a rotina do dia-a-dia no grupo, os idosos comentaram sobre a apresentação:

...assim a pressão vai lá pra cima ou então vai lá pra baixo...(Tulipa).

...mas num faz vergonha não, tem que perguntar pra num tomar errado...(Rosa).

...eu sou assim, ou eu tomo demais, ou eu tomo de menos, tem vez que eu tomo um remédio, outra eu tomo duas vezes o mesmo remédio. Tinha uma vez que eu faltei foi cair, sem saber o que era (...) senti aquele negócio, aí quando eu senti que as pernas tavam molecando, eu sentei na cadeira...(Hortênsia).

...eu tomava tudo de uma vez só, aí minha filha percebeu e me ensinou. Aí eu coloco um aqui, eu coloco outro acolá, pra eu saber qual é a hora da cada um. Aí eu num tive mais reação...(Cravo)

...tem que ter uma pessoa pra ajudar a gente, se não eu esqueço de tomar...(Lírio).

O fato é que nem mesmo os integrantes da comunidade sabiam sobre a profundidade de suas dúvidas. Assim nossas verdadeiras indagações constituem território por vezes nebuloso, o qual só é possível descortinar, com muito diálogo e reflexão coletiva, pela problematização, sendo primordial a função do enfermeiro como uma pessoa que possa escutar e dialogar com seus pacientes (TORREZAN, 2012).

Furlanetti (2009) enfatiza que problematizar pode nos levar a uma melhor compreensão da realidade, a problematização começa, então, quando quebramos o silêncio por meio de perguntas. No silêncio, não existe a compreensão da realidade, por isso é tão importante levantarmos desafios que levem às perguntas: “Perguntas são dúvidas e elas existem a partir do momento em que percebemos que não sabemos, mas que temos o espaço do diálogo, o espaço da voz”.

Observando as falas dos idosos que participaram desse momento, identificou-se que essas cenas dramatizadas são realmente mais rotineiras do que se imagina, que as dificuldades são presentes no cotidiano do idoso e mostrando também os perigos da automedicação. Contudo, essas inquietações e sentimentos expostos são valorizados a partir do momento que se problematiza um tema de saúde, que atinge a eles mesmos e tendo como retorno, a reflexão profunda e construção da criticidade.

Para Freire (2001), possibilitar o diálogo entre alunos e pesquisadores, construirá consequentes momentos de conscientização sobre a temática em discussão e construção de um conhecimento adaptado ao meio social, econômico e cultural no qual os idosos estão inseridos.

No **momento de síntese e avaliação** foi realizada a técnica da satisfação, que através de uma síntese verbal, o idoso pode expressar sua satisfação em ter participado do Círculo. Foi feita a escolha de uma plaquinha para classificar o que acharam de tudo aquilo vivenciado. Como forma de mensurar a satisfação dos participantes, foram distribuídas placas com carinhas (felicidade, tristeza e dúvida). Foi solicitado que fosse feita a avaliação pessoal sobre aqueles momentos e que fixasse a plaquinha escolhida no mural da satisfação. Teve alguns relatos sobre esse momento, que foram:

...eu fiquei feliz...(Lavanda).

...foi muito bom, quero vim outra vez...(Begônia).

...eu tava tão alegre que minha pressão desceu lá pra baixo, eu relaxei mesmo...(Tulipa).

Destaca-se que a interação social colabora para o exercício da cidadania e para que os idosos sintam-se valorizados e inseridos no meio em que vivem. Além disso, ele passa a ter a

sensação de pertencimento a um grupo para o qual pode contribuir de maneira significativa, utilizando-se de sua experiência e conhecimento (LEITE, 2008).

Quando se realizam atividades que buscam o diálogo com o outro, aprende-se a conviver e, com isso, aprendemos sobre o outro e sobre nós mesmos, aprendemos a gostar de nós e da vida. Também se aprende pessoal e profissionalmente, com isso, ganha a pessoa que convive e ganha o conhecimento que se produz. Aprende-se, essencialmente, sobre humanidade e que, como seres humanos, somos ricamente diversos e dotados de saberes (OLIVEIRA, 2003).

Assim, essa técnica resultou da observação, da escuta e da demonstração de quão satisfeito os idosos estavam com sua participação no Círculo. Percebeu-se que houve uma avaliação positiva no mural da satisfação, onde todas as plaquinhas fixadas apresentavam expressões felizes.



Figura 4 - Idosa fixando a última plaquinha do grupo no mural da satisfação.

Portanto, os Círculos se constituem pela formação de um grupo de trabalho e debate da linguagem no contexto de uma prática social livre e crítica, comprometida com uma mobilização no acesso às questões de saúde e nas potencialidades necessárias para articular uma ação de transformação desta realidade, levando-se em conta as vivências de cada um (FREIRE, 2005).

Esse Círculo veio responder muitos questionamentos e inquietações nas quais foram importantes para que se percebessem quais eram as perspectivas do grupo diante das situações propostas e compreender esse processo como um todo, através dos pressupostos deixados por Paulo Freire, com a finalidade de promover a educação em saúde integral e coerente.

Como também, foi interessante poder proporcionar a compreensão e entendimento sobre as fragilidades do envelhecimento; bem como se identifica que a busca por informações com as participações em grupos educativos dão oportunidades de promover saúde e de transformação da realidade social do indivíduo.

5.2.2 Descrição e análise do 2º Círculo de Cultura

O segundo Círculo de Cultura, com outros participantes, foi iniciado com o **momento de acolhimento**, a recepção aos idosos e interação com eles e entre eles. Também foi distribuída a pulseira com cores diferentes a cada idoso, com o intuito de promover a aproximação de pessoas diferentes e que pudessem dar início ao um diálogo, se conhecendo melhor.



Figura 5 - Idoso sendo acolhido pelos membros da equipe.

Em seguida, foi feita apresentação da animadora e de sua equipe, foi falado sobre o que se esperava do encontro, que era importante a colaboração dos participantes no Círculo de Cultura visto que ele se caracteriza como proposta de educação em saúde, que em nenhum momento seria estabelecido o que fazer ou ter um comportamento determinado ou criticar o seu modo de lidar com seus problemas de saúde. Foi deixado bem claro que aquele momento era pra ser um momento de aprendizado e trocas de ideias.

Pra realizar a aproximação deles, foi pedido que cada idoso que tinha pulseira de cores iguais sentassem lado a lado, para que pudessem conversar. Foi dado um tempo para que o diálogo pudesse acontecer. Foi também pedido que os grupos pensassem em uma mensagem ou palavra pra descrever o que estava acontecendo naquele momento e foram constadas nas seguintes falas:

...eu quero dizer pra elas, que elas cuidem bem de nós, do jeito já que elas tão cuidando...(Violeta).

...eu desejo muita saúde e muitas coisas boas a todos e muita paz pra todos nós...(Margarida).

...eu queria falar que eu participo de um grupo de idosos há dois anos e sempre tem alunas e alunos que participam do grupo, aí eu queria falar que eles não fossem atenciosos com agente só aqui não, pois eu ando de coletivo, e muitas vezes não tem lugar para eu sentar e os jovens ver que eu estou de pé e colocam a revista no rosto ou o celular na cara, ai fingem que não estão me vendo...(Azaléia).

Interagir socialmente, sobretudo com amigos da mesma geração, possibilita ao idoso construir novos laços de relação e favorece o bem-estar físico, psicológico e social dos idosos.

As deficiências em habilidades sociais parecem constituir um fator de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em indivíduos da terceira idade (NERI, 2001; CARNEIRO, 2007; ALMEIDA, 2010).

Foram muito interessantes às falas das participantes, percebeu-se pela fala de Violeta, a carência e ao mesmo tempo o sentimento de gratidão por ter convidado elas para participarem. Como também, a Azaléia, falou um ponto importante, que foi direcionado aos jovens, mas serve para todos, que cuidassem dos idosos em todos os lugares e que não deixar de prestar um cuidado ou ter a consciência de permitir que os direitos dos idosos sejam concedidos, como ceder seu assento para um idoso no coletivo.

O parágrafo único do artigo 3º do título I do estatuto do idoso dá a garantia de prioridade, compreendendo o atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população (BRASIL, 2009).

Depois dessa etapa, foi realizado o **momento de sensibilização**, no qual foi passado ao grupo um vídeo educativo sobre a Hipertensão Arterial, tema em comum para todos eles. O grupo ficou atento e prestou bastante atenção, sorriram ao se identificar com cenas de suas próprias rotinas.

As DCNT são comuns em idosos, pois estes apresentam características próprias na manifestação das doenças, constituindo um grupo de maior risco para o aparecimento das doenças degenerativas em geral e cardiovasculares em particular, além de apresentar maior número de comorbidades. Desse modo, maior atenção deve ser dada a essa clientela, principalmente no que se refere às pessoas com hipertensão arterial (OLIVEIRA, 2010; LINO, 2004).

O vídeo mostrou como deve ser o comportamento de uma pessoa hipertensa, como tratar a pressão alta, como cuidar dela no dia-a-dia, a importância de seguir a dieta alimentar para essa patologia. Sendo percebido suas reações surgidas a partir do vídeo, através das falas:

...é bem falado o vídeo, aprendi demais, o meu médico fala isso aí, o que tenho que fazer pra não passar mal de novo...(Hibisco).

...eu fumo e tomo café, é uma tentação fumar, eu não consigo parar...(Hibisco).

...quando eu vou ao açougue, o açougueiro já fica de cara ruim, porque eu peço pra ele tirar toda a gordura, deixar bem limpinha, eu evito comer carne gordurosa...(Acácia).

Através da análise das falas, pode-se perceber que a obediência às prescrições médicas para o tratamento anti-hipertensivo mostra ser de importância elevada. Também percebe-se que eles são conscientes do que prejudica a saúde, como o cigarro, que é uma droga lícita, que traz problemas nos vários sistemas do corpo e age diretamente no aumento da pressão arterial.

Quanto à alimentação, foi percebido que através de uma simples atitude, em não comer carne de alto teor de gordura pode ajudar sua alimentação a ser mais adequada.

Sendo que a educação em saúde constitui área do conhecimento político-didático, como uma prática intrínseca ao conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerendo que profissionais de saúde assumam a função de educadores e não meros fornecedores de receitas e remédios, fornecendo assistência adequada e orientação para viabilizar as mudanças de estilo de vida e conseqüentemente o controle da hipertensão arterial (RUFINO, 2012).

É evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo. Geralmente, o fumante busca o famoso “cafezinho” nas situações estressantes e também condicionam o cigarro ao consumo de cafeína. Mostrando assim que a cafeína e a nicotina elevam agudamente a pressão arterial (PA) (PIERIN, 2004).

Observa-se que ainda existe falha no seguimento correto das várias medidas não medicamentosas, pois o tratamento não se resume apenas à alimentação. O sucesso do tratamento anti-hipertensivo, apesar de exigir um grande esforço individual para que se possam alcançar resultados satisfatórios, vai depender do grau de envolvimento existente entre o paciente e os profissionais que o assistem (DOURADO, 2011).

Na sequência do Círculo de Cultura, ainda foram projetadas algumas imagens na tela, que mostram fotos de alimentos que devem ser evitados e outros que devem ser aumentados o consumo, e também mostrava alguns comportamentos que se deve adotar na vida de cada um, como a atividade física. Visto que tudo isso foi falado no vídeo educativo, que foi visualizado e questionado pelo grupo, estimulando a capacidade cognitiva dos idosos, para a percepção das ideias em comum, sendo observado através das falas:

...eu gosto de um salzinho e uma carne de porco, mas eu sei que não é saudável...(Bromélia).

...eu mesmo num posso comer doce porque eu tenho Diabetes...(Hibisco).

...faz tanto tempo que eu num como doce, que já tô com saudades...(Dália).

Sendo unânime o direcionamento das falas para a alimentação saudável, nota-se que a intervenção nutricional vem assumindo um papel decisivo no tratamento da hipertensão. As mudanças no estilo de vida, incluindo o processo de reeducação alimentar, são procedimentos indispensáveis para que se alcance um melhor resultado no controle da PA e outros fatores de risco cardiovascular (PIERIN, 2004).

Mostrando mais uma vez que depende de cada um ter essa consciência saudável sobre a alimentação, que é necessário realizar mudanças de hábitos e comportamentos errôneos para que o tratamento tenha sucesso. Visto que não é o médico, que não é um enfermeiro ou não é

um vizinho que vai dizer o que você tem que fazer, que na verdade cada um tem que saber tomar suas decisões próprias, ter o conhecimento do que é melhor a fazer e colocar em prática as atitudes certas para se ter uma vida saudável, respeitando as particularidades de cada idoso.

Em seguida, foi realizado o **momento de expressão**, no qual foram distribuídos folhas A4, massa de modelar e pilotos coloridos, para que fosse feito algum desenho ou objeto, mesmo não sabendo escrever, mas que pudessem expressar o que eles entenderam ou observaram no decorrer do Círculo. Então, esse momento teve o objetivo de tentar responder as perguntas: “O que a pressão alta representa na minha vida?”; “Qual o significado que ela tem pra mim?”; “Se é uma coisa boa ou se é uma coisa ruim?” e “Se é um desafio que eu venço a cada dia?”, através das expressões elaboradas, pode-se avaliar as respostas a esses questionamentos.

A animadora do Círculo recebeu o desenho de todos, um de cada vez, e perguntou o que representavam individualmente, pois percebeu-se desenhos semelhantes e outros com demonstração de outras ideias, visto através das explicações, como:

...aqui é meu coração sofrido e esse boneco é o Jesus Cristo, que me ajuda muito...(Frésia).

...eu fiz uma coração, só que um lado maior que o outro...(Iris).

...eu fiz eu, uma mulher sofrida, depressiva, saiu aí, o que veio na cabeça saiu aí...(Azaléia).



Figura 6 - Participantes desenhando no momento de expressão.

Pode-se identificar que o método de Paulo Freire se afirma como, considerando que a investigação dos temas, prevê uma relação de diálogos, de participação e autonomia dos integrantes. Desvelando a realidade social, o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem as novas propostas de ação sobre o cotidiano de promoção da saúde (HEIDEMANN, 2014).

Como observado nas falas de Frésia e Iris suas preocupações com seu coração, pode-se comprovar que um fator de risco independente e importante para a doença cardiovascular, é

a hipertensão, decorre da relação direta entre morbidade e mortalidade cardiovascular e os valores da pressão arterial. Esta relação é mais evidente para o acidente vascular encefálico (AVE), mas também é presente para doença coronariana, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e renal. A hipertensão arterial (HA) aumenta o risco de AVE em sete vezes e o infarto do miocárdio em três vezes. Ademais, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca, e esta associada aos aneurismas em 60% a 80% dos casos (MONTEIRO, 2007).

A partir dessas respostas, pode-se perceber que a visualização da pressão arterial é diretamente relacionada ao coração, à maioria demonstrou através de desenhos de corações, que sua pressão arterial atinge-os. Foi observado que a presença da religiosidade está sempre acompanhando as pessoas para que se possa ter esperança e um amparo acolhedor. E por fim, teve destaque um desenho, que mostrou que as doenças mentais, como a depressão, atingem muito os idosos, deixando-os tristes e sem vontade de viver.



Figura 7 – Desenhos e modelagens realizados pelos participantes do Círculo.

Então esse momento foi realizado com o intuito de ver o que eles pensam quando se lembram da pressão alta e pude entender quais empecilhos podem estar dificultando a adesão ao tratamento. Através dos desenhos, muitos dizem coisas que querem transmitir ou que sentem e não sabem falar, isso pode ajudar o enfermeiro do serviço entender melhor o paciente, ajudando-os no seu tratamento.

No cuidado a esta clientela, sobressai o enfermeiro como o profissional responsável por tal cuidado ao acompanhá-la sistematicamente. Desta maneira, ele poderá colaborar na minimização das barreiras ao tratamento anti-hipertensivo, por meio de educação em saúde, através de orientações, incentivo, acolhimento, escuta qualificada, uso dos recursos disponíveis no serviço para complementar à assistência, valorização de suas dificuldades, medos e objeções ao tratamento (GUEDES, 2011).

Dando seguimento ao Círculo de Cultura, o **momento de problematização**, com a dramatização de situações enfrentadas no cotidiano de muitos idosos e reparando se alguém já vivenciou ou vivencia a mesma situação, enfatizando a problematização do caso.

Os sujeitos se reúnem no processo de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo. Representa uma situação-problema de situações reais, que leva á reflexão da própria realidade, para, na sequência, decodificá-la e reconhece-la (FREIRE, 2005).

Um membro da equipe se caracterizou como idosa para demonstrar duas situações que podem ocorrer com qualquer idoso, como avaliar o que os idosos sabem sobre esse assunto e como poderia resolver esse problema. Na primeira situação, ela dramatizou a dificuldade na hora de tomar o medicamento, sendo que ela toma dois medicamentos para pressão alta diariamente, mas que está confusa que horas tomar e quantos por dia cada um, pois um está causando muito sono nela. Durante a encenação, foi percebido o interesse pelo assunto, visto nas falas:

...a senhora vai ter que voltar novamente ao médico e perguntar, para que ele explique pra senhora, porque a senhora tá tomando muito forte, ele tá baixando a pressão da senhora demais e dando sono. Mas a senhora só pode fazer isso como eu tô falando, quando a senhora for no médico, porque não se pode misturar remédio...(Iris).

...você também pode levar a receita ao farmacêutico porque ele explica como é que toma, ele explica...(Dália).

...eu tava fazendo isso, tomando errado e ficava tontinha que nem segurava nas paredes, aí eu fui no médico de novo e ele mandou eu suspender o medicamento...(Frésia).

...se o remédio num deu certo, volte no seu médico de novo, não pode é ficar tomando e fazendo mal...(Azaléia).

Na segunda cena, ela questionou a dificuldade de entender o médico, a linguagem que ele usa ao explicar o tratamento medicamentoso e não saber se automedicar em casa, devido não entender as orientações ou por não perguntar suas dúvidas. Foi percebido que essa cena é bem comum entre os idosos, pelas suas indagações:

...quando eu vou ao médico, eu levo minhas filhas, pois eu não entendo nada que o médico fala e quando chego em casa não sei tomar o remédio sozinha...(Bromélia).

...eu tenho vários problemas de saúde, tendo que tomar vários medicamentos, sempre tenho que ter ajuda...(Erva Doce).

...eu quando não entendo eu retorno ao médico...(Iris).

Esses problemas relatados pelos idosos geram neles próprios uma posição de submissão ao profissional de saúde, pois aderem ao tratamento mediante as informações recebidas, tornando essa deficiência de relação com a equipe de saúde uma das dificuldades no controle a adesão efetiva ao tratamento. Mesmo assim ficou evidente a confiança que o paciente tem no médico que o assiste, fazendo menção à adesão, mediante as informações que o mesmo repassa, mesmo que insuficientes para eles (LESSA; JARDIM, 2006).

A partir das inquietações geradas pelo grupo, percebeu-se que para ter o controle da HAS é necessária a participação ativa dos hipertensos e coparticipação da família, dos profissionais da saúde. É importante que existam processos de educação em saúde, o comprometimento de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada a conscientização da população, desempenho dos programas de saúde na prática clínica, especialmente do SUS, a porta de entrada do maior número de hipertensos do país (LESSA, 2006).

A necessidade de um comprometimento de ambos os lados são fundamentais para que se possa exercer o direito de saúde, fortalecendo conquistas de espaço e conhecimento para dar continuidade à promoção da saúde. Tal como, essa relação entre profissional e cliente, visa proporcionar uma conscientização deste sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação da vida.

Para encerrar este Círculo de Cultura, a animadora finalizou com o **momento de síntese e avaliação**, onde foram entregues três plaquinhas de caras demonstrando sentimentos de felicidade, tristeza e dúvida, para que se pudesse avaliar todo o Círculo através da sua satisfação pelos momentos vivenciados.

Neste momento foi explicado o significado de cada cara, onde a placa com carinha de felicidade significava que gostou de participar, que está feliz e que entendeu o que se queria repassar. Na placa de cara de tristeza expressava que a pessoa não gostou e que a atividade não a deixou feliz e a última é a placa com cara de dúvida, que significava que a pessoa ficou com dúvida, mesmo tendo discutido e conversado.

Depois da escolha de uma única placa, cada um fixou a sua escolhida no mural da satisfação. Tendo no final um mural só de plaquinhas com as de felicidades, demonstrando a satisfação e prazer em ter participado do Círculo.



Figura 8 - Mural da Satisfação com todas as plaquinhas do grupo fixadas.

Entre os idosos, estas atividades podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado, crescimento pessoal e busca ativa de sua saúde. Sendo assim, impõe-se a reflexão sobre as atividades educativas grupais desenvolvidas nos serviços de saúde como fator que contribui para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos. Como também, sendo um grande suporte para o profissional enfermeiro durante suas práticas de promoção da saúde (MORAIS, 2009; TAVARES, 2012).

Para tanto, foi estabelecida como alicerce a educação declamada e poetizada na fala de Freire, de educação do agora e do amanhã; educação que propõe uma reflexão permanente da prática, perguntando, refazendo, indagando; educação que não é submissa nem opressora, que provoca os(as) educandos(as) a se constituírem sujeitos de sua história de vida, com o conhecimento crítico do real e com a alegria de viver (FREIRE, 2001).

Tal pedagogia propiciou uma abordagem interativa, na tentativa de reconhecer os idosos nas suas diversidades, fortalecendo as ações de cuidados com a saúde e possibilitando oportunidades de aproximação com a equipe de saúde como aprendizado horizontal para todo o grupo. Que a partir do compartilhamento de situações, ao dialogar e refletir a cerca dos pensamentos Freireanos foi possível estabelecer um cenário de educação em saúde. Lembrando que a educação em saúde é entendida como prática para transformação dos modos de vida, dos indivíduos e da coletividade, e conseqüentemente a promoção da qualidade de saúde.

5.2.3 Descrição e análise do 3º Círculo de Cultura

O terceiro Círculo começou com o **momento de acolhimento**, onde os idosos que estavam chegando a Unidade foram sendo recepcionados e identificados na lista dos nomes que foram convidados, sendo colocada uma pulseira com cores diferentes para cada pessoa, para que mais a diante do Círculo eles pudessem interagir ainda mais. Após o acolhimento, eram encaminhados para a sala, assim todos iriam se reunir para que acontecessem as atividades.



Figura 9 - Participante recebendo a pulseira do projeto.

A pesquisa interligada com a educação pode ser considerada como um instrumento de transformação que possibilita mudança de comportamento a partir de uma reflexão crítica da realidade vivenciada. Dessa forma, o círculo de cultura leva à conscientização do grupo, proporcionando a busca de um estilo de vida mais saudável e a mudança de comportamento (CECGANO, 2005; FREIRE, 1980).

As ações educativas grupais são incentivadas na ESF, pois acredita-se que favoreçam a participação, garantindo ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidirem sobre seus próprios destinos, e capacitem-nos para atuarem na melhoria de sua condição vivencial (SANTOS, 2012).

No **momento de sensibilização**, dando início ao Círculo, sendo a etapa de apresentação e investigação. Foi feita apresentação da animadora e de sua equipe, assim como a apresentação do grupo para a equipe; apresentando também, como iria funcionar o Círculo e foi combinado que todos participariam ativamente, através do diálogo com troca de opiniões e autonomia para seus questionamentos.

Foi pedido que os idosos que tivessem com pulseira de cores iguais sentassem próximos uns dos outros, para que conversassem e se conhecessem ainda mais, como também a apresentação pessoal para que a animadora possa chama-los pelo nome durante a atividade. Além disso, foi pedido que pensassem em uma mensagem ou frase de acolhimento ou de boas vindas que queriam compartilhar com todos. Podendo ser apreciado nas seguintes falas:

...gostei de ser convidada para vim para cá, gosto de participar de coisas boas que a gente aprende mais...(Mimosa).

...eu tô tão alegre aqui, que vocês num sabe minha felicidade...(Florência).

...eu agradeço muito por ter me convidado e ter ido na minha casa me chamar...(Flor de Laranjeira).

Os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a

vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social (TUBERO, 1999; CHACRA, 2002).

As falas demonstram carência e falta de ser lembrada para participar de atividades educativas que possam ensinar algo a mais para o cuidado com sua saúde. Que também se pode perceber que o grupo foi reunido através de alguns critérios de inclusão que os tornam semelhantes, deixando-os a vontade com o próximo para debater ou questionar ideias que eles vivenciam diariamente.

Dando continuidade a esse momento, onde a partir do relato dos problemas de saúde que o grupo vivenciava, foi projetado na tela, imagens de alimentos saudáveis e não saudáveis, a atividade física e os vícios que são prejudiciais à saúde. A partir dessa visualização, abriu-se o debate acerca do que se entendeu sobre as imagens, se essas imagens são da rotina ou são coisas que nunca tinham se deparado, sendo aberto para o diálogo, com ajuda da animadora nas intermediações, visto nas falas:

...eu fui professor de educação física, aí eu me aposentei, aí eu me desleixei, hoje eu tô ocioso, mas ainda caminho muito, a única coisa que faço ainda...(Gerânio).
 ...da alimentação eu sempre me cuido, eu num como fritura, tem comida que eu sei, mas se a gente num comer num dar pra sobreviver, de tirar massa, massa nenhuma posso tirar, o arroz é massa, o feijão é massa, o bolo é massa, o macarrão eu tô comendo agora só de 8 em 8 dias já pra evitar...(Magnólia).
 ...bebida é ruim, mas o cigarro é pior, mas eu já parei, nem café eu num tomo já pra evitar...(Jacinto).

Segundo Knuth et al. (2009), a vida sedentária provoca, literalmente, o desuso dos sistemas funcionais. O aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade entram em um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares, à perda da flexibilidade articular, além do comprometimento funcional de vários órgãos. O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças, como a HAS, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol e infarto do miocárdio.

Em função das mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, bem como da maior prevalência de doenças crônicas, estudos e recomendações mostram que uma alimentação adequada é uma das estratégias mais eficazes para a promoção da saúde, e que o consumo habitual de alimentos que contenham nutrientes essenciais reduz o risco de doenças

cardiovasculares, neoplasias e distúrbios nutricionais, como obesidade e desnutrição (WHITE, 2010).

Pelas falas observa-se que eles são conscientes sobre seus hábitos de vida que podem ser diretamente favoráveis ou prejudiciais a sua saúde, além da consciência de mudança dos hábitos que podem fazer a diferença no tratamento anti-hipertensivo. Para que isso ficasse mais claro, foi passado um vídeo educativo, onde esclareceu as principais indagações sobre a Hipertensão Arterial e como é feito seu tratamento correto. Em seguida foi questionado o que eles entenderam ou acharam sobre o vídeo, que podendo perceber através das falas:

...eu sou dominado por esse remédio, eu venho todo mês no posto buscar ele, pois se não eu não fico bem e só dar certo ele, outro não...(Crisântemo).

...o medicamento só pode ser tomado com prescrição médica...(Gerânio).

...a vizinha tomou, fulana tomou, mas eu num tomo não, só os que o médico me passa. Uma vez uma pessoa me ofereceu um comprimido pra dor no joelho, aí eu disse que num ia tomar não, eu só tomo remédio que o médico passa...(Magnólia).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas. O que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (HAYNES; FUCHS, 2004).

Além da hipertensão, a maioria dos idosos apresenta comorbidades que resultam em tratamentos complicados e onerosos que exigem muitos medicamentos para serem tomados várias vezes ao dia, gerando a polifarmácia. Ela é conceituada como o uso de cinco ou mais medicamentos e está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas, de precipitar interações medicamentosas, de ocasionar erros de medicação e de reduzir a adesão ao tratamento. No entanto, com o aumento das doenças crônicas, a polifarmácia é uma realidade irrefutável entre os idosos e os esforços para minimizar seus perigos devem ser intensificados, principalmente pelos profissionais de saúde durante a prática da prescrição e da dispensação dos medicamentos (WHO, 2003; SECOLI, 2010; GORARD, 2006).

Percebe-se pelas falas a preocupação do uso do medicamento e a importância dele ser prescrito pelo médico, mostrando que o uso irracional de medicamentos podem trazer transtornos para a saúde, além do risco da superdosagem ou uma reação adversa que pode apresentar. Portanto, eles são esclarecidos quanto à automedicação, seus riscos e contradições, tendo sempre o cuidado de buscar o médico ou serviço de saúde.

Em seguida, foi realizado o **momento de expressão** em que foram apresentados ao grupo os seguintes questionamentos: Tudo que foi mostrado aqui está relacionado aos

cuidados que cada um tem com sua saúde? E quais cuidados que se tem com a Hipertensão Arterial? Esses cuidados são comuns nas vidas de vocês?

Para estimular a condução de uma abordagem do tema gerador de reflexões críticas, foi entregue a cada participante uma folha A4 com canetinhas coloridas e massas de modelar, para que pudessem se manifestar através do desenho, de uma figura ou de uma modelação o que eles poderia dizer sobre as figuras projetadas na tela e o vídeo educativo que foi passado, sobre sua relação com a Hipertensão Arterial e seu tratamento, e também quais cuidados que eu realizo pra ter uma vida saudável.

A partir da realização dos desenhos e objetos modelados, destacou-se a necessidade de consultar e ouvir a opinião de cada participante sobre sua produção e, que falasse e mostrasse para todos o que significava o que estava querendo expressar, conforme pode ser apreciado na citação de alguns trechos de suas falas e imagem:

...eu fiz uma maçã que é uma fruta que faz muito bem pra saúde, uma banana e uma laranja, frutas que eu como muito e eu gosto. E eu fiz um coração que precisa ser cuidado...(Magnólia).

...eu sou um mau desenhista, mas desenhei um copo com um pouquinho de cachaça, a bebida alcoólica que faz mal a saúde. O ovo, quem tem colesterol alto, não pode comer. A cenoura, faz muito bem a saúde. O cigarro, é prejudicial à saúde...(Gerânio).

...eu tenho pressão alta, mantenho os medicamentos que o médico passou. Eu gosto de comer muito e comer comida forte, mas não faço nenhuma dieta. Faço caminhada todo dia da minha vida. Eu tenho insônia. Gosto de comer mão-de-vaca. E as frutas que eu gosto de comer é banana e mamão...(Gerbera).



Figura 10 - Participante desenhou e escreveu sobre a tematização proposta.

Como evidenciado, as mudanças no estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial se constituem talvez no maior dificultador da adesão ao tratamento, por envolver alimentação, atividade física, abstenção de bebidas alcoólicas e fumo. Na alimentação do brasileiro em geral é comum o uso de sal em quantidade superior ao recomendado, assim como de gorduras (BRASIL, 2009).

A modificação dos hábitos alimentares não é uma tarefa simples, pois se trata de um costume presente desde a infância, relacionado à origem étnica e a condição socioeconômica dos indivíduos (VIEIRA, 2014).



Figura 11 - Desenhos e modelagens feitas pelo grupo.

Pela percepção das falas e a visualização dos desenhos, pode-se observar que descreveram os hábitos e costumes que podem trazer danos à saúde. Além do mais, eles têm a preocupação de comer frutas e verduras, sabendo da importância que elas têm para o organismo do ser humano.

Por conseguinte, no **momento de problematização**, foi feita uma dramatização por um membro da equipe, na qual foram contadas duas situações que podiam ser cenas rotineiras para os idosos e através da encenação eles pudessem sintetizar como aconteceu isso nas suas vidas.

Na educação como prática da liberdade, estudante e professor são os protagonistas do processo, que juntos dialogam, problematizam e constroem o conhecimento; problematizar é exercer uma análise crítica sobre a realidade das relações entre o ser humano e o mundo. Para que isso ocorra, os sujeitos precisam voltar-se, dialogicamente, para a realidade mediatizadora, a fim de transformá-la e isso só é possível através do diálogo que é “desvelador da realidade” (MENEZES, 2010).

De acordo com os princípios de Freire é a partir da prática dialógica que o sujeito desenvolve suas potencialidades de comunicar, interagir, administrar e de construir o seu conhecimento desenvolvendo sua capacidade de decisão, humanizando-se. É com esta prática que o homem exercita o respeito às posições do outro, sendo esta o caminho para a formação da personalidade democrática. “O diálogo, como o encontro dos homens para a pronúncia do mundo, é uma condição fundamental para a sua real humanização” (FREIRE, 2001).

Então na primeira situação, o membro da equipe caracterizada de idosa, começou a falar do problema que ela passa, pois ela não sabe o modo de usar o medicamento anti-

hipertensivo, a hora certa de tomar e a quantidade de comprimidos. E ela relatou que morava sozinha e não tinha ninguém para ajudar. Como também, o medicamento que ela estava tomando estava provocando muito sono nela. Assim, o grupo começou a questionar e tentar achar uma solução visto nas falas:

...a senhora tem que obedecer a receita médica...(Gerânio).
 ...vixe e ela mora sozinha, aí num tem uma pessoa com a cabeça boa pra ensinar ela, aí fica difícil...(Mimosa).
 ...mas tem que tomar só um por dia porque é muito forte...(Jacinto).
 ...a senhora tem que tomar num é de 50mg por dia, pois tem que tomar um comprimido, se a senhora tomar dois comprimidos por dia, a senhora vai tomar 100mg...(Flor de Laranjeira).

O núcleo familiar é hoje um grande auxiliador na conscientização do paciente à adesão e manutenção dos níveis pressóricos e aderência ao tratamento. O idoso vivendo em um âmbito familiar estável, tendo o apoio da família tem maiores chances de aderir ao tratamento (SARAIVA, 2007; ARAÚJO, 2006; BEN, 2011).

Um fator relevante ao se notar uma dificuldade em entender a prescrição dos medicamentos e seus efeitos, aumentando assim o risco de complicações, releva-se aqui à necessidade do nível de escolaridade, sendo visto como nível cultural, com a finalidade de maior compreensão e conscientização da população em projetos facilitando o entendimento e a inserção do mesmo em grupos educativos (ANDRADE, 2002).

Através das falas pôde-se ver que eles têm noção da dosagem certa do medicamento, pois assim o medicamento vai fazer o efeito desejado na pressão arterial e não vai trazer nenhum efeito indesejado, como é a sonolência durante o dia. E também é bom lembrar, que se a pessoa não sabe ou não entende a prescrição médica, tem que pedir pra alguém que more com o idoso ou algum familiar que der o medicamento do modo correto.

Na segunda situação, a idosa relatou que ao consultar com o seu médico, que faz seu acompanhamento da HAS, que não entende o que ele a orienta, pois ele utiliza de uma linguagem científica e ela não entende, assim está deixando de vir nas consultas por esse motivo. Como precisa tomar os medicamentos, ela pede pra uma pessoa vir pegar e ela toma em casa, não sabendo o que o médico deseja que ela faça pra seu tratamento. Percebe-se nas falas, algumas soluções:

...você deveria chamar uma pessoa pra lhe acompanhar, uma irmã ou um parente, já que você não entende o que o médico fala...(Flor de Laranjeira).
 ...já aconteceu comigo, de eu não entender o que o médico falou, mas isso pode acontecer com qualquer outra pessoa...(Camélia).
 ...você podia chamar a sua agente de saúde para lhe acompanhar nas suas consultas, aí ela lhe explicaria...(Magnólia).



Figura 12 - Dramatização da problematização.

Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, portador de hipertensão, profissional de saúde, sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse processo certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que a “adesão ao tratamento anti-hipertensivo” seja alcançada (ARAÚJO, 2006).

Sobre essa outra situação, os idosos relataram muito antes de realizar os Círculos, durante a realização da entrevista do pré-teste, sendo que essa dificuldade é bastante comum e rotineira, sendo impedimento ao seguimento do tratamento anti-hipertensivo. Assim pelos questionamentos feitos, pode-se perceber que o idoso que não entende o que o médico ou outro profissional de saúde fale pra ele, isso faz com que ele não volte mais ao serviço de saúde e não der mais continuidade ao tratamento pelo fato de não saber como se cuidar.

Para finalizar esse Círculo de cultura, foi feito o **momento de síntese e avaliação**, que foi pedido pra os participantes avaliarem quanto à satisfação de terem participado do Círculo, através do recebimento de três placas com carinhas pra cada uma (felicidade, tristeza e dúvida). Que em seguida cada pessoa levantasse a sua plaquinha escolhida pra demonstrar seu sentimento e depois fixasse no mural da satisfação. Mas antes disso algumas pessoas falaram o que acharam do Círculo, como:

...o que eu aprendi é que a gente tem que tomar o remédio direito, tem que comer o que faz bem pra saúde, se alimentar direito, até na nutricionista eu fui e ela me ensinou como devo comer...(Altéia).

...é manter a boa alimentação, a atividade física e tomar o medicamento nos horários certos, tem que fazer sempre...(Gerânio).

...eu gostei da palestra do que a gente viu aí, tudo muito bom, sempre as orientações que dão pra a gente tudo é para o bem. Eu gostei, se eu puder eu participo novamente...(Magnólia).

Logo em seguida, foi escolhida a plaquinha sobre a satisfação de estar participando e se gostaram ou não. Cada pessoa fixou com o alfinete sua plaquinha no mural da satisfação. Sendo que a maioria (10 participantes) escolheu a plaquinha de feliz, duas pessoas escolheram as plaquinhas que estavam tristes e ninguém escolheu a plaquinha que estava na dúvida.

Para a promoção da saúde em idosos, na perspectiva da educação popular, parece ser uma ferramenta útil por utilizar conscientização e reflexão e pelo fato de a organização dos conteúdos e das ações ter como ponto de partida os conhecimentos trazidos pelos educandos e a realidade de cada grupo (FREIRE, 1982).

Para Freire, educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados. Esta linha de pensamentos converge para a intersetorialidade e interdisciplinaridade e é significativamente mais rica culturalmente e mais produtiva do ponto de vista do conhecimento (FREIRE, 1992; FERNANDES, 2010).

Encerrando esse Círculo, pode-se notar que a troca conjunta de saberes entre a equipe e os participantes do projeto, apresentou uma prática inovadora, que se depara com as barreiras culturais que possam dificultar no processo educativo ou enriquecer, pois cada indivíduo carrega vivências e estas se traduzem em grandes saberes. Porém, essa troca de experiências possibilita uma busca interior de cada um, superando as dificuldades pessoais identificadas, trazendo para cada participante e coletivamente, uma forma de construir o conhecimento crítico e reflexivo para adquirir qualidade de vida e saúde.

5.2.4 Descrição e análise do 4º Círculo de Cultura

Dando início ao quarto Círculo, onde foram recepcionados os idosos, dando-lhes uma pulseira com identificação do projeto, de cor alternada diferente a cada idoso que fosse chegando e a conferência do nome na lista dos idosos convidados.



Figura 13 - Participante sendo acolhida pelo membro da equipe.

Para que fosse realizado um acolhimento entre a animadora e o grupo, começou com a apresentação da animadora com sua equipe para o grupo, em uma demonstração verbal. Como também do grupo para a animadora e sua equipe, para isso foi dado um balão em cada grupo de idosos, onde iria tocar uma música e iam passando o balão de mão em mão, quando acabasse a música, a pessoa que ficasse com o balão na mão, teria que se apresentar e dizer como você estava se sentindo naquele momento. Ao término de cada rodada, todos poderiam falar e se apresentar. Podemos observar o efeito dessa atividade através das falas:

...eu tô muito feliz de estar aqui. Tá todo mundo reunido. Eu nunca tinha vindo à reunião aqui. Tá tudo bem, eu achei beleza...(Açucena).
 ...tô muito feliz em tá aqui nessa reunião tão linda e eu tô muito bem...(Brilhantina).
 ...eu tô feliz em tá aqui no meio de vocês. Eu tenho pressão alta e sou diabética, eu sou uma pessoa um pouco sofrida, mas hoje eu tô muito feliz em estar com meus amigos, já conheço todo mundo...(Madressilva).

O enfermeiro pode e deve promover atividades educativas grupais, em seu espaço de atuação, por meio da articulação intersetorial. Sendo assim, impõe-se a reflexão sobre as atividades educativas grupais desenvolvidas nos serviços de saúde como fator que contribui para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos (TAVARES, 2012).

Visto que foram participativos e não tiveram receio em falar, mostrando que o diálogo provocado por uma dinâmica trouxe uma quebra do padrão de apresentação, deixando-os mais a vontade em falar ao grupo e descontraindo-os nesse primeiro momento. Sendo assim realizado o **momento de acolhimento**.

Logo foi dado o início ao **momento de sensibilização**, sendo projetadas na tela algumas imagens (alimentos saudáveis e não saudáveis, a prática de exercícios físicos e os alguns vícios maléficos para o ser humano). Dando relevância a tematização proposta, que era sobre a Hipertensão Arterial e seu tratamento, uma doença comum ao grupo.

Foram projetadas as imagens para que os idosos observassem e depois fizessem uma relação com as suas vidas, respondendo a esses questionamentos: Se algumas delas se relacionam com a vida de vocês? Se essas cenas lembram suas vidas? Se vocês tem esses cuidados com a saúde? Se vocês realizam esses tratamentos? A partir da observação e da visualização, foi pedido que falassem sobre o que tinha sido exposto, se aquilo que foi visto se tinha semelhanças com suas vidas ou não, podendo observar pelas falas:

...sobre a alimentação, eu como muito peixe, o couve-flor e a pera, são alimentos muitos saudáveis, eu me alimento muito com eles, dizem que é muito bom para a pressão...(Madressilva).
 ...eu sou indicada pra fazer caminhada, mas eu nunca vou, eu sou muito mole pra fazer caminhada...(Brilhantina).
 ...eu não como muito sal pra evitar que a pressão suba e que eu tenha o controle, eu evito bastante coisas, eu tenho o colesterol alto, aí eu evito massa, gorduras, frituras,

essas coisas. Eu tomo a bandinha do meu remédio para a pressão na hora certa, aí assim eu vou levando a vida...(Brilhantina).
 ...eu tenho pressão alta, eu tenho osteoporose nos ossos e eu tenho arritmia no coração, aí agora mesmo eu escorreguei em um molhado lá em casa, aí eu caí e tô fazendo fisioterapia agora, com essa queda é quarta vez que caio, meus ossos são muito fracos. Eu tomo remédio pra pressão alta e arritmia, aí agora tô tomando pra coluna...(Vitória Régia).

A partir das falas de Madressilva e Brilhantina, podemos confirmar que a redução do consumo de sal nos alimentos é fundamental, pois além de reduzir os níveis tensionais, determina minimização da mortalidade por acidente vascular cerebral, contribui na regressão da hipertrofia ventricular esquerda e na diminuição da excreção urinária do cálcio, colaborando para a prevenção de osteoporose em idosos (LIMA, 2004; PIRES, 2008; SALGADO, 2003).

Como a Brilhantina falou que tem indicação pra atividade física, mas não vai por se sentir frágil, mostrando a consciência sobre as atividades físicas que influenciam na fisiologia de pessoas portadoras de hipertensão arterial, contribuindo para a redução dos níveis de pressão arterial. Desse modo, a não realização regular de atividade física por parte das pessoas portadoras da doença é uma barreira ao seu tratamento e controle da HAS, além de ser um importante fator de risco para lesões em órgãos alvo. Já os efeitos benéficos do exercício físico produzem bem-estar psicológico e podem ser aproveitados para reduzir o número de medicamentos e de suas doses (SOUZA, 2008; MEDINA, 2010).

Outro assunto retratado nas falas foi às quedas, pois a Vitória Régia contou ao grupo uma queda que ela sofreu em sua residência, sendo que não foi à primeira vez, que a partir do relato dela, é necessário dar ênfase a esse tema.

O passo fundamental para a prevenção das quedas é o reconhecimento e a correção dos fatores de risco envolvidos na sua ocorrência, e estes se dividem em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados com as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: idade, presença de múltiplas doenças crônicas, polifarmácia, depressão, diminuição da cognição, redução da capacidade funcional, entre outras. Enquanto os fatores extrínsecos estão relacionados com o meio ambiente e, também, possuem papel importante nos episódios de quedas (SCHIAVETO, 2008; AGUIAR, 2009).

Á medida que foi tendo as discussões entre os idosos, foi se mostrando o envolvimento de experiências sobre a alimentação, seus comportamentos com sua saúde e como seguem com o seu tratamento medicamentoso. Como também os riscos de quedas com idosos, que podem trazer mais prejuízos pra sua vida. Mostrando que são bem conscientes de um estilo de vida saudável e que tudo está relacionado ao seu tratamento.

Dando continuidade ao Círculo, foi realizado o **momento de expressão**, onde os participantes do grupo receberam folha de papel A4 com canetinhas coloridas e massa de modelar, para que pudessem desenvolver algo relacionado com a pressão alta e qual era a visão do idoso de como se tratar dessa doença. Foi dado um tempo para esse momento e em seguida foi recolhido todos os desenhos ou modelagens feitas, e pedido que explicassem o que significava aquela expressão, pelas falas e a imagem, podemos observar:

...eu fiz uma boneca que sou eu, o meu coração e os remédios que eu tomo...(Sálvia).

...eu fiz um aparelho pra medir a pressão...(Narciso).

...eu fiz meus comprimidos, que eu tomo muitos...(Amarílis).

...eu fiz dois pasteis, duas rosquinhas e duas maçãs...(Madressilva).

...um copo de água pra tomar os meus remédios...(Brilhantina).



Figura 14 - Desenhos e modelagens realizadas pelos participantes.

Baseando-se na premissa de que a conscientização é feita através do conhecimento das complicações e não do saber empírico da doença, e que esse é um grande desafio aos profissionais de saúde, no sentido de mudanças educacionais na adesão ao tratamento (RUFINO, 2012).

Através desse momento foi percebida a preocupação da alimentação e dos medicamentos para tratar a HAS, sendo a maioria dos desenhos direcionados para este fim. Mostrando como eles visualizavam o problema de saúde e o que faziam para trata-lo, demonstrando assim suas preocupações e criticidade para com o tratamento.

Sendo assim partimos para a próxima etapa do Círculo de Cultura, que é o **momento de problematização**, em que um membro da equipe se caracterizou de idosa, e se encontrava no meio do grupo o tempo todo. Visto que nesse momento, foi feita uma dramatização, demonstrando duas situações que ela passou e solicitou ao grupo ajuda para achar uma solução, relacionando com a problematização.

Na primeira situação, ela falou sobre a dificuldade de tomar o medicamento da HAS, em questão da dosagem certa e as reações que o medicamento está causando nela, como

palpitação e mal-estar. E, além disso, a pressão ainda continua alta. O que será que ela deve fazer? Foi questionado ao grupo sobre essa primeira situação, eles falaram:

...a senhora tem que ir no médico de novo, levar o remédio que ele passou e dizer que não está se sentindo bem...(Amarílis).

...pois precisa da receita que ele passou pra gente ver se está certo ou não e ver o modo de usar...(Açucena).

...ela tem que tomar dois comprimidos porque só um tá fraco e ficaria na dosagem que o médico pediu...(Brilhantina).



Figura 15 - Membro da equipe encenando as situações problemas.

Um dos maiores desafios do tratamento anti-hipertensivo é a adesão do paciente às recomendações terapêuticas estabelecidas pelos médicos. Seguramente, uma das razões para melhor adesão está centrada na quantidade de medicamentos utilizados e do número de tomadas diárias de cada um deles (GUPTA, 2010).

Nesta linha de pensamento, a mudança é capaz de acontecer quando o homem capta e compreende a realidade e não está reduzido a um mero espectador ou transformado em objeto, cumpridor de ordens pré-determinadas. Na concepção problematizadora, os sujeitos são partes essenciais do processo de aprendizagem (FREIRE, 2005).

Na segunda situação, ela fala que não entende o que o médico fala, devido ele usar uma linguagem mais científica, daí ela não entende as orientações sobre o seu tratamento. Ela fala também que não tem ninguém para acompanhá-la, pois mora sozinha. A partir dessa outra situação, foram observadas pelas falas, as sugestões propostas, como:

...é um problema grave, pode até ser que ela não volte mais no médico por causa disso, porque ela não entendeu...(Narciso).

...se ela tomar o remédio errado ela pode ter uma queda de pressão e passar mal, e ela mora sozinha, aí perigoso...(Russélia).

...cada um é um caso, cada um tem um problema diferente...(Sálvia).

O comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento. Pesquisas verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram maior redução dos níveis tensionais. Assim, a

presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA (HOMEDES, 1994; JARDIM, 1996).

Encontros frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (CLARCK, 2000).

A partir dessas situações podemos analisar as falas e perceber que esses problemas podem ocorrer com eles, que essa dificuldade, um ou outro já passou e que nem tudo é sem solução que de alguma forma dar pra ser solucionado e ao mesmo tempo conciliando o tratamento com as dificuldades que surgem durante o caminho. Necessitando pela animadora, que fosse estabelecido um compromisso de coerência no pensamento e na ação, exercendo uma escuta ativa, estimulando a participação de todos, problematizando e os desafiando a uma reflexão das situações propostas.

Para finalizar o Círculo de Cultura, foi proposto o **momento de síntese e avaliação**, no qual foi entregue três plaquinhas com carinhas (felicidade, tristeza e dúvida), cada idoso recebeu as três, para que ele fizesse uma reflexão sobre aqueles momentos vividos com o grupo e pudesse avaliar através de sua satisfação tudo o que estava sentindo. Em seguida, era solicitado que todos mostrassem sua escolha e fixasse no mural da satisfação a plaquinha escolhida. A maioria (09 idosos) levantaram a plaquinha de felicidade e somente dois participantes ficaram na dúvida, referindo que as deixou na dúvida por não deixarem de pensar nos problemas pessoais e não pelo os momentos vivenciados.



Figura 16 - Mural da Satisfação com todas as plaquinhas do grupo.

Para a promoção da saúde em idosos, a perspectiva de educação popular parece ser uma ferramenta útil por utilizar conscientização e reflexão e pelo fato de a organização dos

conteúdos e das ações ter como ponto de partida os conhecimentos trazidos pelos educandos e a realidade de cada grupo (FREIRE, 1979).

Quando a prática educativa surge de uma educação transformadora, fundamentada no diálogo e no exercício da consciência crítica, então, as mudanças aparecem como resultado de uma realidade em que as pessoas envolvidas no processo retornam participativas, a conscientização passa a ter sentido de auto-avaliação, crítica e reflexiva de sua prática de Educação em Saúde (MONTEIRO et al., 2005).

E essa ideia de estimular a participação dos sujeitos nas ações de saúde, a partir dos Círculos, é o maior ganho dessa intervenção, assim eles vão se sentir estimulados a buscar novos conhecimentos e cuidados com a saúde, proporcionando qualidade de vida e autonomia para mudanças de hábitos.

Logo, a aplicação do Círculo de Cultura para promover a educação em saúde, teve uma abordagem positiva e relevante para os participantes, de uma forma que eles se sentiram a vontade nas discussões e tiveram a oportunidade de dialogar, questionar, refletir e problematizar situações que fazem parte de suas vivências, trazendo pra eles uma autonomia pra enfrentar os desafios encontrados na busca da saúde.

6 DISCUSSÃO

A média de idade dos idosos que participaram do estudo foi de 69,3 anos, ou seja, um grupo que apresenta faixa etária elevada e que requer maior cuidado com o controle do tratamento. Pesquisas comprovam que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da PA, mostrando que existe uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2006; CESARINO, 2008).

Quanto à renda mensal foi identificada uma média de dois salários mínimos para a família a qual o idoso pertence, indicando um menor orçamento para um idoso que possui doença crônica. Estudos indicam que o baixo poder aquisitivo não só dificulta a sobrevivência como também o acesso aos medicamentos anti-hipertensivos. Nesse sentido, observa-se na literatura que os níveis econômicos mais baixos se associam a maior prevalência de HAS e exposição a fatores de risco para a elevação da pressão arterial (SANTOS, 2013; GOMES, 2010; FREITAS, 2012; PORTO, 2011; CUNHA 2012).

A maior parcela de idosos estudada pertence ao sexo feminino. Pôde-se perceber que o perfil apresentado pelos idosos do estudo reforça a maior presença da mulher idosa no serviço, chamando a atenção para o estímulo à participação dos idosos do sexo masculino. Outros estudos apontam para o fato das mulheres buscarem tratamento como um reflexo cultural motivado pela forma como são organizados os serviços de saúde (horário de atendimento, localização) e pela maior expectativa de vida da mulher em relação ao homem atribuída à proteção cardiovascular e pelo menor consumo de tabaco e álcool (PORTO, 2011; GOMES, 2007).

Os idosos apresentavam baixo nível de escolaridade, um importante fator para o autocuidado e determinante no processo saúde-doença, mostrando ser também influência para outros fatores, como de ordem social. Os indivíduos de baixa escolaridade e com doenças crônicas apresentam dificuldades tanto no entendimento da receita como nas informações obtidas na da bula do medicamento no que diz respeito à dosagem correta, indicações, contraindicações e advertências, uma vez que essas limitações de compreensão aumentam o risco de erros com a medicação (PERSELL, 2013; WILLIAMS, 2012).

Assim a baixa escolaridade observada pode prejudicar a mudança de comportamento ao dificultar o entendimento das orientações dadas, e, por isso, merece atenção especial dos profissionais (FREITAS, 2012).

De acordo com os dados referentes à raça, 58,9% eram de raça parda. A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem

simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (BRASIL, 2010; LESSA, 2006).

Com relação ao estado civil, os idosos casados apresentaram maior frequência na amostra do estudo, destacando o apoio familiar fundamental para seguir o tratamento. Podemos inferir que o apoio formal ou informal que pessoas recebem de seus pares pode melhorar a adesão ao tratamento. Pessoas com companheiros apresentam duas vezes mais chances de aderirem ao tratamento quando comparadas àquelas sem companheiros (CENATTI, 2013).

A adesão ao tratamento da hipertensão apresenta-se como um grande desafio para os idosos e os fatores socioeconômicos podem interferir na adoção de comportamentos favoráveis ao controle da doença. Desta forma, os resultados deste estudo poderão contribuir para que os enfermeiros possam definir planos de cuidado que atendam às necessidades dos idosos, respeitando o perfil socioeconômico e suas particularidades.

Ao analisar os dados obtidos acerca do LS, observou que a maioria dos idosos se encontrava satisfeito com a primeira informação adquirida sobre sua saúde, demonstrando que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde são claras e utilizam uma linguagem de fácil compreensão para os idosos e assim possam voltar com mais assiduidade para o acompanhamento e controle de sua doença crônica.

Um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais. As visitas frequentes também proporcionam mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar dos pacientes, com possível redução da ansiedade e do estresse (GUERRA-RICCIO, 2001).

Quanto à busca de outra fonte de informação, os idosos dos dois grupos aumentaram a frequência no pós-teste, mostrando assim o maior interesse de buscar mais informações sobre a saúde, fazendo um paralelo de opiniões para assim ajudar na melhor conduta a ser tomada e estímulo para mudanças no estilo de vida.

O conhecimento pode ser um meio de fortalecimento pessoal e de controle do indivíduo sobre sua própria saúde. A fim de apoiar as decisões em saúde e mudanças no contexto de vida dos indivíduos, as informações devem ser acessíveis e adequadas às necessidades dos usuários, de acordo com o contexto social e cultural no qual estão inseridos (ROOTMAN, 2005; NUTBEAM, 2000; ISHIKAWA, 2010).

Quanto à compreensão das informações, ambos os grupos consideraram fáceis de entender, sendo de grande importância essa variável, por facilitar para o idoso a realização do autocuidado e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Sendo relevante a identificação das

melhores medidas de intervenção, na qual possa ser utilizada para o grupo dessa faixa etária e o cliente ao receber essas informações, as compreenda e coloque em prática no seu cotidiano.

As políticas públicas de saúde devem viabilizar o acesso do idoso às unidades básicas, promovendo a acessibilidade aos serviços propostos a este usuário, e estratégias que motivem a participação deste. Portanto, dessa forma a instituição estará contribuindo para a adesão do cliente às condutas de prevenção e/ou de controle dos problemas de saúde (GUSMÃO, 2001).

Quanto às palavras que ouviram, a maioria nunca escutou palavras que não entendeu, evidenciando que os profissionais de saúde estão utilizando palavras ou expressões que sejam entendidas pelo público-alvo, facilitando a assistência a esse idoso e a fim de que se alcance um maior comprometimento dos pacientes e se obtenham resultados mais eficazes nas ações de promoção da saúde.

Todavia, os profissionais de saúde devem estar atentos para estas situações, buscando adequar o vocabulário e esclarecer possíveis divergências relatadas pelos usuários (PASKULIN, 2012).

Cabe enfatizar que, quando a alfabetização em saúde das pessoas idosas é estudada, torna-se necessário considerar a relação existente entre a mesma e os níveis de saúde, as disparidades em saúde, o acesso ao cuidado, à compreensão das informações e a tomada de decisões. É necessário perceber também que as habilidades de alfabetização em saúde são distintas em contextos e situações de vida diferentes. Portanto, deve-se reconhecer que a alfabetização em saúde pode tanto ser uma forma de melhorar a saúde das pessoas, inclusive da população idosa, quando pensamos em ampliar as estratégias de saúde para elas (MANCUSO, 2009; ROOTMAN, 2006; PASKULIN, 2011).

Foi observado que para a adesão ao tratamento há necessidade de uma educação em saúde eficaz, com a formação de grupos educativos que possam atrair os idosos para adquirirem uma visão mais ampla sobre sua saúde, como o Círculo de Cultura, baseado na pedagogia libertadora de Paulo Freire.

Esta intervenção educativa foi utilizada para promover Educação em Saúde, pois se trata de uma metodologia que permite aos indivíduos dialogarem abertamente sobre sua vida. O Círculo de Cultura favorece o aprendizado rápido, contextualizado à realidade dos educandos, no qual existe uma inter-relação que proporciona liberdade e crítica acerca do assunto abordado, resultando em um grupo mais participativo nos debates, diálogos e trabalhos em conjunto, e também é utilizado como um itinerário de pesquisa (BEZERRA, 2006; FREIRE, 1999).

Além de articular discussões sobre a problematização da hipertensão, os círculos propiciaram a formulação de um pensamento crítico e reflexivo para cada idoso acerca de como lidar com as situações-problema vivenciadas no cotidiano de seu tratamento. Como também, foi notado que os grupos educativos se caracterizaram como uma ferramenta positiva no incentivo a adequação de alguns comportamentos e promoveram melhoria dos níveis pressóricos.

O exercício de uma prática educativa crítica constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação e integra uma atitude de inovação, na crença de que é possível mudar (FREIRE, 2005).

Assim, quanto mais conscientizadas as pessoas se tornam mais ampliam sua competência política para ser anunciadores e denunciadores, tendo como imperativo ético a desocultação da verdade, procurando desnudar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas (FREIRE, 1980).

Como também entende-se que o Círculo de Cultura é eficaz na promoção do Letramento em Saúde para os idosos, que desenvolve uma perspectiva individual, respeitando a trajetória e o conhecimento dos sujeitos e valorizando as possibilidades de trocas entre os mesmos. O LS é uma informação vital na promoção de melhores desfechos de saúde e uma ferramenta fundamental na eliminação das disparidades de saúde (SANTOS, 2012).

Os resultados deste estudo evidenciam a importância dessa estratégia e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na Promoção da Saúde e do Letramento em Saúde desses idosos. Assim, o enfermeiro pode utilizar esse método nas suas práticas para promover mudanças mais eficazes no estilo de vida, propiciar a formação de multiplicadores de opiniões e que seja um complemento de intervenção para a educação em saúde.

Através do Círculo de Cultura pode-se proporcionar aos idosos uma experiência que promove autonomia e emancipação do sujeito crítico-reflexivo, deixando-os mais participativos para exteriorizar suas opiniões e dúvidas, além de transformar suas realidades a partir da adoção de novos hábitos de vida.

7 CONCLUSÃO

O Círculo de Cultura foi eficaz como promotor do letramento em saúde dos idosos, a partir dos resultados positivos obtidos que sinalizam tratar-se de uma metodologia que incentiva a transformação de hábitos de vida e estimula o pensamento crítico-reflexivo sobre sua saúde.

Pode-se perceber que o Círculo de Cultura promove resultados significativos quanto ao tratamento da hipertensão arterial nos idosos, como a conscientização para participação ativa e maior criticidade.

Assim, os idosos relataram em estar satisfeito com a primeira informação adquirida pelo profissional de saúde, aumentaram a frequência pela procura por outras fontes de informação, relataram facilidade em entender as informações recebidas e a maioria nunca escutou palavras que não entendeu. A partir desses resultados, o enfermeiro que atua na atenção primária pode utilizar essas informações e desenvolver planos de assistência ao idoso, realizando uma prática de enfermagem holística.

Além disso, os Círculos de Cultura trouxeram para a equipe e os idosos do estudo, uma transformadora estratégia de educação em saúde que a cada círculo se renovou e possibilitou o fortalecimento do letramento em saúde para todos os participantes, pois essa pedagogia abordada dá posições iguais a todos para que possam tomar decisões sobre a saúde. Conseqüentemente, é necessária a continuidade dos Círculos para assim alcançar resultados mais abrangentes e ao repeti-los melhorar o conhecimento dos idosos acerca do processo saúde-doença.

Ao utilizar a problematização, propõe-se o fortalecimento de uma prática educativa capaz de instigá-los a sentirem-se capacitados e estimulados à busca e adesão de novos conhecimentos no campo da educação, evidenciou-se uma necessidade de ação, configurada por eles como metas a serem alcançadas. Assim, os Círculos de Cultura de Paulo Freire, configuram-se como estratégia fundamental no tocante ao envolvimento dos idosos com a discussão da temática relativa à promoção do letramento em saúde.

Dessa maneira, o Círculo de Cultura proporciona um efeito animador para o educador em saúde como para o próprio participante, visto através do engajamento e a melhoria nos resultados buscados. Logo, este método difunde uma nova ideia de como promover saúde, sem querer obrigar as pessoas a entender algo sem ao menos questionar essa dúvida dentro delas.

Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros possam definir essa estratégia para a realização de novas pesquisas e intervenções educativas que contribuam para o

aumento da efetividade das ações desenvolvidas para o controle da hipertensão. Como também, promover a educação em saúde junto com o idoso, levando em consideração todos os seus aspectos importantes para o processo de envelhecimento.

Deste modo, o Círculo de Cultura é uma metodologia que proporciona aos idosos usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) o diálogo sobre suas experiências de vida e favorece o aprendizado. Por conseguinte, os resultados deste estudo evidenciam a importância dessa estratégia de educação em saúde e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na promoção da saúde e do letramento em saúde de idosos hipertensos.

Portanto, propõe-se uma reflexão sobre as atividades educativas grupais desenvolvidas nos serviços de saúde como fator que contribui para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos. Desse modo, a realização de futuras investigações deve ser empreendida no sentido de aprofundar esta temática e de permitir outras oportunidades para produção de conhecimento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. F; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI / UERJ. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.12, n.3, p.391-404, 2009.
- ALMEIDA, S. P; SOARES, S. M. Learning through diabetes operative groups: an ethnographical approach. **Cienc Saúde Coletiva.**, v.15, n.1, p.1123-32, 2010.
- ALMEIDA, E. A; MADEIRA, G. D; ARANTES, P. M. M; ALENCAR, M. A. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.13, n.3, p.435-44, 2010.
- ANDRADE, J. P; VILAS-BOAS, F; CHAGAS, H; ANDRADE, M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq Bras Cardiol.**, v.79, n.4, p.375-84, 2002.
- ARAÚJO, G. B; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletrônica Enferm.**, v.8, n.2, p.259-72, 2006.
- BEN, H. J, NEUMANN, C. R; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saude Publica.** v.46, n.2, p.279-89, 2012.
- 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 Saude Pública.**, v.24, n.12, p.2979-84, 2008.
- BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire.** – 7ª. ed. - São Paulo: Brasiliense, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus.** Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família.** Instituto para o desenvolvimento da saúde – IDS, Universidade de São Paulo-USP. Fundação Telefônica. São Paulo, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, Ministério da Saúde; p.64, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename.** 7ª.ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CSN 466/12)**. Brasília, DF, 2012.

CARNEIRO, R. S; FALCONE, E; CLARK, C; DEL PRETTE, Z; DEL PRETTE, A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol Reflex Crít**, v.20, n.2, p.229-37, 2007.

CATRIB, A. M. F; PORDEUS, A. M. J; ATAÍDE, M. B. C; ALBUQUERQUE, V. L. M; VIEIRA, N. F. C. **Promoção da Saúde: saber fazer em construção**. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; p.31-8, 2003.

CHACRA, F. C. **Empatia e comunicação na relação médico-paciente: uma semiologia autopoiética do vínculo**. [tese]. Campinas-SP: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2002.

CLARK, M. J; CURRAN, C; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nurs.**, v.17, n6, p.452-9, 2000.

CECAGNO, D; SIQUEIRA, H. C. H; VAZ, M. R. C. Falando sobre pesquisa, educação e saúde na enfermagem. **Rev Gaúch Enferm.**, v.26, n.2, p.154-60, 2005.

CESARINO, C. B; CIPULLO, J. P; MARTIN, J. F; CIORLIA, L. A; GODOY, M. R; CORDEIRO, J. A. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto-SP. **Arq Bras Cardiol.**, v.91, n.1, p.31-5, 2008.

CENATTI, J. L; LENTSCK, M. H; PREZOTTO, K. H; PILGER, C. Caracterização de usuários hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **REAS**. v.2, n.1, p.21-31, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. - 3ª ed. - Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, P. R; BRANCO, D. R; BERNARDES, A. C; AGUIAR, M. I; ROLIM, I. L; LINARD, A. G; Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Rev Pesq Saude**. v.13, n.3, p.11-6, 2012.

DALL'AGNOL, C. M; RESTA, D. G; ZANATTA, E; SCHRANK, G; MAFFACCIOLLI, R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.28, n.1, p.21-6, 2007.

DIAS, V. P; SILVEIRA, D. F; WITT, R. R. Health education: primary health care workgroups. **Rev. APS.**, v.12, n.2, p.221-7, 2009.

DOSSE, C; CESARINO, C. B; MARTIN, J. F. V; CASTEDO, M. C. A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**; v.17, n.2, p.201-206, março-abril, 2009.

DOURADO, C. S; COSTA, K. N.F. M; OLIVEIRA, J.S; LEAEBAL, O.D.C.P; SILVA, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de

João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.33, n.1, p.9-17, 2011.

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.**, Brasília, DF, v.63, n.4, p.567-73, jul-ago, 2010.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** -3ª ed.- São Paulo: Ed. Moraes; 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido.** -18ª ed.- Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

_____. **Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação.** In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; p.34-41, 1999.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** -31ª. ed.- Rio de Janeiro-RJ: Paz e terra; 2005.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido.** -3ª. ed.- Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

_____. **Professora sim, tia não, Cartas a quem ousa ensinar.** São Paulo: Olho D' água; 1993.

_____. **Pedagogia do oprimido.** -18ª. ed.- São Paulo: Paz e Terra; 2001.

_____. **Pedagogia do oprimido.** -11ª. ed.- Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

_____. **Educação e mudança.** -24ª. ed.- Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

FREITAS, L. C; RODRIGUES, G. M; ARAÚJO, F. C; FALCON, E. B; XAVIER, N. F; LEMOS, E. L; PIRES, C. A. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v.7, n.22, p.13-9, 2012.

FUCHS, S. C; CASTRO, M. S; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Hipertens.**, v.7, n.3, p.90-3, 2004.

FURLANETTI, M. P. F. R. **Compartilhando experiências: dialogando coma prática da alfabetização.** Canal 6. Bauru, SP, 2009.

GUEDES, M. V. C; ARAUJO, T. L; LOPES, M. V. O; SILVA, L. F; FREITAS, M. C; ALMEIDA, P. C. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.64, n.6, p.1038-42, nov-dez, 2011.

GUERRA-RICCIO, G. M. **Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influência da frequência do atendimento** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

GOMES, T. J; SILVA, M. V; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens.**, v.17, n.3, p.132-9, 2010.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saude Publica.** v.23, n.3, p565-74, 2007.

GORARD, D. A. Escalating polypharmacy. **QJM.**, v.99, n.11, p.797-800, 2006.

GOTTLIEB, A; STEIN, G. Y; RUPPIN, E; SHARAN, R. Predict: a method for inferring novel drug indications with application to personalized medicine. **Mol Syst Biol.**, Israel; v.7, p.496, 2011.

GUPTA, A. K; ARSHAD, S; POULTER, N. R. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. **Hypertension.** v.55, n.2, p.399-407, 2010.

GUSMÃO, R. B; MELCHIOR, R; FACCIN, C. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol.**, v.76, n.5, p.349-54, 2001.

HAYNES, R. B; MCDONALD, H; GARG, A. X; MONTAGUE, P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

HEIDEMANN, I. T. S. B; WOSNY, A. M; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciências & Saúde Coletiva;** v.19, n.8, p.3553-3559, 2014.

HOMEDES, N; UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. **Bon Sanit Panam.**, v.116, p.518-34, 1994.

ISHIKAWA, H; KIUCHI, T. Health literacy and health communication. **Biopsychosoc Med.**, v.4, n.18, 2010.

JARDIM, P. C. B. V; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n.1, p.26-9, 2006.

JARDIM, P. C. B. V; SOUSA, A. L. L; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina;** Ribeirão Preto, SP. 1996; v.29, n.2/3, p.232-8, 1996.

JEKEL, J. F; ELMORE, J. G; KATZ, D. L. **Epidemiologia, estatística e medicina preventiva.** -2ª. ed.- Porto Alegre: Artmed; 2005.

KANJ, M; MITIC, W. Promoting health and development: closing the implementation gap. In: 7th **Global Conference on Health Promotion;** 2009.

KNUTH, A. G; BIELEMANN, R. M; SILVA, S. G; BORGES, T. T; DUCA, G. D; KREMER, M. A. M; PEDRO, C; HALLAL, P. C; AIRTON, J; ROMBALDI, A. J; AZEVEDO, M. R. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e

tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**; v. 25, n. 3, p. 513-520, 2009.

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.

LEITE, M. T; BATTISTI, I. D. E; BERLEZI, E. M; SCHEUER, A. I. Elderly urban residents and their family and social support networks. **Texto & Contexto Enferm.**, v.17, n.2, p.250-7, 2008.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

LESSA, I; MAGALHÃES, L; ARAÚJO, M. J; ALMEIDA-FILHO, N; AQUINO, E; OLIVEIRA, M. M. C. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.87, n.6, p.747-756, 2006.

LIMA, L.O. **Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos.** In: Lima LO. Tecnologia, educação e democracia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; p.175-6, 1979.

LIMA, T. M; BUCHER, J. S. N. F; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e praticas. **Cad Saude Publica.** v.20, n.4, p.1079-87, 2004.

LINO, A. I. A; LOPES, C. L. R; MARQUES, E.S; SANTOS, M. A. M; MORAIS, N. H. F. O trabalho da enfermagem no rastreamento da hipertensão arterial em crianças e adolescentes de uma escola da rede publica de Goiânia-Goiás. **Rev Eletr Enf.**, v.6, n.2, p.298-302, 2004.

LOUREIRO, C. F. B; FRANCO, J. B. Aspectos teóricos e metodológicos do círculo de cultura: uma possibilidade pedagógica e dialógica em educação ambiental. **Ambiente & Educação**; v.17, n.1, p. 11-27, 2012.

MACHADO, M. F. A. S; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.2, março-abril, 2009.

MADEIRA, A. B; LOPES, M; GIAMPAOLI, V; SILVEIRA, J. A. G. Análise proposicional quantitativa aplicada à pesquisa em administração. **Double Blind Review**, São Paulo, 2011.

MANCUSO, J. M. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. **Nurs Health Sci.**, v.11, n.1, p.77-89, 2009.

MEDEIROS, A. R. C; VIANNA, R. P. T. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. **Temas em Saúde**, v.6, n.30-41, p.5-13, 2006.

MEDINA, F. L; LOBO, F. S; SOUZA, D. R; KANEGUSUKU H, H; FORJAZ, C. L. M. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens.**, v.17, n.2, p.103-06, 2010.

MENEZES, M. G; SANTIAGO, M. E. Um estudo sobre a contribuição de Paulo Freire para a construção crítica do currículo. **Espaço do Currículo**. v.3, n.1, p.395-402, Março-Setembro, 2010.

MERHY, E. R. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, I. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. -8ª. ed.- São Paulo: Hucitec, p.117-160, 2006.

MONTEIRO, E. M. L. M; ROLIM, K. M. C; MACHADO, M. F. A. S; MOREIRA, R. V. O. A visão ecológica: uma teia na enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**; v.58, n.3, p.341-4, 2005.

MONTEIRO, M. F; SOBRAL, F; SALES, C. S; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.2, p.157-63, 2007.

MORAIS, O. N. Groups of elderly: action of psicogerontology in the preventive approach. **Psicol Cienc Prof.**, v.29, n.4, p.846-55, 2009.

MUNARI, D. B; LUCCHESI, R; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Cienc Cuid Saúde.**, v.8, p.148-54, 2009.

NERI, A. L; SOMMERHALDER, C. **As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador**. In: Neri AL, organizadora. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; p. 9-62, 2001.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot., Int.**, v.15, n.3, p.259-67, 2000.

OLIVEIRA, M. W. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos**. Pesquisa realizada como parte das atividades do pós-doutorado efetuado na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, E. A; BUBACH, S; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Rev Enferm.**, UERJ. v.17, n.3, p.383-7, 2009.

OLIVEIRA, C. J; MOREIRA, T. M. M; Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev Rene.**, v.11, n.1, p.76-85, 2010.

OLIVEIRA-FILHO, A. D; BARRETO-FILHO, J. A; NEVES, S. J. F; LYRA JR, D. P. 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.649-658, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde /FIOCRUZ. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

PADILHA, P. R. **Currículo intertranscultural: por uma escola curiosa, prazerosa e aprendente.** Tese (Doutorado em Educação) — Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2003.

PASKULIN, L.M.G.; AIRE, S.M.; VALER, D.B.; MORAIS, E.P.; FREITAS, I.B.A. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.2, p.271-7, 2011.

PASKULIN, L. M. G; BIERHALS, C. C. B. K; VALER, D. B; AIRES, M; GUIMARÃES, N. V; BROCKER, A. R; LANZIOTTI, L. H; MORAIS, E. P. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.1, p.129-35, 2012.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C.; DIAS, A.M.I.; CABRAL, L. A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 2012.

PERSELL, S. D; EDER, M; FRIESEMA, E; CONNOR, C; RADEMAKER, A; FRENCH, D. D; KING, J; WOLF, M. S. EHR-based medication support and nurse-led medication therapy management: rationale and design for a three-arm clinic randomized trial. **J Am Heart Assoc.**, v.2, n.5, 2013.

PIERIN, A. M.G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.** - 1ª. ed. - Barueri: Manole Ltda., 2004.

PIERIN, A. M. G; STRELEC, M. A. M; MION JUNIOR, D. **O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento.** In: Pierin AMG e coordenadora. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole Ltda; p.275-89, 2004.

PIRES, C.G; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Cienc Saude Coletiva.** v.13, n.Sup 2, p.2257-67, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** - 7ª. ed. - Porto Alegre: Artmed. p.669, 2011.

PORTO, L. K; CADETE, L. V; NASCIMENTO, M. B; FREIRE, M. N; DIAS, W. T; ALMEIDA, N. A. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos e/ou diabéticos de unidades da Estratégia de Saúde da Família/ESF, do município de Governador Valadares – MG. **Rev Cient FACS.** v.13, n.14, p.87-92, 2011.

REIS, V. O. M; SANTOS, J. N. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v.17, n.1, p.113-4, 2011.

RODRÍGUEZ, C. A; KOLLING, M. G; MESQUITA, P. Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Rev. Bras. de Educação Médica**, v.31, n.1, p.60-66, 2007.

RODRÍGUEZ, G. M. A; ARREDONDO, H. E; HERRERA, C. R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.20, n.2, p.296-306, 2012.

ROOTMAN, I; RONSON, B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? **Can J Public Health**. v.96, n.2, p.62-77, 2005.

ROOTMAN, I; FRANKISH, J; KWAN, B; ZUMBO, B; KELLY, K; BEGORAY, D. **The development and validation of measures of “health literacy” in different populations**. Vancouver/ Victoria: University of British Columbia/University of Victoria; 2006.

RUFINO, D. B. R; DRUMMOND, R. A. T; DE MORAES. W. L. D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.4, p.336-42, 2012.

SALGADO, C. M; CARVALHAES, J. T. A. Hipertensão arterial na infância. **J Pediatr.**, v.79, n.Sup 11, p.115-24, 2003.

SANTOS, M. V. R; OLIVEIRA, D. C; ARRAES, L. B; OLIVEIRA, D. A. G. C; MEDEIROS, L; NOVAES, M. A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, SP; v.11, n.1, p.55-61, 2013.

SANTOS, I. B; GOMES, L; MATOS, N. M; VALE, M. S; SANTOS, F. B; CARDENAS, C J; ALVES, V. P. Oficinas de estimulação cognitiva adaptadas para idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF; v.65, n.6, p.962-8, 2012.

SANTOS, J. C; FLORÊNCIO, R. S; OLIVEIRA, C. J; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev Rene.**, Fortaleza-CE; v.13, n.2, p.343-353, 2012.

SARAIVA, K. R. O; SANTOS, Z. M. S; LANDIM, F. L. P; LIMA, H. P; SENA, V. L. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & Contexto Enferm.**, v.16, n.1, p.63-70, 2007.

SCAIN, S. F; SANTOS, B. L; FRIEDMAN, R; GROSS, J. L. Type 2 diabetic patients attending a nurse educator have improved metabolic control. **Diabetes Res Clin Pract.**, v.77, n.3, p.399-404, 2008.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.1, p.136-40, 2010.

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

SILVA, L. F; DAMASCENO, M. M. C; MOREIRA, R. V. O. Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.54, n.3, p.475-81, julho-setembro, 2001.

SILVA, T. B. L; OLIVEIRA, A. C. V; PAULO, D. L. V; MALAGUTTI, M. P; DANZINI, V. M. P; YASSUDA, M. S. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.14, n.1, p.65-74, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v.95, n.1 supl.1, p.1-51, 2010.

SOUZA, J. A; FRANCA, I. S. X. Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.6, p.816-21, 2008.

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.

TORREZAN, R. M; GUIMARÃES, R. B; FURLANETTI, M. P. F.R. A importância da problematização na construção do conhecimento em saúde comunitária. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, RJ, v.10 n.1, p.107-124, mar./jun., 2012.

TUBERO, A. L. A linguagem do envelhecer: saúde e doença. **Distúrbio de Comunicação.** v.10, p.167-76, 1999.

VIEIRA, L. B; CASSIANI, S. H. B. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. **Rev Bras Cardiol.**, v.27, n.3, p.195-202, maio/junho, 2014.

WHITE, H. J. **Condições funcionais para alimentação, estado nutricional, perda de peso e auto avaliação de saúde em idosos comunitários: dados do FIBRA.** Campinas [dissertação de Mestrado]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2010.

WILLIAMS, A; MANIAS, E; WALKER, R; GORELIK, A. A multifactorial intervention to improve blood pressure control in co-existing diabetes and kidney disease: feasibility randomized controlled trial. **J Advanced Nursing.** v.68, n.11, p.2515–25, 2012.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. **Health literacy: part 2 evidence and case studies.** Geneva: World Health Organization, UNESCO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Nutrition: An essential element of a Health Promoting School.** Geneva: World Health Organization, UNESCO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: World Health Organization, UNESCO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados*

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

IDENTIFICAÇÃO
NOME
ENDEREÇO
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
Sexo: 1 ()M 2 ()F
Idade: _____ anos
Nível de Instrução:
1 () Alfabetizada
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 Completo
8 () Ens. Superior incompleto
9 () Pós- graduação
10 () Não frequentou escola
Raça/ Cor:
1 () Branca
2 () Preta
3 () Parda
4 () Amarela
5 () Indígena
6 () NRA
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
4 () Desquitado(a)/Divorciado(a)

*Adaptado de Rodrigues (2012)

PARTE 2: AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

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
- frequentemente 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).

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – Participantes o 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 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. Participação 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.

Picos, ____/____/____.

O (a) voluntário (a)

A pesquisadora



ANEXO

ANEXO A - Comprovante de Aprovação

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.

Específicas: 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 intervenção; 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: Pólo III T0200		CEP: 60.430-270	
UF: CE	Município: FORTALEZA		
Telefone: (85)3368-8344	Fax: (85)3323-2460	E-mail: conspe@ufc.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 401.044

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.

Específicas: 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 intervenção; 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
Barra: Monte Tiro/CE CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (05)3308-8344 Fax: (05)3303-2460 E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Contribuição do Proctor: 401,244

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2013

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.230-370
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3389-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** conep@ufc.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Ingrid Holanda Guedes,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
“CÍRCULO DE CULTURA COMO PROMOTOR DO LETRAMENTO
EM SAÚDE DE IDOSOS HIPERTENSOS”
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 25 de NOVEMBRO de 20 15.

Ingrid Holanda Guedes
Assinatura

Ingrid Holanda Guedes
Assinatura