

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

KELLIANE DE MOURA COSTA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS HIPERTENSOS**

PICOS – PIAUÍ

2015

KELLIANE DE MOURA COSTA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS HIPERTENSOS**

Trabalho de conclusão de Curso submetido ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Laura Maria Feitosa Formiga

PICOS – PIAUÍ

2015

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca José Albano de Macêdo

**C8373a** Costa, Kelliane de Moura  
Adesão ao tratamento de idosos hipertensos / Kelliane de Moura  
Costa. – 2015.  
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (59 f.)  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do  
Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Profa. Ma. Laura Maria Feitosa Formiga

1. Hipertensão-Idosos. 2. Idosos Hipertensos-Tratamento  
Farmacológico. 3. Saúde-Idoso. I. Título.

**CDD 616.132**

KELLIANE DE MOURA COSTA

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS  
PARTICIPANTES DE CÍRCULO DE CULTURA**

Trabalho de conclusão de Curso submetido ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.


Orientadora: Profa. Laura Maria Feitosa Formiga

Data de aprovação 01 / 07 / 2015

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Laura Maria Feitosa Formiga

Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Larissa Gomes Machado

Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Karla Sousa de Oliveira

Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB

Ao meu Deus por tudo que sou e já consegui até hoje. Aos meus pais por acreditarem sempre em sua filha. As minhas irmãs por se fazerem presentes e pela motivação diária.

## AGRADECIMENTOS

Deus meu rochedo, refúgio e libertação. Tu és minha força!

Aos meus pais, José Álvaro e Maria Leda, sem vocês nada disso faria sentindo. Obrigada por todos os momentos que se dedicaram ao meu sucesso, por todas as palavras e formas de carinho. Tudo que sou devo a vocês, meus exemplos de vida!

As minhas irmãs, Kelline e Maria Karolayne, a vocês devoto o amor mais puro e estável para sempre e eternamente! Com vocês nem um mal temerei, pois juntas a mim estarão!

Ao meu amigo, namorado, companheiro de todas as horas, Jonilson, que apesar de longe não deixou de estar sempre presente. Obrigada pela atenção, união, carinho; por me encher sempre de ânimo e esperança.

À minha orientadora, Ana Larissa, exemplo de profissional! Obrigada professora por toda paciência e disposição; por acreditar e receber minhas dúvidas; por me fazer confiar que daria certo; pelas sugestões, orientações e por todos os momentos de desabafos!

Aos meus familiares, que confiaram e caminharam ao meu lado!

As minhas amigas, Ingrid e Juliane, sem vocês o caminho percorrido teria sido muito mais árduo! Com vocês dividi bons e únicos momentos de minha vida.

Aos professores que auxiliaram na caminhada; pela competência e qualidade no ensino.

À Professora Laura Formiga, pelo apoio, carinho, demonstrações de confiança e pela sua ajuda nos momentos de desespero, meu muito obrigada e que a senhora seja sempre iluminada!

As equipes de Saúde da Família, Canto da Várzea e Aerolândia, em especial a Enfa. Mageany, Enfa. Sanya, ACS Valdelivia e a recepcionista Vilani, vocês foram primordiais na construção desse projeto!

Aos membros do Grupo de Pesquisa por fazerem o estudo algo de todos! Ingrid, Ana Zaira, Ana Danússia, Samara, Poliana, Jaqueline e aos demais, todas as coletas, intervenções e momentos de descontração fizeram a diferença!

Á todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, grata!

## RESUMO

Os idosos tem sua qualidade de vida fortemente influenciada pela prevalência da hipertensão desta forma, a prevenção e tratamento adequados são primordiais para diminuição da morbimortalidade. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é particularmente importante e o desenvolvimento de intervenções educativas, tais como o círculo de cultura, são essenciais para adesão à terapêutica. O estudo objetivou analisar a adesão de idosos participantes de círculo de cultura ao tratamento da hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. Trata-se de um estudo quase-experimental, com abordagem quantitativa, oriundo de um projeto mais amplo, realizado com dois grupos de idosos (intervenção e controle). Os resultados apresentados no estudo referem-se ao grupo intervenção. A pesquisa ocorreu no período de junho de 2014 a janeiro de 2015, com 72 idosos e dividiu-se em três etapas (pré-teste, círculo de cultura e pós-teste). A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares com aplicação de instrumento contendo dados sociodemográficos, clínicos e de adesão ao tratamento da hipertensão. Os resultados evidenciaram a prevalência de idosos do sexo feminino (71,2%) com média de idade de 69,3 anos, renda média familiar de R\$ 1604,2 reais, nível fundamental (53,4%), raça parda (58,9%) e casada 52,1%). Demonstrou-se ainda que os idosos participantes da pesquisa têm dificuldade no seguimento da terapêutica quanto à tomada da medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês e à redução do consumo de alimentos inadequados, tais como a restrição do sal, gordura, doces e bebidas com açúcar. Não houve associação estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e os dados-socioeconômicos. Quando se comparou os níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos participantes antes e após os círculos de cultura, observou-se diferença significativa entre as médias do QATHAS no grupo intervenção. O estudo evidenciou o efeito positivo do círculo de cultura como intervenção educativa para o desenvolvimento de mudanças comportamentais diante do tratamento anti-hipertensivo e que é necessária a promoção de diálogos que despertem no idoso a ideia de que ele é sujeito do seu próprio tratamento.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento farmacológico. Educação em saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

The elderly have their quality of life greatly influenced by the prevalence of hypertension , therefore , prevention and treatment are paramount to decrease morbidity and mortality. Adherence to antihypertensive treatment is particularly important and the development of educational interventions , such as the circle of culture, are essential for adherence . The study aimed to analyze the accession of elderly participants of crop circle to the treatment of hypertension in a primary care unit . It is a quasi-experimental study with a quantitative approach , from a broader project , conducted with two elderly groups ( intervention and control ) . The results presented in this study refer to the intervention group. The survey took place from June 2014 to January 2015, with 72 seniors in the intervention group and was divided into three stages (pre-test , crop circle and post-test ) . The data were collected through home visits with enforcement tool containing sociodemographic data , clinical and adherence to treatment of hypertension . Results showed the prevalence of female elderly ( 71.2 %) with a mean age of 69.3 years , average family income of R \$ 1,604.2 real , fundamental level (53.4%) , mulatto (58 9% ) and married 52.1 %). It has also shown that elderly participants of the survey have difficulty following therapy with regard to taking the medication at the times set at least once a month and reducing the consumption of unsuitable foods such as salt restriction , fat , sweets and drinks sugar. There was no statistically significant association between adherence to antihypertensive treatment and the socioeconomic data . When comparing the levels of adherence to antihypertensive treatment of participants before and after the crop circles , there was a significant difference between the means of QATHAS in the intervention group . The study showed the positive effect of crop circle as an educational intervention for the development of behavioral changes before antihypertensive treatment and that it is necessary to promote dialogue to arouse the elderly the idea that he is the subject of their own treatment.

**Keywords:** Adherence to pharmacological treatment. Health education. Nursing.



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1-	Escala de Adesão ao tratamento da HAS. Picos-PI, 2015	28
-----------	---	----

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1- Percentagem dos idosos em cada nível da escala de adesão na primeira etapa do estudo. Picos-PI, 2015 31

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Dados sociodemográficos dos idosos participantes do estudo. Picos- PI, 2015.	30
Tabela 2-	Associação entre o nível QATHAS e os dados socioeconômicos dos idosos do estudo. Picos-PI, 2015.	32
Tabela 3-	Média do QATHAS antes e após círculo de cultura. Picos- PI, 2015.	33

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPESC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEV	Mudanças no Estilo de Vida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
QATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
SIS-HIPERDIA	Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Adesão ao tratamento Anti-Hipertensivo</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Educação em saúde: implicações para adesão ao tratamento da HAS</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>23</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período do estudo</b>	<b>23</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra</b>	<b>24</b>
<b>4.4</b>	<b>Fases do estudo</b>	<b>24</b>
<b>4.5</b>	<b>Instrumento de Coleta de dados</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Apresentação e Análise dos dados</b>	<b>27</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos participantes do grupo intervenção</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>43</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>49</b>
	<b>APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXO A - QUATHAS (Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica)</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO C – Termo de Autorização para Publicação Digital na Biblioteca “José Albano”</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado como um fenômeno mundial verificando-se uma tendência no envelhecimento dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), a participação relativa de pessoas com 60 anos ou mais de idade foi de 13,0% da população total. (ANDRADE; ARAUJO; CAMPOS, 2011). Esse aumento da longevidade na população tem impacto sobre as demandas sociais, econômicas e políticas, repercutindo na qualidade de vida da população idosa.

As doenças crônicas, comuns ao envelhecimento, aumentam a necessidade de internação bem como o tempo de permanência no hospital. Dentre as doenças crônicas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possui prevalência na população idosa, sendo considerada como um problema de saúde pública mais importante e frequente no mundo, reconhecida como o maior fator de risco passível de prevenção nos casos de complicações cerebrovasculares, cardíacas e renais.

A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório sofre aumento a cada ano. Entre os períodos de 2000 a 2011 o número de óbitos elevou-se em 28,6% e no ano de 2011, as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares foram responsáveis por 61% de óbitos nessa categoria (MARTINS et al., 2014).

Dessa forma, percebe-se a importância da prevenção e tratamento adequado da HAS, que visam à redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV): (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso.

A questão da adesão ao tratamento é particularmente importante quando se trata do paciente idoso. Embora não existam dados consistentes que relacionem idade e adesão, é grande a repercussão na dificuldade de adesão nesse grupo etário, tanto no controle de sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional, tendo implicações importantes em sua qualidade de vida (ALMEIDA et al., 2007).

A adesão a regimes terapêuticos tem sido definida como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do médico ou de outros profissionais de saúde ou ainda quando as prescrições são seguidas em pelo menos 80% de seu total. Assim, a adesão requer comportamentos tais como tomar medicamentos, seguir

dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (LEITE; VASCONCELOS, 2003; MARTINS et al., 2014).

A falta de adesão ao tratamento da hipertensão é um grande desafio para os que trabalham e investigam esta área. Segundo Mascarenhas; Oliveira e Sousa (2006), para que a adesão ocorra, o paciente deve ter conhecimento sobre o seu estado de saúde, ser consciente quanto à importância do controle da pressão arterial e ter acesso aos serviços, que devem ser capazes de manter o tratamento por toda a vida do paciente. A dificuldade na adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais.

Cabe enfatizar que a dificuldade de adesão é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: 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 sujeito com hipertensão e manutenção da qualidade de vida, visando a minimizar ou evitar essa problemática tão frequente (MEDEIROS; VIANNA, 2006; PIERIN, 2004).

É evidente que nesses casos deve-se haver uma abordagem multiprofissional contínua e que vise à reeducação em vista a melhoria da qualidade de vida, uma vez que esses pacientes conviverão pelo resto de suas vidas com a doença em questão. Essa reeducação vai além das MEV, incluem também mudanças diárias no modo de ver e conviver com a doença.

As ações de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), através da prática de educação em saúde (ES) constituem-se como um caminho integrador do cuidar, um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos, culturais e populares, que promoverão o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais, familiares e comunitárias e contribuir para a transformação social (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

A educação em saúde tem sido considerada relevante, principalmente quando utilizada no plano terapêutico de pessoas com doenças crônicas, como é o caso da HAS, pois precisarão aprender a conviver com a morbidade. É apresentada como um recurso alternativo utilizado por profissionais de saúde para atuar na vida cotidiana das pessoas, por meio do conhecimento científico produzido no campo da saúde. Todavia, para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, prima-se por práticas que respeitem as diferenças entre os atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo (FELIPE; MOREIRA; FREITAS, 2012; ALVES, 2005; SOUSA; TORRES; PINHEIRO, 2010)

Uma das estratégias de educação que pode ser utilizada é o círculo de cultura, um método desenvolvido por Paulo Freire, que é capaz de estabelecer o diálogo e a discussão sobre diversos temas, capacitando as pessoas a refletir sobre sua realidade (BESERRA et al., 2011).

Para Damasceno (2003), o Círculo de Cultura é um grupo de trabalho participativo, em que educando e animador de debates pensam juntos, e ao mesmo tempo em que todos se ensinam, aprendem. A qualidade desse grupo é a participação em todas as atividades através do diálogo que permite a criação de um espaço crítico e reflexivo.

Com isso percebe-se a importância do enfermeiro, que poderá desenvolver estratégias que visem à motivação do paciente, a fim de que o mesmo não abandone o tratamento. As estratégias desenvolvidas irão direcionar ao controle da hipertensão arterial, colaborando com a qualidade de vida e com a ampliação de medidas que apontem para melhoria dos resultados de adesão as terapêuticas propostas, informando e educando o paciente hipertenso com o intuito de fazê-lo seguir o tratamento.

As bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como um educador, afinal não há cuidar sem educar e vice-versa. Nesse entendimento, o enfermeiro deve ser capaz de analisar criticamente seu papel como educador, no sentido de identificar se sua ação contribui para a promoção da consciência crítica dos diferentes grupos socioculturais, no que tange as potencialidades e fragilidades de seu contexto de vida. Para tanto, essas ações devem privilegiar a complementaridade dos saberes científico e popular, na tentativa de construir, coletivamente, um conhecimento contextualizado com a realidade (FERNANDES; BACKES, 2010; SILVA et al., 2014).

Dessa forma esse estudo poderá cooperar com o estabelecimento de propostas que visem trabalhar a problemática da adesão ao tratamento anti-hipertensivo junto às instituições de saúde, visando maior adesão à terapêutica, melhor qualidade de vida e redução de complicações das doenças e de morte precoce. Além da adoção de intervenções educativas que respondam aos questionamentos, anseios e dificuldades dos idosos participantes.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a adesão de idosos participantes de círculo de cultura ao tratamento da hipertensão arterial.

### **2.2 Específicos**

- Identificar os níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos participantes antes e após intervenção educativa (círculo de cultura);
- Verificar a associação entre a adesão ao tratamento da hipertensão e os dados socioeconômicos dos idosos do estudo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (2013), é de 24,1%. Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68% ((PICON et al., 2012; PICON et al., 2013; BRASIL, 2014).

O tratamento adequado para essa doença, progressiva e silenciosa, pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos. Em relação à terapêutica não medicamentosa, a alimentação ocupa lugar de destaque na MEV e hábitos de vida dos indivíduos com HAS, tendo a família participação fundamental nas mudanças da rotina diária do núcleo familiar, sobretudo em relação à alimentação, viabilizando a adesão ao tratamento não farmacológico. (COTTA et al., 2009).

A terapêutica medicamentosa do indivíduo com HAS é, na maioria dos casos, imprescindível à redução e à manutenção do controle dos valores pressóricos. Além disso, é, muitas vezes, acompanhada de efeitos indesejáveis ao tratamento, sendo prescrita em longo prazo e tendo um custo elevado. A medicação prescrita, que deveria ser facilitadora do processo, passa a ser um complicador para o tratamento, o que, muitas vezes, compromete o próprio seguimento da adesão e não garante a redução dos valores da pressão arterial (PA), interferindo no controle da doença, na prevenção de complicações e no retardo de agravos (DANIEL; VEIGA, 2013).

O acompanhamento farmacoterapêutico dos idosos por parte dos serviços de saúde é fundamental para a gestão compartilhada do tratamento entre profissionais e pacientes, possibilitando a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas. A frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos e a predisposição à incapacidade funcional também é relevante. Esses fatores devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes (TAVARES et al., 2013).

Nesse sentido os idosos configuram-se como os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna; 80% dos brasileiros maiores de 60 anos tomam no mínimo um medicamento diariamente, o que aponta a necessidade de avaliar os determinantes

dessa utilização, especialmente a adesão ao tratamento medicamentoso nessa faixa etária (LOYOLA et al., 2011; MACÊDO; MARCOPITO; CASTELO, 2004; MENGUE; FLORES, 2005).

Cerca de 16% a 50% dos novos pacientes com HAS descontinuam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado. Portanto, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é baixa, e tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pela falta de controle da PA com suas implicações deletérias já conhecidas (SANTOS et al., 2013).

A adesão ao tratamento de condições crônicas apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública e para a enfermagem, onde embora sem consenso, a adesão, segundo Leite e Vasconcelos (2003), corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (GIROTTO et al., 2013; MARTINS et al., 2014).

Gusmão et al. (2009) afirmam que ainda existe campo aberto para pesquisa em relação à adesão. Tal afirmação pode ser explicada pelos diferentes métodos aplicados, diferentes pontos de corte, e pela ausência de um método que possa ser considerado padrão ouro e que represente as várias dimensões que envolvem o processo de adesão ao tratamento da hipertensão (SANTA HELENA, 2007).

Dados evidenciam que, apesar do número de fatores facilitadores ao processo de adesão à terapêutica medicamentosa ser maior do que o de fatores dificultadores, mais da metade dos pacientes apresenta insuficiente grau de adesão à tomada de medicamentos para a hipertensão arterial. Isso caracteriza a necessidade de desenvolvimento de estudos voltados à identificação desses fatores entre hipertensos de diferentes idades, gêneros, raças e níveis sociais, econômicos e culturais, a fim de contribuir ao planejamento e à implementação de sistemas de educação em saúde que permitam a conscientização dos profissionais de saúde na promoção de autonomia, aceitação, conhecimento e adaptação do paciente em relação à sua própria doença (DANIEL; VEIGA, 2013).

Vários métodos têm sido utilizados na avaliação da baixa adesão, tais como autorrelato, contagem manual e eletrônica de comprimidos, retirada de medicamentos em farmácias, dosagens laboratoriais de fármacos ou metabólitos de fármacos e questionários,

onde apesar da baixa sensibilidade e acurácia, os questionários são os mais utilizados por apresentarem custo relativamente baixo e aplicação factível em grandes populações (BEN; NEUMANN, MENGUE, 2012).

Silva et al. (2014) afirmam ser importante a realização de mais estudos sobre a adesão medicamentosa na população idosa, por ser um grupo mais sensível aos efeitos indesejáveis dos medicamentos, devido às mudanças fisiológicas advindas com o avanço da idade.

Assim deve-se priorizar a produção do conhecimento, configurando-se a enfermagem como a propagadora de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e para a implementação de intervenções favoráveis à saúde.

Os enfermeiros devem promover ações assistenciais e educativas conjuntas, implantando programas e consultas, aprofundando seu corpo de conhecimento e contribuindo para o desenvolvimento de estudos uma vez que a aproximação destes nas práticas clínicas ampliam o espectro de necessidades das populações assistidas.

Assim os mesmos irão contribuir para o desenvolvimento de estratégias inovadoras, que possam favorecer o paciente a motivar-se por seu tratamento; contribuir com os profissionais no planejamento, execução e avaliação da assistência prestada; e garantir uma política de saúde eficaz para o controle da HAS, nos diferentes níveis de complexidade, alcançando-se assim adesão positiva, necessária e que deveria ocorrer em 100% dos indivíduos hipertensos submetidos ao tratamento (DANIEL; VEIGA, 2013).

### **3.2 Educação em saúde: implicações para a adesão ao tratamento da HAS**

Desde sua proposta inicial, o movimento da promoção da saúde, em sua base conceitual e ideológica, vem investindo na autonomia dos sujeitos em relação ao seu processo saúde/doença. O rumo tomado por esse movimento aponta para a necessidade de reorientar as práticas sanitárias, na tentativa de enfrentar as desigualdades sociais, estimular a participação da comunidade nas decisões e planejamento da saúde, envolvendo vários segmentos da sociedade. A promoção da saúde, sob essa ótica, representa preparar as pessoas para cuidar de si, por meio de ações educativas, que articulem os significados de saúde e autonomia (SEHNEM et al., 2014).

A atenção básica, local mais profícuo para o desenvolvimento da ES, será o local onde a equipe de saúde desempenhará essa atividade como uma das principais atribuições destes

profissionais, com destaque ao processo de trabalho da enfermagem. O enfermeiro deve ser capaz de analisar criticamente seu papel como educador, no sentido de identificar se sua ação contribui para a promoção da consciência crítica dos diferentes grupos socioculturais, no que tange às potencialidades e fragilidades de seu contexto de vida. Para tanto, essas ações devem privilegiar a complementaridade dos saberes científicos e populares, na tentativa de construir, coletivamente, um conhecimento contextualizado com a realidade (SEHNEM et al., 2014).

Sendo assim a ES se constitui numa das intervenções mais bem sucedidas para melhoria da adesão e autogestão da pessoa com doenças crônicas, especialmente se a proposta educativa estiver centrada nas crenças e preocupações sobre as condições de saúde e de tratamento, sendo assim esses grupos configuram-se como uma ferramenta positiva no incentivo à adequação de alguns comportamentos que promoveram melhoria dos níveis pressóricos (MARTINS et al., 2014).

Inúmeras são as estratégias disponíveis para enfrentar a baixa adesão com destaque para aquelas que promovem informação ao paciente, maior interação equipe de saúde-paciente e que visem às mudanças de comportamento dos mesmos. A funcionalidade de poder oferecer educação interativa de uma forma contínua e dinâmica (OLIVEIRA et al., 2013).

O controle da HAS se faz com participação ativa dos hipertensos e coparticipação da família, dos profissionais da saúde, sendo 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 ES 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 MEV e conseqüentemente o controle da hipertensão arterial, visto isso, o Ministério da Saúde constantemente investe em políticas de educação em saúde, em programas e em cartilhas de acesso e entendimento facilitado a população no intuito de combater, reduzir e através do conhecimento educar (LESSA, 2006).

Considerando que o processo educativo é um método político, cujos procedimentos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a ES não deve ser exclusivamente informativa, todavia deve levar os usuários a

refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Uma concepção de educação que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde doença pode ser encontrada nas formulações de Paulo Freire. Percebendo-se que é necessário que o educador tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre educandos e educadores. Os sujeitos do diálogo conversam e mantem sua identidade, crescendo conjuntamente. O diálogo favorece o ato de ensinar, complementando-se no ato de aprender, e ambos somente se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico e inquieto do educador não freia a capacidade do educando de também pensar criticamente (FREIRE, 1996).

O exercício de uma prática educativa crítica constitui uma forma de intervenção no mundo. A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire constitui uma ideia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’. Desenvolver o Círculo de Cultura visa ensinar 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 (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

O Círculo de Cultura incentiva à realização do encontro entre as pessoas ou grupos de pessoas. Existe nele um trabalho didático-pedagógico que associado a outras vivências culturais e educacionais, visa um processo de ensino e de aprendizagem.

A crença de que o conhecimento só se constrói no diálogo, é peça primordial no processo de educação em saúde voltado para a adesão ao tratamento do paciente hipertenso uma vez que a relação dos membros da equipe de saúde com o paciente é um fator altamente interveniente no processo do tratamento. Devendo-se aperfeiçoar recursos e estratégias junto aos hipertensos, com a participação ativa dos mesmos, visando à manutenção da qualidade de vida. O papel de educador da equipe multiprofissional, que desenvolve ações junto a portadores de hipertensão arterial, devendo orientar o hipertenso para o autocuidado com vistas a diminuir as taxas de não adesão ao tratamento. A escolha por métodos de diálogo são os ideais para mudarem essa visão (FIGUEIREDO, 2006).

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica da HAS. Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais (FELIPE, 2011).

Todo esse processo combinado às práticas do círculo de cultura, nos quais os pacientes se sentirão sujeito de seu próprio tratamento apresentam resultados satisfatórios e que devem ser seguidos nas práticas clínicas e internalizado sempre como parte do tratamento da HAS.

É preciso trabalhar o processo educativo no intuito de melhor conhecer a realidade para, conhecendo-a melhor, melhor poder transformá-la. Ao incorporar essa ideologia ao cuidado da pessoa com HAS, o enfermeiro poderá atuar com intuito de, em conjunto com este indivíduo, encontrar alternativas que favoreçam a adaptação deste ser à sua nova realidade. Agindo dessa maneira, a pessoa que busca auxílio da equipe de saúde, com intuito de promover ou recuperar sua saúde, operará como sujeito do processo e não como mero espectador (FELIPE, 2011; FREIRE, 1987).

Onde embora não exista legislação que indique como um imperativo o desenvolvimento de ações educativas em saúde por enfermeiros, estes têm sido alguns dos seus principais agentes. Em função do conhecimento adquirido no meio acadêmico, que os instrumentaliza no conhecimento dos processos de adoecimento humano e, conseqüentemente, nas diversas e abrangentes formas de preveni-los, os enfermeiros são aqueles que frequentemente assumem o desafio de educar para a saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

Nessa direção, o enfermeiro tem se constituído como um importante agente de ações educativas em saúde, sobretudo, nos espaços institucionalizados de saúde. Pelo conhecimento amplo e contextualizado, específico de sua formação, o enfermeiro pode ser considerado um profissional qualificado para propor e redefinir as práticas de saúde, por meio de ações educativas voltadas tanto para a organização do processo de trabalho em saúde, quanto para o fomento de práticas sociais empreendedoras, voltadas para a promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2010).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo quase-experimental, com abordagem quantitativa, 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”. A referida pesquisa teve como objetivo avaliar o letramento em saúde de pessoas idosas com hipertensão antes e após os círculos de cultura, nela trabalhou-se com dois grupos de idosos, o controle e o intervenção.

No grupo denominado controle não foi realizado nenhuma intervenção. Já no grupo intervenção, realizaram-se os círculos de cultura e os procedimentos metodológicos e 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). A pesquisa quantitativa, influenciada pelo positivismo, recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis. Os resultados da pesquisa são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### **4.2 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado no período de junho de 2014 a junho de 2015 em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na zona urbana do município de Picos – PI. A escolha desta USF, para abrigar o grupo intervenção, ocorreu através de sorteio aleatório no programa Microsoft Excel entre as 20 unidades existentes na zona urbana.

A referida USF é composta por uma equipe multidisciplinar formada por um médico e uma enfermeira, 3 técnicas de enfermagem, um dentista e uma auxiliar de enfermagem, dois recepcionistas, dois vigias e uma zeladora. Conta ainda com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Fonoaudiólogo e Fisioterapeuta.

A unidade sorteada assiste a população adscrita, conforme a subdivisão em micro áreas de atenção à saúde, prestando os seguintes serviços: Puericultura, Consulta de Hipertensos e Diabéticos, Pré-natal, Planejamento Familiar, Exame de Papanicolau com Teste



de Shiller, Visita Domiciliária, Puerpério, Palestras Educativas, Grupo de Atividade Física, Grupo de Tabagismo, Consulta Médica e dos Profissionais do NASF.

### **4.3 População e amostra**

A população constituiu-se pelos idosos cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA) da respectiva USF, identificados a partir de dados obtidos no prontuário da família e de informações das Agentes comunitárias de saúde (ACS) e equipe de enfermagem.

No momento da pesquisa a equipe de saúde da família fazia o acompanhamento de 908 famílias, quantidade que englobava todas as faixas etárias, inclusive idosos. Foram identificados 200 idosos com hipertensão cadastrados e acompanhados na unidade no período da coleta de dados.

A amostra foi constituída por idosos (BRASIL, 2003) selecionados com base nos critérios a seguir:

1. Ter cadastro no SISHIPERDIA;
2. Ser acompanhado na USF selecionada para a pesquisa;
3. Ser hipertenso

Utilizou-se como critérios de exclusão:

1. Apresentar qualquer impedimento para responder aos instrumentos de coleta de dados (deficiência visual e/ou auditiva)

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 et al., 2012), intervalo de 95% de confiança e acréscimo de 10% para perdas e recusas, totalizando 72 idosos hipertensos para o grupo intervenção.

### **4.4 Fases do estudo**

O estudo dividiu-se em três etapas, sendo que à coleta de dados ocorreu por meio de visitas ao domicílio de idosos do grupo intervenção, com a aplicação do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS (ANEXO A).

A busca pelos participantes ocorreu a partir de informações colhidas junto à enfermeira e as ACS da equipe da ESF. A coleta dos dados foi realizada por membros do

Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC), realizando-se primeiramente a busca nos prontuários da unidade, com autorização da enfermeira responsável pela área. Depois entrou-se em contato com ACS reconhecendo a disponibilidade para ajudar-nos na busca dos idosos em seus domicílios ou para o fornecimento dos endereços.

Segue-se o detalhamento das etapas do estudo:

**Primeira etapa:** Constituiu-se da aplicação do pré-teste (QATHAS) no período de junho a agosto de 2014. Participaram dessa etapa 72 idosos.

**Segunda etapa:** Consistiu na realização de intervenções educativas por meio de Círculos de Cultura (CC), no período de setembro a dezembro de 2014.

Os CC foram realizados mensalmente e em horários estabelecidos de acordo com a disponibilidade dos idosos e o funcionamento da USF. Foram considerados desistentes os idosos que não compareceram após o terceiro convite para participar do CC.

Realizaram-se quatro CC com a participação de 60 idosos, sendo que em cada círculo participou um número distinto, sendo 29 no primeiro, 9 no segundo, 12 no terceiro e 10 no quarto.

Os Círculos de Cultura realizados foram divididos em seis momentos que atenderam à proposta metodológica de Paulo Freire:

- ✓ **Primeiro momento:** constitui-se de acolhimento e credenciamento, sendo entregue a cada idoso pulseiras de cores distintas. Os mesmos foram dispostos em círculo de forma aleatória e ao início das atividades, o animador do círculo deu as boas vindas e explicou importância daquele momento na pesquisa e como os idosos poderiam participar.
- ✓ **Segundo momento:** os idosos foram estimulados a refletir e discutir sobre sua situação de saúde e, por tanto compreenderem o processo de envelhecimento após passagem de vídeo de animação que demonstrava de forma lúdica o cotidiano de um idoso “hipertenso”, abordando a doença e seu tratamento.
- ✓ **Terceiro momento:** Constitui-se no instante de expressão, sendo entregue a cada idoso canetinhas coloridas, massa de modelar e papel A4 colorido, solicitando aos mesmos que, a partir da mensagem exibida no vídeo, estes produzissem as representações da doença e de seu tratamento utilizando o desenho ou a modelagem. Após cada criação, os idosos fizeram a exposição e explicação dos seus trabalhos aos demais participantes do grupo sendo as produções recolhidas pelos animadores ao final de cada demonstração.

- ✓ **Quarto momento:** Seguiu-se, ainda, um momento de reflexão através da dramatização de duas situações-problema vivenciadas por idosos no tratamento da hipertensão. A situação 1 retratou o seguimento do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, onde uma das animadoras caracterizada como idosa demonstrava dificuldade em entender como seguir a tomada da dose prescrita e também tomar os medicamentos no horário e todos os dias.

A situação 2, retratou o seguimento do tratamento através do comparecimento ao posto de saúde para as consultas agendadas com o profissional de saúde. A animadora caracterizada demonstrou que não comparecia com regularidade às consultas com o médico e/ou o enfermeiro para acompanhamento do tratamento da hipertensão. Não sabia qual a sua pressão arterial e não entendia muito bem as palavras e expressões utilizadas pelo profissional por isso só ia ao posto pegar o medicamento anti-hipertensivo.

Após a encenação, foi solicitado aos idosos que falassem sobre as cenas indicando com qual delas se identificavam, estimulando assim os mesmos a refletirem sobre situações que podem interferir ou contribuir com o processo da adesão.

- ✓ **Quinto momento:** fase de síntese e recapitulação onde os idosos puderam demonstrar, através de falas, tudo que foi por eles vivenciado e refletido.

- ✓ **Sexto momento:** Constituiu-se como a ocasião para avaliação, onde foram entregues placas com expressões de dúvida, alegria e tristeza para que os idosos escolhessem uma delas a fim de expressar como avaliaram o círculo de que participaram. Os idosos poderiam também expressar verbalmente, retratando as experiências vividas, avaliando o círculo ou ainda retratando como eles poderiam mudar sua conduta acerca do tratamento da hipertensão.

Os Círculos de Cultura constituem uma estratégia da educação libertadora, compreende 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 (FREIRE, 1999).

**Terceira etapa:** consistiu na aplicação do pós-teste, ou seja, reaplicação do instrumento de coleta de dados (QATHAS) após participação dos idosos nos círculos de cultura. Participaram desta etapa 58 idosos. A aplicação do instrumento ocorreu 1 mês após participação dos idosos no círculo de cultura (SCAIN, 2008).

A amostra final do estudo foi inferior à inicial, devido às perdas ao longo da pesquisa. Outro aspecto a ser salientado é que este estudo apresentou os resultados provenientes da

primeira e terceira etapas com o objetivo de estabelecer comparações entre os resultados de adesão ao tratamento da HAS antes e após participação do idoso no CC.

#### **4.5 Instrumento de coleta de dados**

Utilizou-se o instrumento oriundo da versão original QATHAS, que foi elaborado por Rodrigues (2012). Que se trata de um instrumento hábil de avaliação da adesão ao tratamento da HAS. Sua utilização torna possível traçar um plano de melhorias individual para cada usuário com hipertensão atendido pelos profissionais de saúde. Assim, pode facilitar a detecção e aferição do cumprimento à terapêutica prescrita, além de viabilizar o estabelecimento de metas a serem alcançadas (RODRIGUES, 2012).

O QUATHAS constitui-se de duas partes: a primeira engloba os dados sociodemográficos e clínicos e a segunda traz os dados de adesão ao tratamento da HAS. Cada parte contém itens, tais como, itens de identificação, dados sociodemográficos, dados clínicos e dados de adesão ao tratamento da HAS.

O instrumento retrata o paciente hipertenso em si, uma vez que buscam responder de maneira sucinta as situações cotidianas e possíveis alterações. Nesse estudo utilizaram-se apenas os itens referentes aos dados sociodemográficos e de adesão ao tratamento.

Após preenchimento do questionário as respostas foram digitadas em um endereço eletrônico ([www.qathas.com.br](http://www.qathas.com.br)), criado, pois ao responder o QATHAS, não se é obtido uma somatória de pontos ou escores, a resposta constituiu-se de um valor parâmetro estimado para cada respondente, assim cada participante da pesquisa é incluído em um nível da escala estabelecida logo após os dados serem colocados no sistema. A escala classifica o usuário e estabelece um plano de metas para melhorar sua adesão. Os itens correspondentes à adesão ao tratamento após preenchimento serão avaliados no pré e pós-teste.

A escala está baseada em dez dos doze itens do instrumento da parte dois. No primeiro nível da escala estão contemplados os dois primeiros itens do instrumento (o uso da medicação e o uso da medicação conforme a dose estabelecida pelo profissional de saúde). Nos níveis seguintes, estão contemplados itens referentes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

A escala é composta por 6 níveis, cada nível demonstra a situação do hipertenso, norteando sobre os possíveis planos a serem seguidos, exemplo, ao atingir o nível 70 da escala de adesão ao tratamento da HAS, o usuário deixa de fazer uso da medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por semana. A partir do nível 110 da escala, todos

os usuários com hipertensão estão no mesmo nível de adesão, embora com diferentes escores (RODRIGUES, 2012).

**Quadro 1- Escala de adesão ao tratamento da HAS. Picos-PI, 2015**

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

Fonte: RODRIGUES, 2012.

#### 4.6 Apresentação e análise dos dados

Os dados oriundos do QATHAS foram digitados e tabulados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0 para analisar a localização dos idosos na escala de adesão ao tratamento da HAS e caracterizá-los quanto ao perfil socioeconômico. As variáveis contínuas foram expressas como média  $\pm$  desvio padrão e as variáveis categóricas expressas em frequências e percentuais.

Ressalta-se que a análise foi feita antes e após a participação dos idosos nos círculos de cultura, objetivando-se comparar estatisticamente o desempenho dos idosos em dois momentos distintos e fazer inferências sobre o efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Para comparação dos grupos foram utilizados os testes do Qui-quadrado e Exato de Fisher para as variáveis nominais, teste t de Student e teste de Mann-Whitney para variáveis

numéricas. Foi considerado  $p < 0,05$  para demonstrar significância estatística. Os resultados foram apresentados por meio de figuras e tabelas e discutidos a partir de literatura pertinente ao tema.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O estudo obedeceu às diretrizes e normas sobre pesquisas com seres humanos constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº446/12, na qual cada participante deve ser previamente informado acerca dos objetivos da pesquisa, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) antes da coleta de dados, onde constam a garantia do sigilo das informações e o anonimato do sujeito, mencionando ainda que o mesmo poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízo de nenhuma espécie (BRASIL, 2012).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Federal do Ceará (UFC) com nº Parecer: 401 244 (ANEXO B).

A pesquisa apresentou desconfortos ou riscos mínimos aos envolvidos, podendo ter ocorrido constrangimento ao responder o instrumento. Trazendo como benefício à realização de intervenção educativa que teve como intuito favorecer adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos hipertensos e melhorar, por conseguinte, sua condição de saúde e compreensão do processo de cuidado.

## 5 RESULTADOS

Os resultados ora apresentados demonstram as características sociodemográficas dos idosos, a sua localização na escala de adesão ao tratamento da HAS na fase inicial da pesquisa. Apresenta-se a associação entre os dados socioeconômicos e os níveis do QATHAS atingido pelos participantes. E por fim, exhibe-se a comparação entre as médias do QATHAS alcançadas antes e após os círculos de cultura.

### 5.1 Caracterização dos participantes do grupo intervenção

Verificou-se que houve predominância de idosos do sexo feminino (71,2%), com média de idade de 69,3 anos, renda média familiar de R\$ 1604,2 reais, nível fundamental (53,4%), raça parda (58,9%) e casada (52,1%) (Tabela 1).

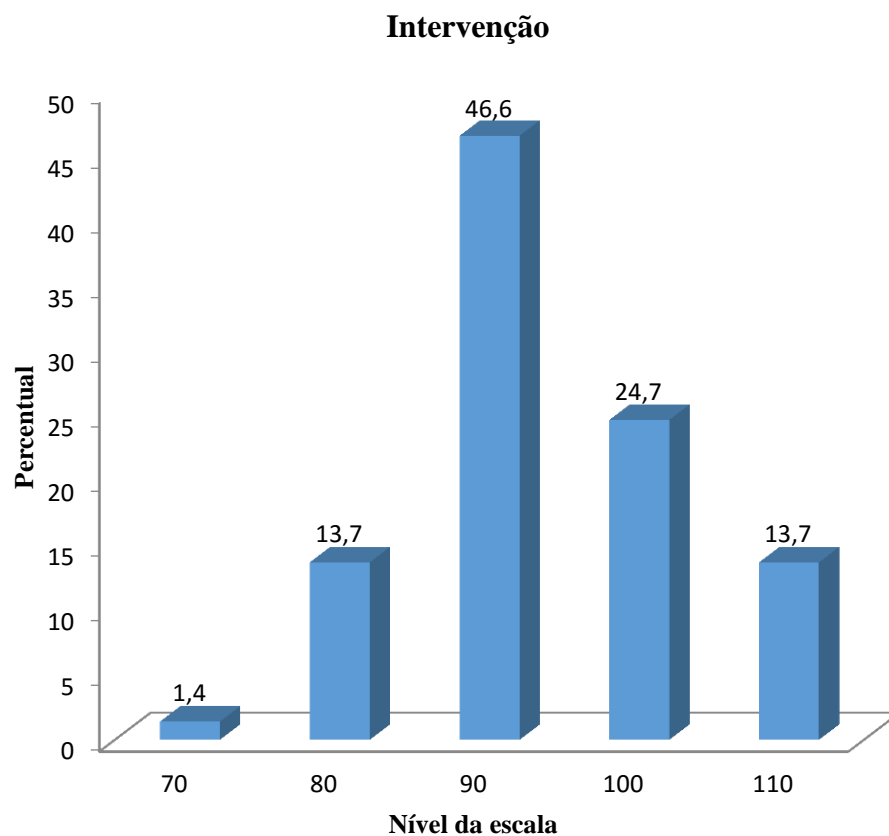
**Tabela 1- Dados sociodemográficos dos idosos participantes do estudo. Picos-PI, 2015.**

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

\*DP: desvio padrão.

Avaliando os itens correspondentes à adesão ao tratamento da HAS na fase inicial da pesquisa a maioria dos idosos situou-se nos níveis 90 (46,6%) e 100 (24,7%) da escala. No nível 90 os idosos deixam de tomar a medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês, e reduzem à metade o consumo de sal, gordura e bebidas com açúcar. No nível 100 eles deixam de tomar a medicação ao menos uma vez por ano e comem praticamente sem gordura, doces e bebidas com açúcar. Nos demais níveis da escala situaram-se 28,8% dos idosos, sendo nos níveis 80 e 110 o percentual de 13,7% e de 1,4% no nível 70. Nenhum dos idosos situou-se no nível 60 da escala (Figura 1).

**Figura 1- Percentagem dos idosos em cada nível da escala de adesão na primeira etapa do estudo. Picos-PI, 2015.**



Analisando a associação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e os dados socioeconômicos, observou-se que não houve associação estatisticamente significativa (Tabela 2).



**Tabela 2- Associação entre o nível QATHAS e os dados socioeconômicos. Picos-PI, 2015.**

Nível QATHAS	Sexo		Valor p*
	Masculino	Feminino	
	N (%)		
70 ou 80	1 (6,3)	3 (7,1)	0,340
90	9 (56,3)	15 (35,7)	
100 ou 110	6 (37,5)	24 (57,1)	
	Escolaridade		
	Até Fund. Completo	Fund completo a superior	
70 ou 80	2 (8)	2 (6,1)	1,000
90	10 (40)	14 (42,4)	
100 ou 110	13 (52)	17 (51,5)	
	Renda		
	Até 1 SM	Mais de 1 SM	
70 ou 80	4 (11,4)	0 (0)	0,525
90	13 (37,1)	6 (40)	
100 ou 110	18 (51,4)	9 (60)	
	Idade		0,457
	60 a 69	70 a 79	80 a 89
70 ou 80	3 (9,1)	0 (0)	1 (20)
90	14 (42,4)	8 (40)	2 (40)
100 ou 110	16 (48,5)	12 (60)	2 (40)
	Raça		
	Branca	Não branca	
70 ou 80	1 (7,7)	3 (6,7)	0,280
90	3 (23,1)	21 (46,7)	
100 ou 110	9 (69,2)	21 (46,7)	

\*Teste Exato de Fisher; p&lt;0,05.

Observou-se diferença significativa entre as médias do QATHAS no GI ao longo do tempo, assim como uma redução do DP, indicando maior uniformidade do grupo em relação à adesão. Esses achados constata o efeito positivo do círculo de cultura na adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos (Tabela 3).

**Tabela 3- Média do QATHAS antes e após o Círculo de Cultura. Picos-PI, 2015.**

<b>Medidas</b>	<b>N</b>	<b>Média de pontuação QATHAS</b>	<b>DP</b>	<b>Valor p*</b>
Intervenção antes	58	98,6	8,6	<b>0,046</b>
Intervenção depois	58	100,7	7,5	

\* Teste T para amostras pareadas;  $p < 0,05$ ; DP: desvio padrão.

## 6 DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível observar que a caracterização dos idosos participantes assim como em estudos congêneres é um fator influenciador na gênese e tratamento da hipertensão arterial, desta forma a coleta de informações junto à população idosa na comunidade, investigando aspectos socioeconômicos torna-se indispensável, pois auxilia na implementação de estratégias que irão favorecer o bem-estar físico, mental e social dos idosos, baseadas não somente em seus direitos, mas em suas verdadeiras necessidades e nos fatores de risco à saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Campolina et al. (2013) demonstram que a eliminação de doenças crônicas na população idosa poderia levar a um aumento na expectativa de vida livres de incapacidade em homens e mulheres, tanto aos 60, quanto aos 75 anos. Com isso conhecer as características que seguem melhoraram a qualidade de vida e incorporaram medidas essenciais ao bem estar físico e emocional.

Avaliado a prevalência de HAS na população Cesariano et al. (2008) identificaram que está é superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, fato este que pode está interligado as mudanças fisiológicas e o grau de comprometimento físico que influenciam na anatomia, provocando mudanças principalmente a nível cardiovascular.

Estudar o ser idoso internaliza uma atenção individual, voltando-se ao preparado para as modificações diárias com vistas a melhor aceitação da sua condição de saúde e melhor controle das possíveis patologias pelas quais ele é acometido. Merece destaque o controle da PA, que pode ser realizado por meio de intervenções diretas que visem transformações expressivas, principalmente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e que garantam qualidade de vida plena.

Esta qualidade de vida em termos vista arraigada a renda familiar provoca um efeito positivo e relevante sobre o envelhecimento ativo, pois contribui com o orçamento familiar e o idoso possui autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares (BRASIL, 2005).

Construir uma relação entre a renda e a HAS cria um laço que une o idoso ao tratamento, à medida que se levanta a possibilidade de independência perante o cuidado. Possuir maior disponibilidade para consigo e ter condições de arcar com o que seja necessário para sua saúde introduz no cotidiano do idoso a ideia de que ele pode ser protagonista da sua terapêutica e com isso melhorar o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Apesar de estudos não evidenciarem diferenças significativas na prevalência da HAS entre homens e mulheres, no aspecto adesão ao tratamento e consequente controle dos níveis da pressão arterial, observa-se comportamentos distintos (PIERIN et al., 2011).

Estudos demonstram que as mulheres são as que mais procuram a assistência e as que possuem maior disponibilidade na participação das atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde, especialmente Estratégia de Saúde da Família (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009; FREITAS, et al., 2012).

A imagem feminina nas estratégias de saúde da família é caracterizada pela própria estrutura contida nas unidades, onde a maioria dos programas desenvolvidos é voltada para as mulheres. Por conseguinte, a presença desse público torna-se mais frequente e o conhecimento adquirido mais propenso a provocar mudanças comportamentais.

A dinâmica imposta nos estabelecimentos de saúde pode também explicar o fato, uma vez que possibilitam um melhor acesso do sexo feminino. Embora estas estejam nos últimos tempos mais inseridos no mercado de trabalho, as mesmas ainda configuram-se como público predominante, relacionando o fato a maior preocupação feminina com seu estado de saúde.

Segundo Nascimento et al. (2013), a menor escolaridade, pode influenciar na compreensão das informações disponibilizadas sobre o tratamento anti-hipertensivo e, conseqüentemente, na execução das mesmas.

As Unidades de Saúde e a equipe multiprofissional possuem papel essencial no tocante à escolaridade da população assistida e principalmente quando o assunto é doenças crônicas. Estabelecer uma linguagem acessível e que possibilite um seguimento adequado da terapêutica proposta é de fundamental importância para a real aceitação do idoso sobre sua condição de saúde e melhor adesão.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) referem que a hipertensão é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca, hipótese que pode ser justificada levando em conta os fatores genéticos (LESSA, 2001).

A origem africana e as condições históricas da colonização das Américas têm servido de substrato para o surgimento de hipóteses genéticas que expliquem a maior prevalência da hipertensão entre as populações negras. O papel preponderante que o metabolismo do sódio desempenha na regulação do volume sanguíneo e no equilíbrio tensional sugeririam que os negros seriam mais propensos a sofrer de uma mutação genética que afetaria a sua natriurese (LAGUARDIA, 2005).

O estado civil influencia significativamente no controle da PA. Ter alguém que divida as funções, compartilhe informações e que dê um suporte para uma melhor cooperação no

estado saúde-doença interfere na dinâmica do tratamento anti-hipertensivo, uma vez que dividir as preocupações e vivências impulsiona o modo de seguimento da terapêutica (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

As pessoas que vivem sozinhas enfrentam outros problemas além daqueles relacionados à doença, sendo assim, um envolvimento de um membro da família é componente facilitador para a adesão ao tratamento medicamentoso (MOUSINHO; MOURA, 2008).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática clínica pela sua complexidade, sendo necessário um olhar aprofundado para com o hipertenso, visando um maior domínio sobre o seguimento das terapêuticas propostas (ROCHA et al., 2015)

O reconhecimento dos fatores que demonstram a situação do hipertenso frente ao tratamento da HAS é importante, pois criam um ambiente propício a mudanças comportamentais e que influenciam diretamente no cuidado e na melhoria da saúde do idoso hipertenso, traçando assim planos intervencionistas que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Os dados do presente estudo evidenciaram que os idosos participantes da pesquisa tem dificuldade no seguimento da terapêutica quanto à tomada da medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês e à redução do consumo de alimentos inadequados, tais como a restrição do sal, gordura, doces e bebidas com açúcar.

A dificuldade do seguimento na tomada do medicamento pode ter como causa problemas na memória do idoso. Vasconcelos et al. (2005) demonstraram em seu estudo que 28,8% dos idosos, mesmo deixando a medicação em lugar fácil, não se lembravam de tomá-la.

As propriedades cognitivas no paciente idoso podem ser afetadas o que resulta em memória prejudicada dificultando o armazenamento de informações e conseqüentemente influenciando na continuidade do uso dos medicamentos sejam eles nos horários estabelecidos ou na dose prescrita.

A literatura é unânime ao afirmar que o sucesso do tratamento da hipertensão arterial e suas complicações é impossível sem que, primariamente, consiga-se o sucesso na mudança do estilo de vida, o que tradicionalmente é chamado de tratamento não medicamentoso (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007).

O medicamento é visto como o ícone da resolução tecnológica da saúde oferecida pelo mercado que substitui a solução natural. Junges; Bagatini (2010) entendendo o modo como os

doentes crônicos ressignificam a vida por meio de suas práticas discursivas, demonstraram que a utilização dos medicamentos mostra-se como uma dependência, a população do referido estudo dizia-se sempre preocupada com o uso de medicamentos e manifestava uma grande dependência do mesmo, por outro lado culpabilizavam-se pela irresponsabilidade pessoal diante do estilo de vida, considerando o fato uma restrição que lhes é imposta e que é difícil de ser seguida.

Os esforços contínuos para implementação de medidas não farmacológicas sugere que as mesmas ainda não estão totalmente incorporadas nas práticas educativas dos serviços e profissionais de saúde e que esse fato prejudica tanto os níveis pressóricos, quanto a adesão ao tratamento (STURMER et al., 2006).

O uso do medicamento e a redução no consumo de alimentos inadequados devem ser medidas entrelaçadas, uma vez que o idoso que segue a terapêutica medicamentosa, mas não incorpora mudanças em sua dieta não irá perceber alterações benéficas no seu tratamento, tais como redução dos níveis pressóricos, mostrando-se dessa forma insatisfeitos, levando-os a dificuldade na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Evidenciou-se que 24,7 % dos idosos hipertensos da pesquisa deixaram de tomar a medicação ao menos uma vez por ano e reduziram a metade o consumo de sal, gordura, doces e bebidas com açúcar. Os demais respondentes demonstraram em porcentagens de 13,7% não tomarem o medicamento na dose prescrita e reduzirem a terça parte o consumo de alimentos inadequados, aqueles que afirmaram não esquecer a medicação possuem alimentação praticamente sem sal, gordura, doces e bebidas com açúcar. 1,4% não tomam medicamento nos horários estabelecidos ao menos uma vez por semana e comparecem as consultas agendas.

Os próprios idosos criam a ideia de que a tomada da medicação é suficiente para o controle da HAS (JUNGES; BAGATINI, 2010), o que pode ser confirmado no estudo, onde embora todos os respondentes esquecesse-se de tomar a medicação uma vez por semana, mês ou ano a exclusão da dieta de alimentos protetores ocorria pela metade ou praticamente, evidenciando a importância no estabelecimento de medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e conseqüentemente seu tratamento.

Percebendo-se, assim, que deve ocorrer o envolvimento do idoso no próprio tratamento propiciando dessa maneira uma melhora no cuidado, ou seja, envolver-se no seu problema acarretará comportamentos benéficos à saúde. Esse comportamento pode ser impulsionado pelos profissionais da saúde que criam no idoso hipertenso o sentimento de autonomia acerca de seu próprio bem-estar.

Observa-se que deve existir uma aproximação entre as duas modalidades de tratamento anti-hipertensivo, uma vez que na prática clínica o envolvimento na distribuição dos medicamentos através dos programas contidos nas unidades de saúde é a estratégia mais utilizada no cotidiano esquecendo-se por vezes das orientações quanto as mudanças no estilo de vida.

A educação em saúde insere-se nesse patamar como figura preponderante, pois criar meios através dos quais os idosos hipertensos conheçam sua realidade clínica, possibilita o autocuidado, unindo-o ao acompanhamento multiprofissional com a finalidade de observar a visão do paciente a respeito de si mesmo e do tratamento imposto.

As intervenções educativas podem ser utilizadas também como elo entre o tratamento medicamentoso e a memória prejudicada, criar ambientes que permitam o idoso debater seus anseios e dificuldades abrem espaços para o conhecimento de medidas que possam favorecer a tomada da medicação na dose prescrita e no horário estabelecido.

Outro ponto a ser discutido envolve o comparecimento às consultas agendadas, Coelho et al. (2005) afirmam que o comportamento de assiduidade às consultas está associado ou não a uma melhor taxa de controle da pressão arterial e de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso.

Notando-se assim que deve se tentar ao máximo criar uma relação de boa interação com o paciente hipertenso, onde este consiga relatar os anseios, dúvidas e dificuldades no tratamento, independente de quantas consultas sejam realizadas, possibilitando também uma mudança de comportamento quanto ao tratamento anti-hipertensivo.

No presente estudo não foi identificada associação estatística entre os fatores socioeconômicos analisados e a adesão ao tratamento da HAS. Tal fato já foi referido em estudos congêneres (CAVALARI et al.,2012; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; ROCHA et al.,2015).

Estudo que analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para HAS identificou: a normalização da PA, efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento de tomá-los, seu custo, medo de misturá-los com bebidas alcoólicas e com outros medicamentos, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação e de hipotensão como impedimento para continuidade na adesão ao tratamento da HAS (ANDRADE et al., 2002).

Observando-se que a falha no tratamento relaciona-se muito mais a falta de conscientização sobre a doença, os riscos e complicações do que a outros fatores abordados.

O fato pode relacionar-se à diferença existente entre as populações estudadas, que merecem ser avaliadas isoladamente, reconhecendo as necessidades individuais.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um processo sujeito à influência de múltiplos fatores que podem determinar o comportamento do paciente em relação às recomendações clínicas (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Dado o exposto, os dados do estudo sugerem que existe a possibilidade de outros fatores além dos dados socioeconômicos influenciarem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, podendo-se pensar em problemas relacionados com a doença, com o esquema terapêutico, com os profissionais de saúde e com o próprio paciente.

Esses fatores podem ser modificados dentro da própria unidade de saúde, ou seja, caracterizar a população estudada dentro de suas necessidades diárias, conhecer suas dificuldades, levantar hipóteses e por fim intervir na realidade.

Os idosos podem ter seu estilo de vida alterado se houver o comprometimento com seu próprio autocuidado, discutir junto ao idoso hipertenso sobre sua condição de saúde, trazê-lo para estratégia de saúde da família, demonstrar formas de seguir a dieta com baixo custo, realizar intervenções educativas que demonstrem a necessidade da continuidade do tratamento, apresentam-se como fatores determinantes na associação adesão ao tratamento anti-hipertensivo e idoso hipertenso.

O círculo de cultura, utilizado nesta pesquisa, destaca-se como um método capaz de criar um pensamento crítico sobre a condição de vida e do processo saúde doença. É um espaço informal de trocas de experiências, momento de aprendizagem, tornando-se essencial para o esclarecimento de dúvidas e exposição de incertezas. Sendo visto por vezes como local ideal para um apoio social sólido, mostrando-se como um forte aliado na identificação das principais dificuldades no seguimento da terapêutica.

A pesquisa constatou efeito positivo do círculo de cultura na adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos, revelando a importância existente na conscientização dos idosos quanto a seu estado de saúde. O diálogo que o círculo de cultura proporciona gera um nível de reflexão que possibilita o conhecimento sobre as situações de risco que podem prejudicar a qualidade de vida e que possibilitam aos idosos manter uma conduta reflexiva sobre seus atos frente às terapêuticas anti-hipertensivas.

Durante o caminhar metodológico do Círculo de Cultura, é possível adquirir a confiança do grupo, fortalecer o envolvimento e a interação entre animador e participantes, permitindo trabalhar sentimentos como timidez, insegurança, vergonha de falar, e despertando em cada participante a reflexão crítica da realidade. O encontro do educador/educando no



contexto cultural dos sujeitos, permiti o planejamento de métodos e de intervenção que se adéquem ao contexto de vida dos participantes (BRANDÃO-NETO et al.,2014; GOUVEIA, 2000; MONTEIRO; VIEIRA, 2007).

A aplicação do Círculo de Cultura nas pesquisas na área da saúde e da enfermagem envolve oportunidades e desafios. Oportunidades no sentido de possibilitar novos percursos metodológicos na busca do conhecimento. E desafios no sentido de viabilizar novas faces para a qualificação do cuidado em saúde e enfermagem comprometido com a autonomia e o bem-estar social (BRANDÃO-NETO et al., 2014)

Gouveia (2000) ao utilizar o círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack concluiu que é preciso que enfermeiros, como promotores da saúde de jovens, se aproximem da realidade deles, possibilitando discursos de assuntos que muitas vezes, não são reconhecidos pelos jovens como importantes, no sentido de construir a autonomia adequada para a promoção da saúde.

A aproximação do enfermeiro deve ocorrer da mesma forma com a população idosa que se encontra em um patamar de necessidades múltiplas. O diálogo criado em grupos de idosos deve levar em conta o seu conhecimento, dúvidas, problemas e expectativas, olhando-o de forma individual bem como integrada. É necessário que os idosos hipertensos diante de sua condição de saúde encontrem motivações frequentes que os despertem ao seu bem-estar.

Beserra et al. (2011) assumiram a importância do círculo de cultura com um meio efetivo para exercer ações de educação em saúde sobre a sexualidade e a prevenção de DST com adolescentes, observaram que é necessário fazê-los conhecer suas principais necessidades e, em seguida, capacitá-los a reconhecer situações de riscos que prejudicam sua qualidade de vida, bem como levá-los à reflexão sobre suas condutas.

Assim observa-se que a realização dos círculos de cultura viabiliza o surgimento de novos conhecimentos que poderão ser utilizados na prática clínica e no cotidiano dos idosos participantes. Ocorre durante os círculos a socialização de experiências que são fundamentais para mudança de pensamento individual, do grupo e dos facilitadores.

O compartilhamento de ideias é essencial para a modificação do comportamento frente à HAS, pois é notável a necessidade de motivação para seguir o tratamento mais efetivamente, para a adoção de estilo de vida saudável e conseqüente para uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

## 7 CONCLUSÃO

Observou-se que os idosos do estudo possuíam dificuldade no seguimento do tratamento anti-hipertensivo quanto à tomada da medicação nos horários estabelecidos e à redução do consumo de alimentos inadequados. Demonstrando-se a necessidade da realização frequente de intervenções educativas que possibilitem ao idoso hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e conseqüentemente seu tratamento, visando o seguimento adequado da terapêutica tanto medicamentosa como não-medicamentosa.

O nível socioeconômico dos idosos demonstrou-se como fator não significativo na continuidade do tratamento anti-hipertensivo, desenvolvendo a hipótese de que existem outros fatores influenciadores no seguimento da terapêutica e que estes podem ser percebidos no dia-a-dia através da criação de diálogos e intervenções que criem uma realidade plausível de mudanças, ou seja, despertar no idoso a ideia de que ele é sujeito do seu próprio tratamento e que o mesmo é responsável pela criação de elementos capazes de alterar sua qualidade de vida.

A criação de novas intervenções educativas é necessária também, ao passo que impulsionam o cuidado não só ligado ao tratamento medicamento, mas também ao não medicamentoso. Compreende-se que é imprescindível o estudo da adesão ao tratamento da HAS e que mudanças comportamentais influenciará não somente na terapêutica, mas também na qualidade de vida do idoso hipertenso.

O estudo evidenciou o efeito positivo do círculo de cultura como intervenção educativa para o desenvolvimento de mudanças comportamentais diante do tratamento anti-hipertensivo, confirmando a necessidade do estabelecimento de vínculo direto com os idosos hipertensos na atenção primária por meio do partilhamento de vivências em grupo, que ajudam a ressignificar os problemas de saúde e potencializar os recursos individuais e coletivos para o autocuidado.

Os círculos de cultura devem ser realizados constantemente, ganhando relevância à medida que o idoso participante das atividades regulares trará todas as informações para o seu dia-a-dia, criando uma rotina, inserindo nos seus hábitos de vida medidas que são compartilhadas e que acarretarão em melhores resultados para adesão ao tratamento da HAS.

Percebe-se a necessidade de mais estudos acerca de intervenções educativas que utilizem o círculo de cultura nos idosos hipertensos e que demonstrem sua importância na adesão ao tratamento da HAS. Sugere-se também o desenvolvimento de estudos que utilizem o QUATHAS e a escala de adesão ao tratamento da HAS aplicada na presente pesquisa.

Este estudo apresentou limitações, como a falta de um cadastro atualizado dos endereços dos idosos, dificultando o acesso aos domicílios dos participantes tanto para realização da coleta quanto para participação nas intervenções. Encontrou-se também uma dificuldade durante a realização da discussão dos resultados, tendo em vista que a literatura deixa muito a desejar quando se fala em estudos e pesquisas relacionadas ao círculo de cultura nos idosos hipertensos e que demonstrem sua importância nas práticas de adesão ao tratamento da HAS.

Dessarte o enfermeiro possui papel significativo na prática das intervenções educativas realizadas nas unidades de saúde, sendo imprescindível a criação de um vínculo contíguo entre este profissional e o idoso hipertenso, assumindo assim papel importante no estabelecimento de medidas que permitam ao idoso hipertenso o conhecimento da sua condição clínica e, a partir da educação em saúde, estimular o indivíduo a assumir a condição de sujeito do seu tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, W.J.; ARAUJO, A.; CAMPOS, K.F.C. Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enf.Cent. O. Min.**, Minas Gerais, v. 1, n. 4, p. 470-481, 2011.
- ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 375-379, 2002.
- ALMEIDA, O.H.; VERSIANI, E.R.; DIAS, A.R.; NOVAES, G.C.R.M.; TRINDADE, M.V.E. Adesão a tratamentos entre idosos. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007.
- ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saude, Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- BALDISSERA, V.D.A.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 27-32, 2009.
- BACKES, D.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 341-347, 2010.
- BARROS, A.L.B.L.B; COLS; **Anamnese & Exame Físico**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionário para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.
- BESERRA, E.P.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, T.M.G. Pedagogia Freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1563-1570, 2011.
- BRANDÃO-NETO, W.; SILVA, A.R.S.; ALMEIDA-FILHO, A.J.; LIMA, L.S.; AQUINO, J.M.; MONTEIRO, E.M.L.M. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Rev. de Enferm.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 195-201, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 446/012. Brasília, DF, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão

Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde.** Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003.

CAVALARI, E.; NOGUEIRA, M.S.; FAVA, S.M.C.L.; CESARIANO, C.B.; MARTIN, J.F.V. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012.

CAMPOLINA, A.G.; ADAMI, F.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p. 2013.

COELHO, E.B.; MOYSÉS-NETO, M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M.C.M.; GELEILETE, T.J.M.; NOBRE, F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 157-161, 2005.

CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.P.; CORDEIRO, J.A.; RODRIGUES, I.C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 29, n. 3, p. 347-353, 2008.

COTTA, R.M.M.; BATISTA, K.S.; REIS, R.S.; SOUSA, G.A.; DIAS, G.; CASTRO, F.A.F.; ALFENAS, R.C.G. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

DAMASCENO, C.F. Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM2) e profissionais. **(Dissertação)** - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2003.

DANIEL, A.C.Q.G.; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 331-337, 2013.

DEMONER, M.S.; RAMOS, E.R.P.R.; PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.

DESSE, C.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F.V.; CASTEDO, M.C.A. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Rev. Latino-Americana de Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

FELIPE, G.F. Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso. **Dissertação (Mestrado: Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem)** - Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2011.

FELIPE, G.F.; L.C.S.; MOREIRA, T.M.M.; FREITAS, M.C.. Presença implicada e em reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com hipertensão. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 45-49, 2012.

FIGUEIREDO, J.S. Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial sob paradigma da interdisciplinaridade. (Tese) - Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação**. In: Brandão C.R., organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 1999.

FREITAS, L.C.; RODRIGUES, G.M.; ARAÚJO, F.C.; FALCON, E.B.S.; FONTES-XAVIER, N.; COSTA, E.L.; PIRES, C.A.A. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 13-19, 2012.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia de saúde da família sob a ótica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010. .

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, T.D. **Métodos de Pesquisa. EAD**. 1ª ed. Série Educação à distância. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Editora da UFRGS, 2009.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GOMES, T.J.; SILVA, M.V.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.**, [S.I.], v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GOUVEIA, R.M.C. Os enfermeiros dos programas de saúde da família e agentes comunitários de saúde construindo o ser mais por meio dos círculos de cultura. **Dissertação (Mestrado: Assistência de Enfermagem)** - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

GRAVINA, C.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**, [S.I.] v. 14, n. 1, p. 33-36, 2007.

GUSMÃO, J.L.; GINANI, G.F.; SILVA, G.V.; ORTEGA, K.C.; MION-JR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, [S.I.], v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014**. Rio de Janeiro, 2014.

JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Artmed, 2005.

JUNGES, J.R.; BAGATINI, T. Construção de sentido nas narrativas de doentes crônicos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.56, n.2, São Paulo, 2010.

LAGUARDIA, J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 371-93, 2005.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M. P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev Bras de Hipertens**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 383-392, 2001.

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

LOPES, M.C.L.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S.; SOUZA, A.C.; WAIDMAN, M.A. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 14 abril, 2015.

LOYOLA, F.A.I.; FIRMO, J.O.; UCHOA, E.; COSTA, L.M.F. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 444-453, 2011.

MARTINS, A.G.; CHAVAGLIA, S.R.R.; BARDUCHI, R.I.; MARTINS, I.L.M.; GAMBA, M.A. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.

MACEDO, C.F.J.; MARCOPITO, L.F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 557-564, 2004.

MASCARENHAS, C.H.M.; OLIVEIRA, M.M.L.; SOUZA, M.S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão, Jequié, Bahia. **Revista Saúde.com**, v. 2, n. 1, p. 30-38, 2006. Disponível em: <<http://www.uesb.br/>>. Acesso em: 14 abril, 2015.

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**, [S.I.], v. 6, n. 30-41, p. 5-13, 2006.

MENGUE, S.S.; FLORES, L.M. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-926, 2005.

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n.3, p. 397-403, 2010.

MONTEIRO, E.M.L.M. (Re) Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE. **Tese (Doutorado em Saúde Comunitária)** - Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2007.

MOUSINHO, P.L.M.; MOURA, M.E.S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 212-218, 2008.

NASCIMENTO, G. C.A.; ALVES, A.C.P.; ALMEIDA, A.I.M.; OLIVEIRA, C.J. Características da adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” na atenção primária. **Rev. APS**, Minas Gerais, v. 16, n. 4, p. 365-377, 2013.

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.**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

OLIVEIRA, T.L.; MIRANDA, L.P.; FERNANDES, P.S.; CALDEIRA, A.P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n 2, p. 179-184, 2013.

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

PIERIN, A.M.G.; MARRONI, S.N.; TAVEIRA, L.A.F.; BENSEÑOR, I.J.M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 1389-400, 2011.

PICON, R.V; FUCHS. F.D.; MOREIRA, L.B.; FUCHS, S.C. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am. J. Hypertens.**, [S.I.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013.

PICON, R.V; FUCHS. F.D.; MOREIRA, L.B.; RIEGEL, G.; FUCHS, S.C. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. **PLoS ONE**, [S.I.], v. 7, n. 10, 2012.

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ª. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

RODRIGUES, M.T.M. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI). **Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)** - Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2012.

ROCHA, T.P.O.; FIGUEREDO-NETO, J.A.; FERNANDES, D.R.; SANTANA, E.E.C.S.; ABREU, J.E.R.; CARDOSO, R.L.S.; MELO, J.B. Estudo comparativo entre diferentes



métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. **Int J Cardiovasc Sci**, [ S.I.], 2015.

SCAIN, S.F. Avaliação do Efeito de um modelo de educação para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 que não usam insulina. **Tese ( Doutorado em Ciências Médicas: Endocrinologia)** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SANTA HELENA, E. T. Adesão ao tratamento farmacológico de usuários com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau. **Tese (Doutorado em Ciências)** – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P.; OLIVEIRA, J.S.V.; FROTA, N.M.; NASCIMENTO, J.C. Adesão do usuário Hipertenso à terapêutica medicamentosa. **Rev Rene**, Santos, SP, v. 14, n. 1. p. 11-22, 2013.

SHNEM, G.D.; SILVA, F.M.; BUDÓ, M.L.D.; PERLINI, N.M.O.G.; GARCIA, R.P.; SILVA, D.C. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 76, n. 3, p. 347-353, 2014.

SILVA, K.O.; MASCARENHAS, G.D.M.; SOUSA, S.S.; SILVA, P.A.; FARIA, L.A. Perfil da adesão à terapêutica medicamentosa por pacientes geriátricos participantes de um grupo de convivência na cidade de vitória da conquista, BA. **InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.2, p.77-95, 2014.

SOUSA, A.L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G, organizadora. **Hipertensão arterial- Uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole. p. 165- 184, 2005.

SOUSA, L.B.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; PINHEIRO, A.K.B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev enferm UERJ**. 2010; 18:55-60.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensao/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensao**. Arq. Bras. Cardiol, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010.

STURMER, G.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINT O, M.T.A.; MENEZES, A.M.B.; GIGANTE, D.P.; MACEDO, S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1727-1737, 2006.

TAVARES, N.U.L.; BERTOLDI, A.D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A.; FRANÇA, G.V.A.; MENGUE, S.S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007.

VASCONCELOS, F.F.; VICTOR, J.F.; MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.18, n. 2. P. 178-183, 2005.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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**

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



**ANEXOS**

**ANEXO A - QATHAS (Questionário de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica)**

**PARTE 1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
NOME
ENDEREÇO
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>
Sexo 1 ( <input type="checkbox"/> )M 2 ( <input type="checkbox"/> )F
Idade: _____ anos
Nível de Instrução
1 ( <input type="checkbox"/> ) Alfabetizada
2 ( <input type="checkbox"/> ) Até o 5º ano( antiga 4º série)
3 ( <input type="checkbox"/> ) Ens. Fundamental incompleto
4 ( <input type="checkbox"/> ) Ens. Fundamento Completo
5 ( <input type="checkbox"/> ) Ens. Médio incompleto
6 ( <input type="checkbox"/> ) Ens. Médio Completo
7 ( <input type="checkbox"/> ) Ens. Superior Completo
8 ( <input type="checkbox"/> ) Ens. Superior incompleto
9 ( <input type="checkbox"/> ) Pós- graduação
10 ( <input type="checkbox"/> ) Não frequentou escola
Raça/ Cor
1 ( <input type="checkbox"/> ) Branca
2 ( <input type="checkbox"/> ) Preta
3 ( <input type="checkbox"/> ) Parda
4 ( <input type="checkbox"/> ) Amarela
5 ( <input type="checkbox"/> ) Indígena
6 ( <input type="checkbox"/> ) NRA
Religião ( praticada)
1 ( <input type="checkbox"/> ) Católica
2 ( <input type="checkbox"/> ) Protestante
3 ( <input type="checkbox"/> ) Espírita
4 ( <input type="checkbox"/> ) 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)
O (a) senhor (a) tem filhos (as)?
1 ( ) sim
2 ( ) não
Nº de filhos:
Nº de pessoas que residem em sua casa:
Possui um cuidador:
1 ( ) sim. Qual (is):
2 ( ) não
<b>DADOS CLINICOS</b>
Possui alguma doença além da Hipertensão:
1 ( ) sim. Qual (is):
2 ( ) não
Sua acuidade auditiva encontra-se
1 ( ) Preservada
2 ( ) Diminuída
3 ( ) Ausente
Sua acuidade visual encontra-se
1 ( ) Preservada
2 ( ) Diminuída
3 ( ) Ausente
Como percebe seu estado de saúde
1 ( ) Ótima 2 ( ) Boa 3 ( ) Má ou péssima
Pressão artéria sistólica ( PAS):

Pressão artéria diastólica ( PAD):
Peso:
Altura:
IMC:
Circunferência abdominal:

## PARTE 2: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

ITENS
1-Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS?
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez ao dia
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por semana
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por mês
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por ano
<input type="checkbox"/> não
2-Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS, conforme dose prescrita?
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez ao dia
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por semana
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por mês
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por ano
<input type="checkbox"/> não
3-Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS nos horários estabelecidos?
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez ao dia
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por semana
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por mês
<input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por ano
<input type="checkbox"/> não
4-Faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5-Seguir tratamento medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6- Ao iniciar o tratamento da HAS, diminui o sal da alimentação?
<input type="checkbox"/> não

<input type="checkbox"/> sim, reduzi à terça parte
<input type="checkbox"/> sim, como praticamente ensosso
<input type="checkbox"/> sempre fiz uso de uma alimentação pobre em sal
7- Ao iniciar o tratamento da HAS, diminui a gordura da alimentação
<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> sim, reduzi à terça parte
<input type="checkbox"/> sim, como praticamente sem gordura
<input type="checkbox"/> sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gordura
8- Ao iniciar o tratamento da HAS passou a preferir o consumo de carnes brancas?
<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> sim, consumo carne branca ate 03 vezes na semana
<input type="checkbox"/> sim, consumo carne branca 04 vezes ou mais na semana
<input type="checkbox"/> sempre consumi carnes brancas no mínimo 4 vezes por semana.
9- Ao iniciar o tratamento da HAS, diminui o uso de doces e bebidas com açúcar?
<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> sim, reduzi à terça parte
<input type="checkbox"/> sim, como praticamente sem açúcar/doce
<input type="checkbox"/> sempre fiz uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar.
10- Com o início do tratamento da HAS, passou a realizar pelo menos 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)?
<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> sim, menos de 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/> sim, de 3 a 5 vezes por semana
<input type="checkbox"/> sim, mais de 5 vezes por semana
<input type="checkbox"/> sempre fiz exercício físico pelo menos 3 vezes por semana.
11- Seguir o tratamento não medicamentosos da HAS tornou-se rotina em sua vida?
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
12- Comparece as consultas agendadas para o tratamento da HAS?
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

\*Adaptado de Rodrigues (2012)



## ANEXO B- Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LETRAMENTO EM SAÚDE E CÍRCULO DE CULTURA PARA ADEÇÃO TERAPÊUTICA DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

**Pesquisador:** Neiva Francenely Cunha Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19938213.8.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 401.244

**Data da Relatoria:** 19/09/2013

## Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo experimental e de intervenção a ser desenvolvido em uma unidade de saúde da família da zona urbana do município de Picos, Piauí. Para o acesso aos idosos que participarão do estudo, serão realizadas visitas à unidade e, na oportunidade, todos os idosos com hipertensão que frequentam regularmente as consultas serão convidados a participar da pesquisa. Estes idosos serão alocados em momento posterior, de forma randomizada, em dois grupos: intervenção e controle, e estima-se a participação de 40 idosos neste primeiro contato, sendo 20 idosos em cada grupo. O Grupo Intervenção será composto por idosos alfabetizados (saber ler e escrever) e com hipertensão sem associação ao diabetes mellitus. O Grupo Controle será composto por idosos alfabetizados (saber ler e escrever) e com hipertensão, com ou sem associação ao diabetes. O estudo será desenvolvido em três fases. Na primeira fase será aplicado o Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão (QATHAS), um instrumento que identifica as características sociodemográficas e clínicas dos idosos e o nível de adesão ao tratamento da hipertensão, além de um formulário que determina o letramento em saúde de pessoas idosas. Na segunda fase da pesquisa será realizada a intervenção (Círculos de Cultura) no Grupo Intervenção. Na terceira fase da pesquisa, os instrumentos utilizados no início do estudo serão reaplicados nos dois grupos (Intervenção e Controle). As etapas dos Círculos de Cultura também serão consideradas

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 401.244

instrumentos para coleta de dados por meio de registro da observação participante, documentação fotográfica e filmagem, além do diário de campo.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Analisar o círculo de cultura como promotor do letramento em saúde e adesão terapêutica em idosos com hipertensão.

**Específicos:** Descrever o estágio inicial do letramento em saúde e da adesão ao tratamento da hipertensão da clientela em estudo; Implementar intervenção educativa com base no Círculo de Cultura;

Caracterizar o estágio final do letramento em saúde e adesão terapêutica; Averiguar a eficácia da intervenção educativa implementada (Círculo de Cultura) pautada na comparação entre os valores iniciais e finais de letramento em saúde e adesão terapêutica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A realização da pesquisa apresenta desconfortos ou riscos mínimos aos envolvidos.

**Benefícios:** realização de intervenção educativa para ampliar o letramento em saúde de idosos com hipertensão e assim favorecer sua adesão ao tratamento e melhorar, por conseguinte, sua condição de saúde e compreensão do processo de cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e relevante para área da enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados: cronograma; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; currículo; folha de rosto; declaração de concordância; TCLE para grupo 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:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3386-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepei@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 401.244

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

**ANEXO C- Termo de Autorização para Publicação Digital na Biblioteca "José Albano de Macedo"**



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

**Identificação do Tipo de Documento**

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

Eu, Kelliane de Moura Costa,  
 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 Adesão ao Tratamento 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 2013.

Kelliane de Moura Costa.  
 Assinatura

Kelliane de Moura Costa.  
 Assinatura

