



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE – EDUCAÇÃO MÉDICA
(ESEM)

MÁRCIA REGINA MOTA RIBEIRO

**CARTILHA SEM LETRAS PARA IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
Uma Estratégia de Ensino para Adesão ao Tratamento**

BELÉM
2018

MÁRCIA REGINA MOTA RIBEIRO

**CARTILHA SEM LETRAS PARA IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
Uma Estratégia de Ensino para Adesão ao Tratamento**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ismaelino Mauro Nunes Magno

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R482c Ribeiro, Marcia Regina Mota

Cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica: uma estratégia de ensino para adesão ao tratamento / Marcia Regina Mota Ribeiro; orientador, Ismaelino Mauro Nunes Magno. – Belém, PA, 2018.

54f.

Referências: f. 43-47

Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, PA, 2018.

1. Idoso 2. Hipertensão arterial sistêmica 3. Educação em saúde 4. Materiais Educativos e de Divulgação I. Magno, Ismaelino Mauro Nunes. II. Título

CDD: 370.152

MÁRCIA REGINA MOTA RIBEIRO

**CARTILHA SEM LETRAS PARA IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
Uma Estratégia de Ensino para Adesão ao Tratamento**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

Apresentado em: ____/____/____

Avaliação:

BANCA EXAMINADORA:

_____ - Orientador
Prof. Dr. Ismaelino Mauro Nunes Magno
Centro Universitário do Pará - CESUPA

Prof. Dr. Leonardo Mendes Acatauassu Nunes
Centro Universitário do Pará - CESUPA

Profa. Dra. Márcia de Fátima Maciel de Rojas
Centro Universitário do Pará - CESUPA

Prof. Dr. Yuji Magalhães Ikuta
Centro Universitário do Pará - CESUPA

“Bem sei que tudo podes, e nenhum dos
teus planos pode ser frustrado”
Jó 42.2

AGRADECIMENTOS

A Deus por seu zelo e cuidado por minha vida, e fortalecimento em minha caminhada.

A família pelo apoio, mãe, esposo e filhas.

A orientadora Profa. Dr. Ismaelino Mauro Nunes Magno por seu apoio e orientações. Sou grata. Fica a minha admiração que já era grande e só aumentou. Obrigado por tudo.

A Bibliotecária Luciene Cavalcante, pelo apoio e amizade.

A Marizeth Carvalho de Andrade, pela estatística. Obrigada pelo indispensável auxílio.

Aos colegas de mestrado que estiveram juntos no decorrer dessa caminhada.

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com objetivo de validar uma cartilha sem letras para idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como estratégia de ensino para viabilizar a adesão ao tratamento. O protocolo de pesquisa foi aprovado, em seus aspectos éticos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CESUPA, sob o parecer número 2.910.589, CAEE 96407118.5.0000.5169. A Validação do Protocolo de pesquisa foi feita por profissionais experientes que atuam na atenção básica no ensino e na pesquisa. Os tópicos de avaliação considerados pelos juízes foram elaborados em formato de questionário, com a escala de Likert modificada. Participaram da pesquisa, idosos portadores de HAS, lúcidos e capazes de responder coerentemente aos instrumentos de coleta de dados, residentes na instituição de longa permanência Abrigo João de Deus. O estudo consistiu de cinco fases: 1) Elaboração da Cartilha; 2) Validação pelos juízes; 3) Palestra para os idosos institucionalizados; 4) Aplicação da cartilha aos idosos; 5) Aplicação do índice de satisfação da cartilha com o idosos. O público selecionado para atuarem como juízes, 12 (70,6%) responderam em tempo hábil a escala elaborada para análise. A avaliação geral realizada pelos juízes alcançou pontuação de 85.0% com conceito muito bom. Quanto a população alvo, 15 (71,4%) idosos com HAS participaram das fases que envolveram o uso da cartilha. A criação da cartilha vem ocorrendo para facilitar a atender ações em saúde, que reconheçam as verdadeiras necessidades dos idosos e cuidadores, promovendo mudanças no comportamento e nos cuidados oferecidos, e facilitando o trabalho da equipe multidisciplinar, com as recomendações sugeridas pelos juízes, adequa-se uma cartilha, atrativa, objetiva e não extensa, para que os idosos conheçam a importância do tratamento não farmacológico da HAS.

Palavras Chave: Idoso. Hipertensão Arterial Sistêmica. Educação em Saúde. Materiais Educativos e de Divulgação.

ABSTRACT

This is a cross-sectional and descriptive study aimed at validating a letter-free booklet for elderly patients with systemic arterial hypertension (SAH) as a teaching strategy to enable adherence to treatment. The research protocol was approved, in its ethical aspects, by the Committee of Ethics in Research (CEP) of CESUPA, under the number 2,910,589, CAEE 96407118.5.0000.5169. The Validation of the Research Protocol was done by experienced professionals who work in basic attention in teaching and research. The evaluation topics considered by the judges were elaborated in a modified Likert scale questionnaire format. Elderly people with SAH, lucid and able to respond consistently to the data collection instruments, were residents of the institution Abrigo João de Deus. The study has been developed consisted of five phases: 1) Elaboration of the Primer; 2) Validation by the judges; 3) Lecture for the institutionalized elderly; 4) Application of the booklet to the elderly; 5) satisfaction index of the booklet. In the public selected to act as judges, 12 (70.6%) responded in a timely manner to the scale elaborated for evaluation. The general evaluation carried out by the judges reached a score of 85.0% with a very good concept. While population's target reached 15 (71.4%) elderly people with SAH participated in the phases were the use of the booklet was involved. The creation of the booklet has been occurring to facilitate health care actions that recognize the true needs of the elderly and caregivers, promoting changes in behavior and the care offered, facilitating the work of the multidisciplinary team, with the recommendations suggested by the judges, a attractive booklet, objective and non-extensive shown itself a usefull toll, so that the elderly know the importance of non-pharmacological treatment of hypertension.

Keywords: Aged. Systemic Arterial Hypertension. Education in Health. Educational and Disclosure Materials

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	O Envelhecimento Populacional	10
1.2	Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica	11
1.2.1	No mundo	11
1.2.2	No Brasil	12
1.2.3	No Estado do Pará.....	13
1.3	Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica	14
1.4	Fatores Responsáveis para não Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica de Idosos	16
2	EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE	18
2.1	Estratégias Educativas Utilizados na Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	19
3	JUSTIFICATIVA	21
4	OBJETIVOS	22
4.1	Geral.....	22
4.2	Específicos	22
5	PRODUTO DESENVOLVIDO	23
6	MATERIAL E MÉTODOS.....	24
6.1	Fases do Estudo	24
6.2	Análise de dados	26
7	RESULTADOS	27
8	DISCUSSÃO.....	36
9	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS	43
	Apêndice A - Escala de Validação para os Juízes	49
	Apêndice B – Cartilha sem Letras	50
	Apêndice C- Tabela de likert modificada – Idosos	52
	Anexo A – Anuência do Abrigo João de Deus.....	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Envelhecimento Populacional

A população mundial está envelhecendo rapidamente. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) o planeta, que atualmente comporta 7,3 bilhões de pessoas, abrigará 11,2 bilhões em 2100 - um crescimento de 53%. O envelhecimento ocorrerá em diversos locais do planeta, começando pela Europa, onde 34% da população terá mais de 60 anos até 2050. Na mesma década, esta faixa etária representará 25% dos asiáticos e latino-americanos. A expectativa de vida no planeta, hoje de 71,7 anos, saltará para 83,2 anos este século. No Brasil, a estimativa atual de 75,4 alcançará 88,6 (GRANDELLE, 2016). No critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos (FELIX, 2007).

Todo esse cenário reforça a importância de se programar políticas que abracem os princípios do envelhecimento ativo, definido pela OMS, em 2002, como o processo de otimizar as oportunidades para saúde, participação e segurança/proteção de modo a aumentar a qualidade de vida a medida em que as pessoas envelhecem. Na prática, para o indivíduo que envelhece, seja qual for sua idade, estabelece-se o acúmulo de quatro capitais essenciais para o bem envelhecer: saúde, capital intelectual, capital social e o financeiro (KALACHE, 2017).

Nessa expectativa, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. (BRASIL, 2006).

Assim, faz-se necessário por parte do profissional de saúde desenvolver a avaliação funcional para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários à essas pessoas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas.

1.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

1.2.1 No mundo

No contexto de vertiginosas modificações sócio demográficas e de vulnerabilidade das pessoas idosas, exige-se novas formas de organização dos serviços de saúde, os quais passam a lidar com um perfil epidemiológico que se caracteriza pelo predomínio de doenças crônicas degenerativas, sobretudo as cardiovasculares e do sistema endócrino, acarretando uma assistência de longa duração, com ênfase no controle dos fatores de risco. Dentre os agravos mais importantes da população idosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais prevalentes e que mais causa complicações (ESPERANDIO et al., 2013).

HAS é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), caracterizada pela alta prevalência e baixo controle dos níveis pressóricos, aumentando significativamente o risco cardiovascular, cerebrovascular e de doenças renais. A OMS indica que 25% a 60% da população adulta sofre de HAS no mundo, aumentando essa taxa conforme a faixa etária (ALMEIDA, 2015).

Segundo Hernandez-Vila (2015) um de cada 3 adultos americanos – ou aproximadamente 67 milhões de adultos (31%) – tem hipertensão. A pressão arterial elevada custa à nação US \$ 47,5 bilhões a cada ano.

No cenário internacional o grande estudo chamado *Prospective Urban Rural Epidemiology* (PURE) que teve o objetivo de examinar a prevalência, consciência, tratamento e controle de hipertensão em 17 países (cerca de 142.000 participantes) de diferentes níveis econômicos foi encontrada uma prevalência de 40.1% (36,7% – 43,6%) na população urbana e 39,2% (35,8% - 42,6%) na população rural, com uma idade média geral de 50,58 anos (DP = 9,7). O tratamento e o controle da hipertensão foram maiores em comunidades urbanas, em comparação com os níveis rurais. A baixa escolaridade foi associada a menores taxas de conscientização, tratamento e controle em países de baixa renda. Entre a população do estudo, 46,5% dos participantes com hipertensão estavam cientes do diagnóstico, com controle de pressão arterial entre 32,5% dos que estavam sendo tratados (CHOW et al., 2013).

Em 2016, Irazola e cols. desenvolveram uma pesquisa em 9 países de renda baixa e média (África, Ásia e América do Sul). A proporção de consciência variou de

33,5% na Índia para 69,0% no Peru; a proporção de tratamento entre aqueles que estavam cientes de sua hipertensão variou de 70,8% na África do Sul para 93,3% no Paquistão; e a proporção de controle de PA variou de 5,3% na China para 45,9% no Peru. Os autores relatam que a prevalência de hipertensão varia amplamente em diferentes comunidades. A taxa de consciência, tratamento e controle também difere em diferentes configurações e que existe uma clara necessidade de se concentrar no aumento da conscientização e controle de hipertensão.

1.2.2 No Brasil

Epidemiologicamente na velhice o idoso passa a apresentar aumento da incidência de DCNT que podem resultar em incapacidades. No Brasil, as DCNT também representam problema de saúde de grande magnitude. Em 2007, 72,0% dos óbitos no país foram decorrentes dessas doenças, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas mas, principalmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e aqueles de baixa escolaridade e renda (FREITAS; GARCIA, 2012). Dentre estas doenças encontra-se a HAS, também conhecida como pressão alta, doença altamente prevalente em indivíduos idosos, tornando-se fatores determinantes na morbidade e mortalidade desta população.

No Brasil, a prevalência da HAS, varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para as pessoas entre 60 a 69 anos e 75% para aqueles com mais de 70 anos. Por ser uma patologia, em geral, assintomática e de risco para baixa adesão ao tratamento, faz-se necessário o acompanhamento por uma equipe multiprofissional, a fim de evitar possíveis complicações (OLIVEIRA et al., 2017).

No contexto da organização da atenção primária, o Ministério da Saúde implantou o sistema Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a estes pacientes (FREITAS et al., 2012).

Segundo Cláudia e Liliane (2010), por ser uma doença multifatorial, o tratamento da HAS se torna mais efetivo com o apoio de uma equipe multiprofissional, do paciente e de sua família. O cuidado envolve também ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade de mudanças nos hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto.

1.2.3 No Estado do Pará

O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil. É o segundo maior estado do país, dividido em 144 municípios, é o mais populoso estado da região norte, contando com uma população de 7.321.493 habitantes. Sua capital, Belém, reúne em sua região metropolitana cerca de 2,1 milhões habitantes, sendo a maior população metropolitana da região Norte (PARÁ, 2017).

No Estado do Pará, dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), mostram que em agosto de 2005 havia 98.780 pessoas com hipertensão arterial cadastradas e, dessas 90.247 pessoas acompanhadas (SILVA et al., 2007).

Em Belém, de cada grupo de 100 moradores quatro são hipertensos, segundo uma pesquisa realizada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), do Ministério da Saúde (FISCHER, 2017).

Lima, Meiners e Soler (2010) fizeram um estudo onde foram entrevistados 100 idosos para a medida de adesão ao tratamento utilizando a escala de Likert modificada. Do total 45% foram estabelecidos como de "maior adesão" e 55% como de "menor adesão". Quanto à não adesão ao tratamento, infere-se como possíveis causas as variáveis "classificação da pressão arterial com tratamento", "quantidade utilizada de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica", "efeito colateral do(s) remédio(s)" e "associação com outras doenças".

Tavares et al. (2014) desenvolveram um estudo, cujo objetivo foi estimar fatores de risco cardiovasculares. Os dados foram coletados do Formulário de Cadastro do HIPERDIA. Foram identificados: pressão arterial elevada, tanto sistólica (89,4%) quanto diastólica (64,1%); circunferência abdominal aumentada (homens: 63,2%; mulheres: 88,6%); presença de antecedentes familiares cardiovasculares (45,5%); tabagismo (27,6%); sedentarismo (57,9%); sobrepeso e obesidade (75,2%). O teste U de Mann-Whitney evidenciou que, em média, o fator de risco é igual para

homens e mulheres, e que existiu influência do sedentarismo em pessoas que apresentaram acidente vascular encefálico. A coexistência dos fatores de risco com a hipertensão arterial, está presente em 91,1% da amostra pesquisada.

Verifica-se certa escassez de estudos no âmbito da atenção básica em Unidades de Saúde do estado do Pará, que envolvam o perfil epidemiológico da HAS em idosos, com vistas ao planejamento de ações que venham configurar a realidade vivenciada, facilitando a atuação e eficácia da equipe da saúde da família, possibilitando a melhoria da qualidade de vida dessa população.

1.3 Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2016), hipertensão arterial é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Recomenda-se, pelo menos, a medição da pressão arterial a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg.

Tratamento não O tratamento não medicamentoso da pressão arterial envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (SBC et al., 2016).

O aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial tanto em adultos quanto em crianças. A relação entre sobrepeso e alteração da pressão arterial já pode ser observada a partir dos 8 anos. O aumento da gordura visceral também é considerado um fator de risco para hipertensão arterial. Reduções de peso e de circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da pressão arterial e melhora metabólica (Quadro 1).

O sucesso do tratamento da hipertensão arterial com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. Dietas como: *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH); dieta do Mediterrâneo e as dietas vegetarianas estão sendo utilizadas com a finalidade de baixar a pressão arterial. O foco em apenas um único nutriente ou alimento tem perdido espaço para a análise do padrão alimentar total, que permite avaliar o sinergismo entre os nutrientes/alimentos.

Corroborando, Rocha (2013) ressalta que as modificações de estilo de vida, que o paciente deverá fazer são: perda de peso se houver excesso ponderal para

atingir um índice de massa corpórea (IMC) saudável (20-25 kg/m²) e o perímetro abdominal; restrição do sal (cloreto de sódio 5-6 g/dia); moderação do consumo de álcool (20-30 g/dia de etanol em homens e 10-20 g/dia em mulheres); prática de atividade física regularmente (30-60 minutos, 5 a 7 dias por semana, adequada à saúde e tolerância); dieta variada e equilibrada com aumento do consumo de frutas e vegetais (4-6 porções/dia) e de produtos lácteos com baixo teor de gordura (gorduras saturadas e colesterol) e cessação tabágica.

Nesse contexto, ressalta-se a atuação da equipe multiprofissional que tem como objetivo principal o controle da hipertensão arterial, estando diretamente relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SBC et al., 2016).

A HAS pode aumentar o risco de ataques cardíacos e derrames. Uma das decisões mais importantes no tratamento de pessoas com pressão arterial elevada é a classe de medicamentos a ser usada primeiro. Essa decisão tem consequências importantes em termos de resultados e custos de saúde.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBC, 2010).

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado (BRASIL, 2006).

A avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham (BRASIL, 2006).

A figura 1 apresenta o esquema terapêutico da HAS, segundo a 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial (2016).

1.4 Fatores Responsáveis para não Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica de Idosos

Entender as motivações dos pacientes para não aderir ao tratamento é relevante, pois a prevalência de doenças crônicas tem aumentado e seu tratamento se concentra na mudança de estilos e hábitos de vida. Embora os tratamentos sejam geralmente eficazes, a adesão do paciente é baixa, cerca de 30% a 60% para medicação e menor para dieta e exercício (HERRERA; MONCADA; DEFEY, 2018).

Ainda, segundo Herrera Moncada e Defey (2018), alguns pesquisadores conceituaram a adesão como um processo complexo que inclui variáveis como paciente, profissional de saúde, sistema de saúde, doença e terapia, como autoeficácia do paciente, conscientização do problema e informações sobre a doença, complexidade e dosagem do tratamento e visibilidade dos sintomas.

Nesse contexto, Barbosa e Lima (2006) relatam que é difícil detectar a falta de adesão e ainda mais difícil é quantificá-la. Ela pode variar de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem aumenta quando a falta de adesão se relaciona ao estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo etc.

Corroborando, Pinheiro (2009) explica que para o idoso é mais difícil aderir ao tratamento por motivos que incluem a, não compreensão do esquema terapêutico, não enxergar as instruções, não conseguir abrir os frascos ou seja, limitações que o impedem de atingir êxito em tarefas simples do dia a dia.

Dourado e cols. (2011) relataram que o esquecimento, a usual inexistência de sintomas e a desmotivação constituem principais fatores para a não adesão ao tratamento medicamentoso, e que apesar do conhecimento das questões sobre a necessidade de uma dieta equilibrada, hipossódica e hipolipídica, controle do peso, importância da atividade física, controle do nervosismo, necessidade do uso correto da medicação, diminuição ou abandono do fumo e álcool e regularidade nas consultas, o processo de adesão ao tratamento é complexo e demorado, mesmo o idoso relatando ser capaz de ajudar no controle da pressão arterial.

Cunha e cols. (2012) identificaram como principais causas de não adesão ao tratamento medicamentoso os efeitos desagradáveis, além das dificuldades na obtenção dos medicamentos, considerando que a maioria dos idosos obtém seus

remédios na rede pública, e falta de orientações sobre a doença e o uso dos fármacos.

Assim, Freitas, Nielson e Porto (2015) enfatizam que não basta fazer o diagnóstico e propor esquemas de tratamento. É preciso compreender os fatores que impedem o paciente de seguir as recomendações. Somente assim, será possível intervir com eficácia, obtendo-se aumento na taxa de adesão do paciente idoso ao tratamento antihipertensivo.

2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

Tem havido um constante aumento do interesse global em educação médica, uma maior consciência da necessidade de experiência em habilidades educacionais para todos os profissionais de saúde. Há portanto, uma necessidade de fornecer suporte ativo na educação médica para um grupo maior de pessoas em todas as profissões de saúde e em todas as fases de seu desenvolvimento profissional pessoal (DENT; HARDEN; HODGES, 2017).

A cada ano, novas idéias e novas tendências na educação médica tornam-se aparentes, essas mudanças exigem um maior desenvolvimento de procedimentos reconhecidos ou o surgimento de novas abordagens.

O Brasil vem acompanhando essa série de mudanças a fim de reorientar a formação dos profissionais da saúde, por meio da reformulação do modelo de atenção à saúde com base nos princípios da atenção primária à saúde e na implementação de programas educacionais orientados para uma formação generalista e que apresente a atenção primária à saúde como eixo estruturante da prática profissional (OLIVEIRA et al., 2017).

Com isso, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), tornou claro o egresso do curso médico para que os alunos desenvolvam um conjunto de habilidades, competências e atitudes que o capacite para o atendimento aos doentes nos diferentes cenários (FRAGA; PEREIRA JÚNIOR; FONTES, 2014; SANT'ANA; PEREIRA, 2016).

Nesse contexto, o Centro Universitário do Pará (CESUPA) em seu modelo pedagógico do curso de medicina fundamenta-se no paradigma da integralidade, ou seja, organiza-se na concepção pedagógica centrada no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo. É orientado para a comunidade, utilizando várias metodologias ativas, privilegia a problematização e aprendizagem baseada em problemas (CESUPA, 2016).

Assim, dentro da grade do curso de medicina do CESUPA é disponibilizado o módulo de interação em saúde na comunidade (MISC), proposta educacional baseada na comunidade, com trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Nesse enquadramento, sendo a hipertensão uma patologia de alta prevalência na população, é de suma importância que os discentes do curso de medicina saibam manejar de forma integral a abordagem destes pacientes,

orientando na conduta e auxiliando na prescrição de medidas farmacológicas e não medicamentosas, a partir disto, tendo em vista a grade curricular deste alunos nota-se que o MISC por ser desenvolvido continuamente nos quatro primeiros anos do curso, tem como ambiente de ensino deste módulo a comunidade em torno da unidade básica de saúde (área de abrangência) que inclui grupos sociais, escolas, locais de trabalho, instituições sociais e famílias, será o cenário ideal para aplicação da cartilha sem letras dentro da educação médica, permitindo aos universitários a aplicação das mesmas nos idosos de sua unidade saúde da família (USF).

2.1 Estratégias Educativas Utilizados na Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A busca por um processo de ensino e aprendizagem que possa corresponder as necessidades dos envolvidos na construção do conhecimento, tem avaliado e implantado diversos métodos, abordagens e recursos; criando modelos e programas em que todos se beneficiem. Ferrari, Souza e Dias (2016) enfatizam que a produção constante de conhecimento e a aplicação cada vez mais da tecnologia faz com que haja a necessidade inerente da busca por métodos e modelos que visem garantir a aplicação prática, instigando a busca de soluções.

Oliveira, Lopes e Fernandes (2014) reforçam que o uso crescente de materiais educativos possibilita o processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor, paciente, família e o material educativo. Com isso, traz desafios e exige definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo. O material de ensino pode ter impacto positivo na educação de pacientes e ser capaz de ajudá-los a responder às perguntas que possam surgir quando esse não estiver interagindo com o profissional de saúde (HOFFMANN; WARRALL, 2004).

Neste contexto, a utilização de material como as cartilhas ou manuais, formulado de maneira objetiva, utilitária, com imagens e fácil de ser compreendido desempenham um papel importante na educação em saúde (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Oliveira, Lopes e Fernandes (2014) elucidam que a abordagem participativa utilizada na construção do material educativo permite identificar as necessidades do público-alvo, e indicar o conteúdo dos materiais correspondendo às suas próprias

demandas.

Nessa perspectiva, repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionadas à comunidade, é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde (CÂMARA et al., 2012).

Demir, Ozsaker e Ilce (2008) desenvolveram um estudo onde foram examinados 59 exemplares de material educativo escrito, usados para educação de pacientes. Desses, 25 eram brochuras, 16 páginas de papel simples (papel A4) e oito livretos. A adequação dos materiais educativos recebeu baixa pontuação para conteúdo, ilustração, índice, gráfico e contraste da escrita e alta pontuação para grau de instrução, aprendizagem, motivação e adequação com a cultura. Reforça-se que os materiais educativos escritos deveriam ser preparados por profissionais de saúde, considerando as diretrizes para preparar material de educação em saúde e a população alvo.

Freitas e Resende Filho (2011), avaliaram os modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde através de uma revisão bibliográfica, encontraram entre as principais orientações nos artigos analisados, a consideração da cultura e do saber dos receptores na produção de materiais impressos, e a criação de espaços para reflexão e compartilhamento de conhecimentos entre clientela e profissionais.

Várias metodologias podem ser aplicadas, para desenvolver modelos de tecnologias educativas de saúde direcionadas à comunidade. Aqui apresentaremos um exemplo de metodologia que será realizado em papel, sendo eficaz em gerar este conhecimento e cumprir com os resultados para a área da saúde.

3 JUSTIFICATIVA

No sentido de abranger a população alfabetizada ou não de idosos hipertensos, foi projetada a elaboração e validação de uma cartilha sem letras de fácil compreensão. Para isso, ela contém figuras que facilitam a compreensão ao tratamento e prevenção da HAS. Uma tecnologia educacional que surge para mediar a educação em saúde, pois muitas das vezes na atividade educativa o profissional utiliza linguagem técnica que o paciente não compreende.

Intenciona-se com a cartilha possibilitar o estímulo, autonomia e a independência dos idosos, no intuito de facilitar o estímulo cognitivo dos mesmos. A experiência descrita e validada da cartilha neste estudo pode ser ampliada para contribuir com segmento nas Unidades Saúde da Família nas práticas educativas em saúde.

Espera-se contribuir na construção de um trabalho que envolve uma equipe multidisciplinar, utilizando métodos lúdicos e didático para a educação em saúde dos idosos e seus cuidadores. Dentro desse contexto, a cartilha sem letras poderá ajudar pacientes idosos e familiares no manejo diário da hipertensão arterial, em suas nuances que por vezes pelo desconhecimento e tabus do cotidiano não aderem de forma correta ao tratamento desta patologia, seja no ponto de vista, alimentar, nos hábitos diários ou ainda na ingestão de seus medicamentos.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Elaboração e validação de uma cartilha sem letras para idosos portadores de HAS como estratégia de ensino para viabilizar a adesão ao tratamento.

4.2 Específicos

1. Conhecer a importância do tratamento não farmacológico da HAS através da cartilha;
2. Esclarecer aos idosos portadores de HAS a importância da alimentação saudável por meio da cartilha;
3. Conhecer a importância da atividade física como fator importante no tratamento da HAS;
4. Aplicar a cartilha elucidando as medidas preventivas no que diz respeito a HAS;
5. Conhecer através da cartilha o nível de autonomia dos idosos institucionalizados no Abrigo João de Deus.

5 PRODUTO DESENVOLVIDO

Por meio dos resultados encontrados, o trabalho servirá de base para a confecção do produto abaixo:

- ✓ Validar uma cartilha sem letras para idosos portadores de HAS.

6 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracteriza-se por transversal e descritivo, com intuito de validar, uma tecnologia para auxiliar o idoso portador de HAS no processo de adesão ao tratamento. Tendo conhecimento de que a metodologia científica é imprescindível para garantir a qualidade dos manuais educativos, o processo de construção do manual foi adaptado às premissas de Echer (2005) sobre a elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde.

O protocolo de pesquisa foi aprovado, em seus aspectos éticos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CESUPA, sob o parecer número 2.910.589, CAEE 96407118.5.0000.5169, respeitando a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com princípios regidos pelo Código de Nuremberg e de Helsinque.

A Validação do Protocolo de pesquisa foi feita por profissionais experientes que atuam na atenção básica no ensino e pesquisa. Os tópicos de avaliação considerados pelos juízes foram elaborados em formato de questionário com escala de Likert modificada. O foco da escala Likert é a verificação da concordância do sujeito em relação a uma série de afirmações que expressam algo de favorável ou desfavorável sobre um objeto, considerando que as propriedades psicológicas possuem magnitudes e, portanto, podem ser medidas (PASQUALI, 2004). Portanto, a escala Likert é uma técnica de classificação simplificada, a qual integra vários itens que manifestam um ponto de vista sobre um determinado assunto (POLIT; BECK, 2011). Dessa forma, é possível a obtenção de medidas objetivas, ou seja, é possível quantificar a opinião dos peritos em relação ao manual educativo.

Participaram da pesquisa, 15 idosos portadores de HAS, lúcidos e capazes de responder coerentemente aos instrumentos de coleta de dados, residentes na instituição de longa permanência Abrigo João de Deus.

6.1 Fases do Estudo

O estudo consistiu de cinco fases:

Primeira fase - Elaboração do Cartilha: Foi realizada através da revisão bibliográfica do tema para fundamentação científica onde foram utilizados banco de dados *Scielo*, *Medline*, *Lilacs*, *PubMed*, *Scopus*, Biblioteca de teses e dissertações do IBICT utilizando os descritores presentes em Ciências da Saúde/*Medical subject*

Heading (DECS/MeSH): “idoso” (“aged”), “hipertensão” (“hypertension”), , “educação em saúde” (“health education”), “Materiais Educativos e de Divulgação” (“educational and Promotional Materials”). Utilizou-se o descritor controlado “idoso” (“aged”) associado por meio do operador booleano *AND* aos descritores supracitados.

O trabalho de *design* e diagramação das imagens foi feito por profissional de *design* gráfico, e as ilustrações, conforme realizadas, eram enviadas às pesquisadoras para aprovação. As imagens foram descritas detalhadamente e, depois, trabalhadas no Adobe Illustrator.

Segunda fase: Após a construção cartilha, as mesmas foram enviadas no formato *online* para 17 juízes com a finalidade de analisar o seu conteúdo, assim como para que correlacionassem com o objetivo para o qual se propunha. Juntamente com a cartilha foi enviado carta convite e o termo de consentimento livre e esclarecido. A seleção dos juízes deu-se por meio da amostragem bola de neve que consiste na indicação dos sujeitos por meio de recomendação de outros profissionais, baseados na experiência profissional como educadores e profissionais atuantes na área hospitalar e ambulatorial;

Terceira fase: houve o convite para os idosos do Abrigo João de Deus para participar da pesquisa, assim, foi apresentado os objetivos do projeto e a assinatura do TCLE. Seguidamente, foram ministradas as palestras;

Quarta fase: Após as palestras, foi aplicada a cartilha sem letras. Foi dado como comando que os idosos deveriam pintar com lápis de cor as figuras corretas, nos temas: alimentação; atividade física; higiene; saúde (orientações) e medicação.

- 1) passo: Atividade de vida diárias (alongamento, escovar os dentes, tomar banho, tomar café, caminhada);
- 2) passo: Alimentação (alimentação saudável);
- 3) passo: Atividades físicas (atividades lúdicas, caminhar, dançar, musculação);
- 4) passo: Medicação;
- 5) passo: Hábitos saudáveis (saúde).

Quinta fase: Após aplicação da cartilha aos idosos, foi realizada a aplicação do índice de satisfação da cartilha aos mesmos através de um questionário (Apêndice D) com perguntas fechadas contendo 05 questões objetivas de múltipla

escolha baseada em escala de Likert modificada com cinco níveis de respostas. (1= Excelente, 2 = Muito Bom, 3 = Bom, 4 = Razoável, 5 = Insuficiente).

6.2 Análise de dados

As informações da caracterização amostral foram apuradas em banco de dados elaborado no *software Microsoft® Office Excel® 2010*.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídas tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição como média aritmética e desvio padrão.

A estatística analítica foi utilizada para avaliar os resultados das variáveis categóricas da amostra através do Teste G Aderência para tabelas univariadas.

Para avaliação de confiabilidade dos questionários utilizados foi calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat® 5.3* (AYRES et al., 2010). Para a tomada de decisão, adotou-se o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

7 RESULTADOS

A tabela 1 caracteriza o perfil dos juizes que participaram como avaliadores da cartilha realizada durante a segunda etapa da pesquisa.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos juizes avaliadores da cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica, Belém-Pará, 2018

Perfil dos juizes		Frequência	%	p-valor
Sexo				< 0.0001*
	Feminino*	10	83.3%	
	Masculino	2	16.7%	
Faixa etária (anos)				0.4926
	< 40	4	33.3%	
	41 a 45	3	25.1%	
	46 a 50	4	33.3%	
	> 50	1	8.3%	
Mín / Média ± DP / Máx		28.0 / 42.7 ± 7.4 / 55.0		
Formação				0.0070*
	Especialização / Residência*	7	58.3%	
	Mestrado	6	50.0%	
	Doutorado	1	8.3%	
Tempo na docência				0.4295
	01 a 05 anos	5	41.7%	
	06 a 10 anos	2	16.7%	
	Mais de 10 anos	5	41.7%	
Tempo na atenção básica				0.0484*
	01 a 05 anos	3	25.0%	
	06 a 10 anos	1	8.3%	
	Mais de 10 anos*	7	58.3%	
	Não faz atenção básica	1	8.3%	

Fonte: Escala de validação para juizes

*Teste G Aderência

No público selecionado para atuarem como juizes, no total de 17 profissionais 12 (70,6%) responderam em tempo hábil a escala elaborada para avaliação.

Em relação ao sexo 02 (16,7%) foram do sexo masculino e 10 (83,3%), um percentual significativo (*p < 0,0001) do sexo feminino.

A idade dos juizes variou entre 28 e 55 anos, sendo estratificada nos intervalos de < 40 anos até > 50 anos, observando-se maior percentual nas faixas de < 40 anos (33,3%) e entre 46 a 50 anos (33,3%), não havendo diferença significativa entre essas faixas (p = 0,4926).

Os profissionais solicitados a participarem desta fase da pesquisa possuem diversas formações sendo uma proporção significativa (*p = 0,0070) de

especialistas/Residência (58,3%) e 50% com Mestrado, já a formação em Doutorado foi incidente em apenas 8,3% daqueles que realizaram a avaliação.

Todos os juízes atuam na docência, sendo que o tempo desta atividade variou de 1 ano a mais de 10 anos, observando que os percentuais se igualaram nas faixas de 01 a 05 anos e com mais de 10 anos (41,7%), não havendo diferença significativa entre eles ($p = 0,4295$).

Em relação ao tempo de atuação na atenção básica os juízes, a maioria (70%) já possuía mais de 10 anos de exercício nesta atividade ($*p = 0,0484$).

Na tabela 2, gráfico 1 é demonstrado os tópicos de avaliação pelos juízes.

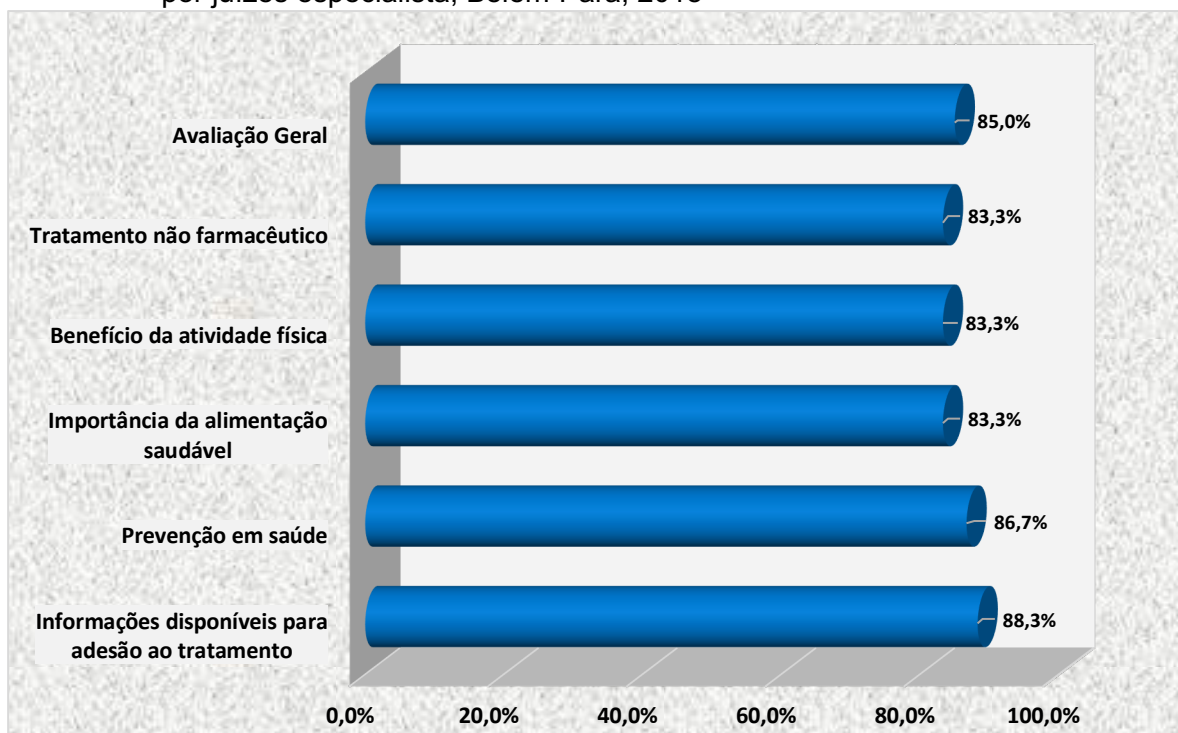
Tabela 2 - Avaliação da cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica, por juízes especialista, Belém-Pará, 2018

Avaliação da Cartilha sem letras	Pontuação Recebida	% Alcançado
De acordo com a adesão ao tratamento da HAS, o que achou das informações disponíveis na cartilha?	53	88.3%
Quanto as figuras ilustrativas que demonstram prevenção em saúde, você acha ...	52	86.7%
De acordo com as figuras ilustrativas, você acha que o idoso é capaz de reconhecer a importância da alimentação saudável para a HAS?	50	83.3%
No que diz respeito a atividade física, você acha que o idoso é capaz de identificar o seu benefício por meio da cartilha?	50	83.3%
De acordo com as figuras ilustrativas, você acha que o idoso é capaz de assimilar o tratamento não farmacológico da HAS?	50	83.3%
Avaliação Geral (Máx = 300)	255	85.0%
Nota da cartilha: Mín / Média \pm DP / Máx	18.0 / 21.3 \pm 2.2 / 24.0	

Fonte: Escala de validação para juízes.

Nota: Coeficiente alfa de Cronbach = 0,846

Gráfico 1 - Avaliação da cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica, por juízes especialista, Belém-Pará, 2018



Fonte: Escala de validação para juízes.

Os tópicos de avaliação considerados pelos juízes foram elaborados em formato de questionário com escala de Likert modificada, onde o Coeficiente alfa de Cronbach alcançou 0,846 de confiabilidade, mostrando que o instrumento estava adequado para uso.

Em relação ao critério de avaliação das informações disponíveis para a adesão ao tratamento, os profissionais avaliaram como MUITO BOM (88,3%) as figuras que levam ao entendimento dos idosos a cerca desta questão, sendo este o que apresentou maior pontuação em relação aos demais.

O tópico que aborda sobre as figuras ilustrativas que demonstram prevenção em saúde recebeu dos avaliadores 86,7% de aprovação, correspondendo a classificação de MUITO BOM, ficando em segundo lugar entre os assuntos abordados na cartilha.

O reconhecimento da importância de uma alimentação saudável através das figuras contidas na cartilha, recebeu conceito MUITO BOM (83,3%) por parte dos juízes, estando em terceiro lugar na avaliação, juntamente com os dois outros tópicos.

No que diz respeito a identificação dos benefícios da atividade física/recreativa através das ilustrações da cartilha, os juízes consideraram MUITO

BOM (83,3%) a possibilidade deste entendimento por parte dos idosos.

O tópico que aborda o tratamento não farmacológico, foi considerado também como MUITO BOM (83,3%) pelos avaliadores especialistas, considerando que os idosos seriam capazes de assimilar essa informação por meio da cartilha.

A avaliação geral realizada pelos juízes alcançou pontuação de 85.0% com conceito MUITO BOM, sendo então a Cartilha sem letras para idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica considerada VALIDADA pelos juízes especialistas.

A tabela 3 se refere ao perfil dos idosos que participaram da pesquisa.

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos idosos hipertensos instituídos no abrigo João de Deus, Belém-Pará, 2018

Perfil dos idosos		Frequência	% (n = 15)	p-valor
Sexo				< 0.0001*
	Feminino	4	26.7%	
	Masculino*	11	73.3%	
Faixa etária (anos)				0.0252*
	60 a 70*	9	60.0%	
	71 a 80	5	33.3%	
	> 80	1	6.7%	
Raça/Cor				0.0252*
	Branca	5	33.3%	
	Parda	9	60.0%	
	Negra	1	6.7%	
Escolaridade				0.5728
	Não sabe ler e escrever	3	20.0%	
	Alfabetizado	1	6.7%	
	Fundamental incompleto	5	33.3%	
	Médio completo	3	20.0%	
	Superior	3	20.0%	
Tempo de estadia (anos)				0.0388*
	< 01 a 02*	8	53.3%	
	03 a 05	4	26.7%	
	≥ 06	3	20.0%	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste G Aderência

No abrigo selecionado para realização da pesquisa, encontram-se institucionalizados 21 idosos, destes 3 (14,3%) se encontravam impossibilitados de locomoção para o ambiente externo. Assistiram a palestra realizada pela mestranda, 18 idosos (85,7%) e 15 (71,4%) que já tratam a HAS participaram das fases que envolveram o uso da cartilha.

Em relação ao sexo 11 (73,3%) um percentual significativo (*p < 0,0001), eram do gênero masculino e apenas 4 (26,7%) do gênero feminino.

As idades mais frequentes ficaram entre 60 e 70 anos, correspondendo a 60,0% da amostra, percentual igualmente significativa (*p = 0,0252) alcançado pelos idosos que referiram serem da cor parda.

A escolaridade dos idosos participantes da pesquisa se mostrou bem diversificada, não havendo diferença significativa (p = 0,5728) entre as proporções observadas. O ensino fundamental incompleto foi o mais frequente (33,3%). Já o tempo de estadia variou de menos de 01 ano até mais de 6 anos onde o intervalo menor de 01 ano até 02 anos foi o de maior significância (*p = 0,0388) com percentual de 53,3%.

Tabela 4 - Perfil medicamentoso dos idosos hipertensos instituídos no abrigo João de Deus, Belém-Pará, 2018

Perfil medicamentoso dos idosos	Frequência	% (n = 15)	p-valor
Tratamento realizado			0.2632
Não medicamentoso, exclusivo	8	53.3%	
Medicamentoso exclusivo	3	20.0%	
Medicamentoso associado	4	26.7%	
Nº de drogas consumidas		N = 7	0.4671
Uma	1	14.3%	
Duas	3	42.9%	
Três	3	42.9%	
Nº de doses diárias		N = 7	< 0.0001*
Duas*	6	85.7%	
Três	1	14.3%	
Tempo de tratamento		N = 7	0.7145
01 a 02 anos	4	57.1%	
03 ou mais anos	3	42.9%	
Doença controlada			0.0387*
Sim*	10	66.7%	
Não	5	33.3%	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste G Aderência

Dos 15 idosos hipertensos participantes da pesquisa 8 (53,3%) não realizam tratamento medicamentoso, 3(20,0%) fazem uso de medicamento exclusivo e 26,7% necessitam de associação medicamentosa para o controle da doença, não sendo significativa a diferença entre as proporções (p = 2632).

O número de drogas utilizadas variou de uma a três não havendo diferença significativa entre as proporções (p = 0,4671). As maiores frequências foram de duas a três drogas diariamente (42,9%). Houve incidência significativa (*p < 0,0001) de consumo de duas doses diárias da droga (85,7%).

O tempo de tratamento da doença variou de 01 a mais de 3 anos, estando as

frequências distribuídas sem diferença significativa ($p = 0,7145$).

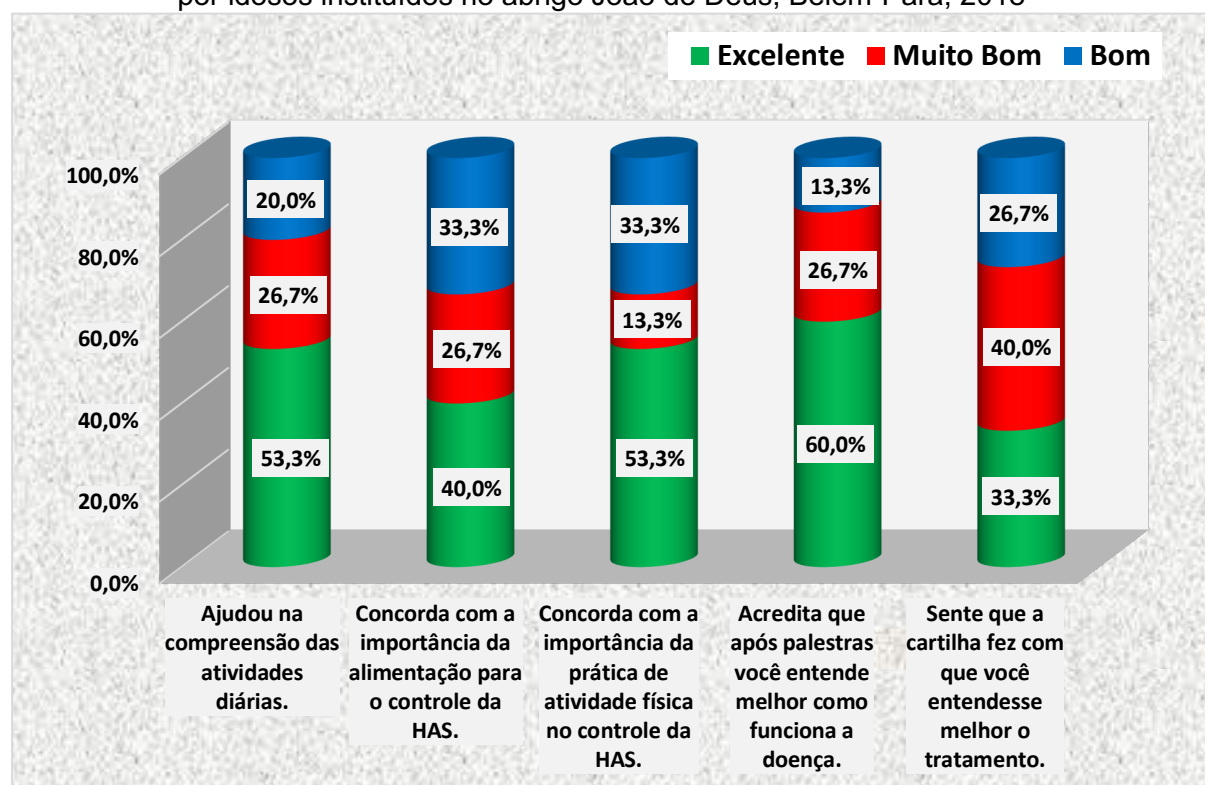
A maioria significativa dos idosos (66,7% - $*p = 0,0387$) referem estar com a doença controlada, alguns por meio de medicamento e outros por meio de uma alimentação controlada.

Tabela 5 - Avaliação da cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica, por idosos instituídos no abrigo João de Deus, Belém-Pará, 2018

Avaliação da cartilha segundo os idosos:	Excelente	Muito Bom	Bom
Ajudou na compreensão das atividades diárias.	53.3%	26.7%	20.0%
Concorda com a importância da alimentação para o controle da HAS.	40.0%	26.7%	33.3%
Concorda com a importância da prática de atividade física no controle da HAS.	53.3%	13.3%	33.3%
Acredita que após palestras você entende melhor como funciona a doença.	60.0%	26.7%	13.3%
Sente que a cartilha fez com que você entendesse melhor o tratamento.	33.3%	40.0%	26.7%

Fonte: Escala de validação para idosos.

Gráfico 2 - Avaliação da cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica, por idosos instituídos no abrigo João de Deus, Belém-Pará, 2018



Fonte: Escala de validação para idosos.

Os tópicos de avaliação considerados pelos idosos foram também elaborados

em formato de questionário com escala de Likert modificada, onde o Coeficiente alfa de Cronbach alcançou 0,855 de confiabilidade, mostrando que o instrumento estava adequado para entendimento por parte do público alvo. Após uso da cartilha, 53,3% dos idosos avaliaram como EXCELENTE a ajuda na compreensão das atividades diárias. Os conceitos MUITO BOM e BOM receberam 26,7% e 20,0% respectivamente em relação a esse tópico.

O entendimento sobre a importância da alimentação para o controle da hipertensão arterial foi considerado EXCELENTE por 40% dos idosos abordados, sendo que 33,3% avaliaram como BOM e 26,7% consideraram essa abordagem como MUITO BOM.

Em relação a importância da atividade física/recreativa, 53,3% dos idosos consideraram EXCELENTE o entendimento por meio da cartilha, 13,3% como MUITO BOM e 33,3% avaliaram como BOM.

O tópico que abordou o uso de palestras como meio de entendimento do funcionamento da doença denominada hipertensão arterial recebeu a maior pontuação na avaliação dos idosos, alcançando 60,0% do conceito EXCELENTE, onde os indivíduos mostraram a importância do contato com profissionais e/ou discentes da área da saúde. O conceito MUITO BOM ficou com 26,7% e, o BOM com 13,3% das avaliações restantes.

Em relação a contribuição da cartilha para o melhor entendimento do tratamento da doença, 73,3% dos idosos consideraram de MUITO BOM a EXCELENTE. Apenas 26,7% deles avaliaram como BOM este tópico. Apresenta-se na tabela 6, gráfico 3 demonstrativo do aprendizado adquirido pelos idosos por meio da cartilha.

Tabela 6 - Aprendizado adquirido através da cartilha sem letras, por idosos instituídos no abrigo João de Deus, Belém-Pará, 2018

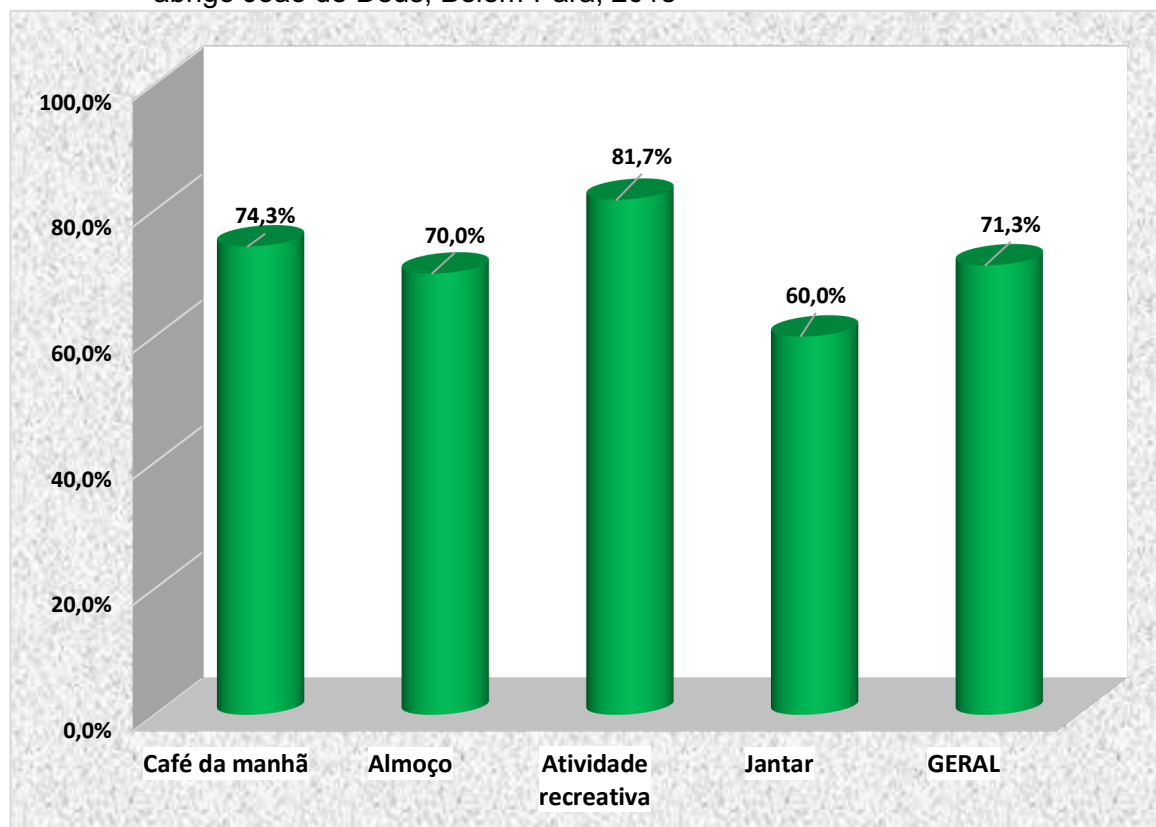
Crítérios avaliados:	Nº de Figuras	Média de acertos	% Acertos alcançados
Café da manhã*	7	5	74.3%
Almoço*	4	3	70.0%
Atividade física/recreativa*	4	3	81.7%
Jantar**	5	3	60.0%
GERAL*	20	14	71.3%

Fonte: Cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica

*p < 0,0001 Teste G Aderência

**p = 0,0455 Teste G Aderência

Gráfico 3 - Aprendizado adquirido através da cartilha sem letras, por idosos instituídos no abrigo João de Deus, Belém-Pará, 2018



Fonte: Cartilha sem letras para idosos com hipertensão arterial sistêmica.

Em relação ao aprendizado através das imagens contidas na cartilha, os idosos alcançaram um maior percentual de acertos (81,7%) na etapa onde foi abordada a realização de atividade física/recreativa, apresentando uma média de 3 acertos dentro das 4 figuras ilustradas, sendo significativo todos os critérios avaliados.

Na abordagem das refeições diárias, o café da manhã foi o que apresentou

maior entendimento por parte dos idosos, tendo 74,3% de acertos e o jantar o que apresentou o menor percentual, ficando com 60,0% de assertividade das pinturas realizadas pelos mesmos. O almoço alcançou 70,0% de absorção do conhecimento.

8 DISCUSSÃO

Neste capítulo abordaremos aspectos relacionados às etapas de construção da cartilha, validação pelos juízes, caracterização dos pontos mais importantes na opinião destes, assim como a comparação dos resultados com outros trabalhos pertinentes ao tipo de estudo, de modo a favorecer a compreensão de todo o processo de construção e validação deste tipo de tecnologia educativa.

Primeiramente foi realizada a validação de conteúdo, aparência e adequabilidade da cartilha, por meio da sua avaliação por juízes e posteriormente com a população-alvo.

A validação de conteúdo evidencia a relevância e cobertura das observações apontadas pelos especialistas, diferente de outras formas de validação. Este tipo de validação não é fundamentado em escores, mas no respaldo de especialistas em relação ao conteúdo abordado, sendo submetida a análise de especialistas que tenham qualificação no conteúdo de interesse (MONTEIRO; HORA, 2014).

Assim, as características de validade e de confiabilidade são particularmente importantes ao se escolher, desenvolver ou realizar a adaptação de instrumentos que serão usados no ensino, pesquisa e na prática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para tanto a abordagem multiprofissional é preconizada, considerando a aplicação e ampliação do conteúdo do material educativo em relação ao conhecimento e experiência dos diferentes profissionais envolvidos no processo de validação do material (ECHER, 2005; LAWRENCE et al, 2011). Para o presente estudo procurou-se selecionar como maioria juízes que tivessem certa experiência em atuação com a comunidade senil, bem como na docência médica.

Atuaram como juízes, 17 profissionais deste 12 (70,6%) responderam ao protocolo em tempo hábil. Sendo, a maioria 10 (83,3%) do sexo feminino. Corroborando, com dados de outros estudos que também realizaram a etapa de validação de conteúdo de cartilha (ALVES, 2017; OLIVEIRA; LOPES; FERNADES, 2014).

A média de idade variou entre 28 e 55 anos, sendo que a maioria tinha entre < 40 anos até > 50 anos, observando-se maior percentual nas faixas de < 40 anos (33,3%) e entre 46 a 50 anos (33,3%).

Os profissionais solicitados a participarem desta fase da pesquisa tinham diversas formações (pedagogo, enfermeiro, fisioterapeuta, médicos) sendo uma

proporção significativa de especialistas/Residência (58,3%) e 50% com Mestrado, já a formação em Doutorado foi incidente em apenas 8,3% daqueles que realizaram a avaliação. Todos os juízes atuam na docência sendo que o tempo desta atividade variou de 1 ano a mais de 10 anos, observando que os percentuais se igualaram nas faixas de 01 a 05 anos e com mais de 10 anos (41,7%). Em relação ao tempo de atuação na atenção básica os juízes, em sua grande maioria (70%) já possuíam mais de 10 anos de exercício nesta atividade.

Vieira (2015) também obteve maior número de especialistas em sua população de juízes com tempo de experiência superior a 10 anos como profissional na área da saúde. Diferentemente, de Esteves (2017), Oliveira (2015), Pereira (2014) e Medeiros (2013) cuja maioria possui titulação de mestre, e número de profissionais com experiência na área de 15 a 20 anos, respectivamente.

Ressalta-se que na pesquisa de Moura et al. (2017) o processo de validação também foi realizado com participação de diversos profissionais, de diversos saberes especializados na temática abordada pelo material. Corroborando, Azevedo (2014) evidencia que profissionais em diversas formações atuantes na área da saúde, contempla o caráter interdisciplinar e multiprofissional da educação em saúde. Galdino (2014) atesta que o trabalho realizado por diferentes profissionais valoriza a equipe multiprofissional, e permite diferentes perspectivas sobre o mesmo foco. Isso, torna a tecnologia um instrumento mais eficaz e de qualidade. Isso, comprova que a escolha do quadro de experts alinhado a proposta deste estudo foi adequada.

Os tópicos de avaliação considerados pelos juízes foram elaborados em formato de questionário com escala de Likert modificada, onde o Coeficiente alfa de Cronbach alcançou 0,846 de confiabilidade, mostrando que o instrumento estava adequado para uso.

Em relação ao critério de avaliação das informações disponíveis para a adesão ao tratamento, os profissionais avaliaram como MUITO BOM (88,3%) as figuras que levam ao entendimento dos idosos a cerca desta questão, sendo este o que apresentou maior pontuação em relação aos demais.

O tópico que aborda sobre as figuras ilustrativas que demonstram prevenção em saúde recebeu dos avaliadores 86,7% de aprovação, correspondendo a classificação de MUITO BOM, ficando em segundo lugar entre os assuntos abordados na cartilha.

O reconhecimento da importância de uma alimentação saudável através das figuras contidas na cartilha, recebeu conceito MUITO BOM (83,3%) por parte dos juízes, estando em terceiro lugar na avaliação, juntamente com os dois outros tópicos.

No que diz respeito a identificação dos benefícios da atividade física/recreativa através das ilustrações da cartilha, os juízes consideraram MUITO BOM (83,3%) a possibilidade deste entendimento por parte dos idosos.

O tópico que aborda o tratamento não farmacológico, foi considerado também como MUITO BOM (83,3%) pelos avaliadores especialistas, considerando que os idosos seriam capazes de assimilar essa informação por meio da cartilha.

De maneira geral, as respostas dos juízes foram concordantes, como é possível observar nos resultados apresentados. A avaliação geral realizada pelos juízes alcançou pontuação de 85.0% com conceito MUITO BOM, sendo então a Cartilha sem letras para idosos com HAS considerada VALIDADA pelos juízes especialistas. Corroborando, com o estudo de Esteves (2017) que, verificou-se o índice de satisfação maior que 80%, onde a maioria dos juízes considerou a proposta muito boa ou excelente na resposta a cada item.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), os manuais em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes de atividades educativas. Outro item importante para validação do manual se refere às ilustrações descritas durante sua construção, que segundo Lopes e cols. (2013), a compreensão das figuras ilustrativas é fundamental para agregar ao público que utiliza o manual.

Com relação ao público alvo, no dia marcado, todos os idosos foram convidados a participar das palestras. Ressalta-se que além dos pesquisadores responsáveis na ação da aplicação da cartilha houve a participação de acadêmicos de medicina.

Dos 21 idosos institucionalizados, 3 (14,3%) se encontravam impossibilitados de locomoção para o ambiente externo. Assim, 18 idosos (85,7%) e 15 (71,4%) que já tratam a HAS participaram das fases que envolveram o uso da cartilha.

Constatou-se que a maioria da população residente na instituição era masculina 11 (73,3%) e apenas 4 (26,7%) do gênero feminino. Trabalho de Ferretti et al. (2014) obteve resultado semelhante. Converso e Laterlli (2007) encontraram dados parecidos e consideraram que a falta de cuidadores e o abandono são uma

possível explicação para o maior número de idosos homens institucionalizados.

As idades mais frequentes ficaram entre 60 e 70 anos, correspondendo a 60,0% da amostra, percentual igualmente significativa (* $p = 0,0252$) alcançado pelos idosos que referiram serem da cor parda.

A escolaridade dos idosos participantes da pesquisa se mostrou bem diversificada. O ensino fundamental incompleto foi o mais frequente (33,3%). Galhardo, Mariosa e Takata (2010), consideram que o grau de instrução dos idosos contribui para o processo de internação em asilos, uma vez que estes acabam exercendo funções com baixa remuneração, o que dificulta a manutenção de questões básicas na velhice relacionados aos cuidados, medicação, alimentação, entre outros. Assim como na pesquisa de Melo (2017), apesar dos idosos apresentarem um nível de escolaridade baixo, todos avaliaram o instrumento e o consideraram valioso no auxílio do autocuidado. Este fato pode estar relacionado com o tipo de material apresentado, cartilha com imagens para colorir. Os materiais educativos impressos, são mais interessantes, atrativos, e mais fáceis de serem compreendidos.

No que tange o tempo de estadia variou de menos de 01 ano até mais de 6 anos onde o intervalo menor de 01 ano até 02 anos foi o de maior significância com percentual de 53,3%. Contradizendo, o encontrado no estudo de Ferretti e cols. (2014), a média foi de 8,4 anos ($\pm 3,2$ anos).

O tratamento farmacológico impacta significativamente no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes (MÉNDEZ-CHACÓN et al., 2008). Neste estudo, dos 15 idosos hipertensos participantes da pesquisa 8 (53,3%) não realizam tratamento medicamentoso, 3 (20,0%) fazem uso de medicamento exclusivo e 26,7% necessitam de associação medicamentosa para o controle da doença. O número de drogas utilizadas variou de uma a três. As maiores frequências foram de duas a três drogas diariamente (42,9%). Houve incidência significativa de consumo de duas doses diárias da droga (85,7%). O tempo de tratamento da doença variou de 01 a mais de 3 anos, estando as frequências distribuídas sem diferença significativa ($p = 0,7145$).

A adesão ao tratamento medicamentoso para os idosos hipertensos, é um desafio que sofre influência de fatores cognitivos, sociais e comportamentais, pois além de aspectos relacionados com o tratamento como efeitos colaterais, há a complexidade do regime que deve ser implantado na rotina diária (SANTOS et al.,

2015).

A maioria significativa dos idosos (66,7% - *p = 0,0387) referem estar com a doença controlada, alguns por meio de medicamento e outros por meio de uma alimentação controlada. Ferreira (2011) destaca a importância de conhecer como as pessoas idosas percebem a sua própria saúde, porque esta concepção influencia na vivência do seu cotidiano, de maneira a que se possa canalizar as diretrizes dos cuidados prestados. Assim, ressalta-se a importância de conhecer a autopercepção do estado de saúde da pessoa idosa, sendo este um indicador reconhecido, porque mede a percepção subjetiva do estado físico e mental, independentemente das interpretações dos sintomas (VINTÉM, 2008).

Para a validação da cartilha, a participação do público-alvo foi de fundamental importância pois permitiu que o mesmo participasse ativamente na troca de informações, esclarecendo dúvidas para facilitar a comunicação. Corroborando esse pensamento, Fonseca e cols (2011) afirma que a participação direta do público alvo na construção e validação das tecnologias educacionais, é fundamental, pois o paciente é um ser social, responsáveis pelas próprias ações, medos, sonhos, incertezas, crenças, culturas e valores diferentes e devem ser respeitados na integralidade do seu ser.

A maioria das validações realizadas na cartilha, levou em consideração o índice de satisfação dos idosos submetidos a aplicação da cartilha e à apresentação da palestra como demonstrado pelos seguintes dados: Após uso da cartilha, 53,3% dos idosos avaliaram como EXCELENTE a ajuda na compreensão das atividades diárias. Os conceitos MUITO BOM e BOM receberam 26,7% e 20,0% respectivamente em relação a esse tópico.

O entendimento sobre a importância da alimentação para o controle da hipertensão arterial foi considerado EXCELENTE por 40% dos idosos abordados, sendo que 33,3% avaliaram como BOM e 26,7% consideraram essa abordagem como MUITO BOM.

Em relação a importância da atividade física/recreativa, 53,3% dos idosos consideraram EXCELENTE o entendimento por meio da cartilha, 13,3% como MUITO BOM e 33,3% avaliaram como BOM.

O tópico que abordou o uso de palestras como meio de entendimento do funcionamento da doença denominada hipertensão arterial recebeu a maior pontuação na avaliação dos idosos, alcançando 60,0% do conceito EXCELENTE,

onde os indivíduos mostraram a importância do contato com profissionais e/ou discentes da área da saúde. O conceito MUITO BOM ficou com 26,7% e, o BOM com 13,3% das avaliações restantes.

Em relação a contribuição da cartilha para o melhor entendimento do tratamento da doença, 73,3% dos idosos consideraram de MUITO BOM a EXCELENTE. Apenas 26,7% deles avaliaram como BOM este tópico.

Em relação ao aprendizado através das imagens contidas na cartilha, os idosos alcançaram um maior percentual de acertos (81,7%) na etapa onde foi abordada a realização de atividade física/recreativa, apresentando uma média de 3 acertos dentro das 4 figuras ilustradas, sendo significativo todos os critérios avaliados.

Na abordagem das refeições diárias, o café da manhã foi o que apresentou maior entendimento por parte dos idosos, tendo 74,3% de acertos e o jantar o que apresentou o menor percentual, ficando com 60,0% de assertividade das pinturas realizadas pelos mesmos. O almoço alcançou 70,0% de absorção do conhecimento.

A satisfação dos idosos, diante do contato com a cartilha, foi outro processo de fundamental importância na validação do produto, pois segundo Pasquali (1997) este processo deve ser realizado com a população-alvo. Echer (2005), também afirma que atender as expectativas dos participantes é fundamental a construção de recursos educativos.

9 CONCLUSÃO

A criação da cartilha visou ações em saúde, e reconhecer as verdadeiras necessidades dos idosos e cuidadores, promovendo mudanças no comportamento e nos cuidados oferecidos, desse modo, facilitando o trabalho da equipe multidisciplinar. Com as recomendações sugeridas pelos juízes, adequa-se uma cartilha, atrativa, objetiva e não extensa, para que os idosos conheçam a importância do tratamento não farmacológico da HAS. Portanto, dispõe-se de um material que uniformiza as orientações a serem realizadas, levando ao idoso um melhor conhecimento do processo saúde, doença, e ainda, esclarecendo aos mesmos a importância do tratamento não farmacológico da HAS, por meio da cartilha. No intuito de estimulá-los a manter uma alimentação saudável e não menos importante, adequar atividade física motivando-os a incorporação de atitudes saudáveis nos seus hábitos, fortalecendo a prevenção e a adesão ao tratamento. O design da cartilha torna o material mais atraente, e as ilustrações são mais inclusivas em comparação à cartilhas letradas.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.
- ALMEIDA, R.C. **De risco cardiovascular em uma amostra da população de Porto Velho – RO**: comparação urbana versus ribeirinha. 2015. 94f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2015.
- ALVES, A. M. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de quedas em idosos**. 2017. 165f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- AZEVEDO, D.C. **Construção de evidências de validação de instrumentos de pesquisa para avaliação da assistência nos centros de atenção psicossocial**. 2014. 88F. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.N.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev. bras. hipertens**; v.13, n. 1, p. 35-38, jan.-mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2010/g01.def>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- _____. _____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre autoexame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**., v. 8, n. 2, p. 241-9, 2006.
- CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ. **Curso de Medicina**: modelo pedagógico. Disponível em: <http://www.cesupa.br/Graduacao/Biologicas/med.asp>. Acesso em: 20 out. 2018.
- _____. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Belém, 2016. 296p.
- CHOW, C.K. et al. PURE Investigators. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. **JAMA**, v. 310, n. 9, p. 959-68, 2013.
- CLÁUDIA, C.N.F.A.; LILIANE, M. Acompanhamento farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Tereza Barbosa: análise de caso. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo**, São Paulo, v. 1 n. 1, p. 1-24, set/dez, 2010.
- CUNHA, P.R.M.S. et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Rev Pesq. Saúde**, v.13, n. 3, p. 11-16,

set.-dez.2012.

DENT, J.A.; HARDEN, R.M.; HODGES, H. (eds.). **A practical guide for medical teachers**. 4th. London: Elsevier, 2017.

DIAS, E.M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém, PA. **Rev Med (São Paulo)**, v.88, n. 3/4, p. 191-8. jul.-dez. 2009.

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

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-7, set./out. 2005.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

ESTEVES, T.C. **Construção e validação de manual educativo para uso no processo de aprendizado acadêmico em fisioterapia após artroplastia total do joelho**. 2017. 63f. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário do Pará, Belém, 2017.

FELIX, J.S. **Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional**. São Paulo: PUC, 2007. Disponível em: <http://www.pucsp.br/desenvolvimento_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf>. Acesso em 25 set. 2017.

FERRARI, D.V.J.; SOUZA, L.V.J.; DIAS, C.L. A Importância de novas metodologias de ensino-aprendizagem em cursos universitários na área da saúde. **Colloquium Humanarum**, v. 13, n. esp., Jul-Dez, 2016, p. 71-5.

FERREIRA, Z. **Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada**. 2011. 65f. Dissertação de mestrado em saúde e envelhecimento. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa (Portugal).

FERRETI, F.; SOCCOL, B.F.; ALBRECHT, D.C.; FERRAZ, L. Viver a velhice em ambiente institucionalizado. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 423-437, 2014.

FISCHER, C. URES Presidente Vargas realiza ação de Prevenção e Combate a Hipertensão Arterial. **Sic.pa**, 26 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.pa.gov.br/2017/04/26/ures-presidente-vargas-realiza-acao-de-prevencao-e-combate-a-hipertensao-arterial/>>. Acesso em

FONSECA, L.M.M. et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev.Esc. Anna Nery**. v.15, n.1, p. 190-196. 2011.

FRAGA, G.P.; PEREIRA JÚNIOR, G.A.; FONTES, C.E.R. O ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina: situação atual e recomendações para a matriz curricular. In: LAMPERT, J.B.; BICUDO, A.M. (Org.). **10 anos das**

Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. Cap. 3.

FREITAS, J.G.A.; NIELSON, S.E.O.; PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 13, n. 1, p.75-84, jan-mar. 2015.

FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n 1, p.7-19, jan-mar. 2012.

GALDINO, Y.L.S. **Construção e validação de cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes.** 2014. 88 f. Dissertação, Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará. 2014.

GALHARDO, V.Â.C.; MARIOSA, Maria Aparecida Silva; TAKATA, João Paulo Issamu. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5.ed. São Paulo; Atlas, 2010.

GRANDELLE, R. População de idosos do planeta pode triplicar até o fim do século. **O Globo**, Jul. 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/sustentabilidade/populacao-de-idosos-do-planeta-pode-triplicar-ate-fim-do-seculo-17012816#ixzz4uSIJ1fFs>>. Acesso em: 30 set. 2017.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** São Paulo: Roca; 2004.

HERNANDEZ-VILA, E. A Review of the JNC 8 Blood Pressure Guideline. **Tex Heart Inst J.**, v. 42, n. 3, p. 226-8, Jul. 2015.

HERRERA, P.A.; MONCADA, L.; DEFEY, D. Understanding Non-Adherence from the Inside: Hypertensive Patients' Motivations for Adhering and Not Adhering. **Qual Health Res.**, v. 27, n. 7, p. 1023-34. Jun. 2017

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2018.

HOFFMANN, T.; WARRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil.*, v. 26, n. 9, p.1166-73, 2004.

IRAZOLA, V.E. et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Selected Communities of Nine Low- and Middle Income Countries: Results From the NHLBI/UHG Network of Centers of Excellence for Chronic Diseases. **Global heart.**, v. 11, n. 1, p. 47-59, 2016.

KALACHE, A. Direitos adquiridos, envelhecimento ativo e resiliência: a importância desses conceitos ao longo da vida. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 159-160, 2017.

- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- LAWRENCE, K. S.; STILLEY, C. S.; POLOCK, J. A.; WEBBER, S. A.; QUIVERS, E. S. A family-centered educational program to promote independence in pediatric heart transplant recipients. **Progr Transplant.**, v. 21, n. 1, p. 61-66, 2011.
- LIMA, T.M.; MEINERS, M.M.M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, **Brasil. Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 113-20, jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 23 abr. 2018.
- LOPES J.L.; NOGUEIRA-MARTINS L.A.; BARBOSA D.A.; BARROS, A.L. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 554-60, 2013.
- MEDEIROS, R.K.S. **Validação de conteúdo de instrumentos sobre conhecimento e habilidade em sondagem nasogástrica**. 2013. 118f. Dissertação - (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal, 2013.
- MELO, I.A. **Validação de um manual educativo como tecnologia de enfermagem para pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. 2017. 183f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.
- MÉNDEZ-CHACÓN, E.; SANTAMARÍA-ULLOA, C.; ROSERO-BIXBY, L. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rican elderly. **BMC Public Health**, London, v. 8, n. 1, p. 275, Aug. 2008.
- MINAYO, M.C.S. et al (Org.). **Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social**. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- MONTEIRO, G.T.R.; HORA, H.R.M. **Pesquisa em saúde pública : como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. São Paulo: Appris, 2014.
- MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p.184-8, 2003.
- MOURA, I. H. et al. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2934, p. 1-8, 2017.
- OLIVEIRA, A.L.O. et al . Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1355-1366, 2017.
- OLIVEIRA, M.S.N. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 3, p. 490-503, Jul./Set. 2017.
- OLIVEIRA, S.C.; LOPES, M.V.O.; FERNANDES, A.F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n 4, p. 611-20, 2014.
- OLIVEIRA, T.C. **Construção e validação de manual sobre Burnout em professores**. 2015. 64f. Dissertação (Mestrado) Programa de pós-graduação em

ensino em Saúde, Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha – 65 p. Diamantina, 2015.

PARÁ (Estado). **O Estado do Pará**. 2017. Disponível em: <http://www.pa.gov.br/O_Para/opara.asp>. Acesso em: 20 jan. 2018.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

PEREIRA, C. R. **Construção e validação de uma cartilha de orientações sobre o tratamento quimioterápico**. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

PINHEIRO, M.B.G. **Dificuldade de adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial**. 2009. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, MG. 2009.

ROCHA, E. **Abordagem terapêutica da hipertensão arterial com enfoque em condições clínicas especiais**. Sociedade Portuguesa de Cardiologia., 2013.

SANTOS, G.S.; FILORI, E.; ALVES, V.L.S. O Impacto de um manual de orientações na adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e qualidade de vida dos idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 789-801, 2015.

SANTOS. S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino Am Enferm**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, jan.-mar. 2010.

_____; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.95, n.1, suppl.1, 2010, p.I-III.

SOUZA, C.S.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-92, nov. 2014.

TAVARES, R.S. et al. Fatores de riscos cardiovasculares: estudo com pessoas hipertensas, de um bairro popular na região amazônica. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 1, p. 4-11, Jan/Mar. 2014.

VIEIRA, N.N.P. **Validação de manual de condutas para manuseio de cateter totalmente implantado**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

VINTÉM, J.M. Inquéritos Nacionais de Saúde: autopercepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A - Escala de Validação para os Juízes

IDENTIFICAÇÃO:

- NOME:
- IDADE:
- SEXO:

Especialização/Residência	<input type="text"/>	Mestrado	<input type="text"/>	Doutorado	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	----------	----------------------	-----------	----------------------

- TEMPO DE ATUAÇÃO COMO DOCENTE (em anos) :

1- 5 Anos	<input type="text"/>	5-10 anos	<input type="text"/>	Mais de 10 anos	<input type="text"/>
-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------------	----------------------

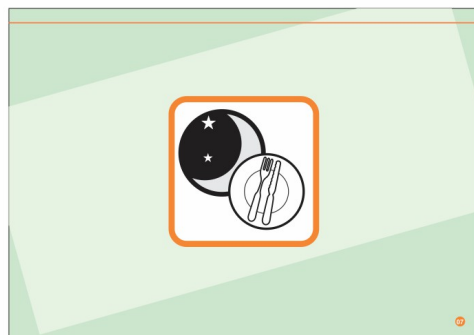
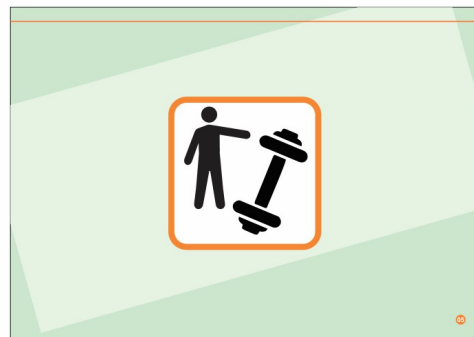
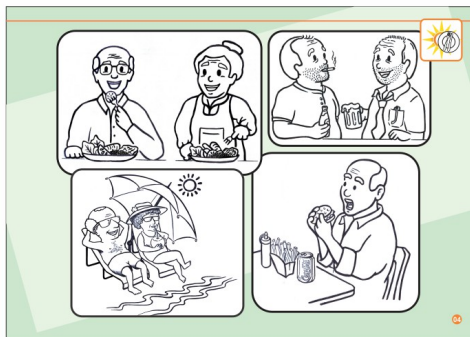
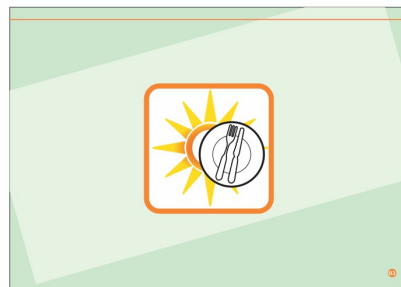
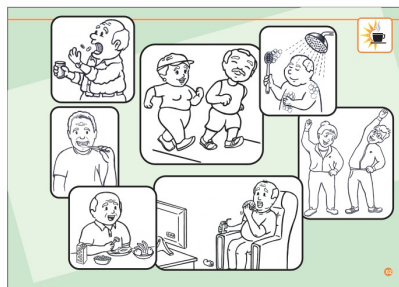
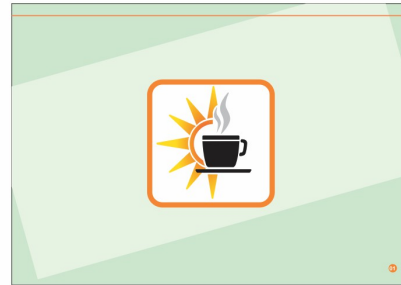
- TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:

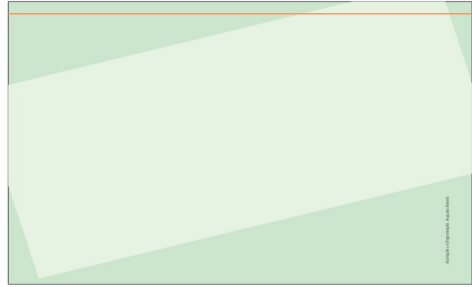
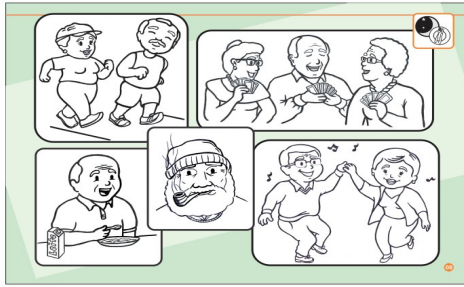
1- 5 Anos	<input type="text"/>	5-10 anos	<input type="text"/>	Mais de 10 anos	<input type="text"/>
-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------------	----------------------

ESCALA DE LIKERT MODIFICADA:

	1-Muito pobre	2 - Pobre	3 - Regular	4-Bom	5 - Muito bom
1. De acordo com adesão ao tratamento da HAS o que você achou das informações disponíveis na cartilha					
2. De acordo com as figuras ilustrativas, você acha que o idoso é capaz de reconhecer a importância da alimentação saudável para HAS					
3. No que diz respeito a atividade física, você acha que o idoso é capaz de identificar o seu benefício por meio da cartilha					
4. De acordo com as figuras ilustrativas, você acha que o idoso é capaz de assimilar o tratamento não farmacológico da HAS					
5. Quanto as figuras ilustrativas que demonstram prevenção em saúde, você acha:					






Apêndice B – Cartilha sem Letras










Apêndice C- Tabela de likert modificada - Idosos






1) Você acha que a cartilha sem letras auxiliou na compreensão das suas atividades diárias?

				
1 - Excelente	2 - Muito Bom	3 - Bom	4 - Razoável	5 - Insuficiente






2) Você concorda com a importância da alimentação para o controle da hipertensão arterial?

				
1 - Excelente	2 - Muito Bom	3 - Bom	4 - Razoável	5 - Insuficiente





3) Você concorda com a importância da prática de atividade física no controle da hipertensão arterial?

				
1 - Excelente	2 - Muito Bom	3 - Bom	4 - Razoável	5 - Insuficiente

4) Você acredita que após as palestras você entende melhor como funciona a doença crônica denominada hipertensão arterial?

				
1 - Excelente	2 - Muito Bom	3 - Bom	4 - Razoável	5 - Insuficiente

5) Você sente que a cartilha fez com que você entendesse melhor o tratamento?

				
1 - Excelente	2 - Muito Bom	3 - Bom	4 - Razoável	5 - Insuficiente

ANEXO

Anexo A – Anuência do Abrigo João de Deus**DECLARAÇÃO**

Declaro em nome do **Abrigo João de Deus**, ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "**Cartilha Sem Letras para Idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma Estratégia de Ensino para Adesão ao Tratamento**", de autoria de **Márcia Regina Mota Ribeiro**, médica mestranda do **Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica (ESEM)**, Belém-PA, sob orientação do **Prof. Dr. Ismaelino Mauro Nunes Magno**, dando-lhes consentimento para a realização do trabalho nesta Instituição durante o período estabelecido pelo cronograma.

Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citada na publicação o Abrigo João de Deus como local de realização do trabalho.

Belém, 05 de 07 de 2018.

Ir. Maria Goreth Soeiro

Ir. Maria Goreth Soeiro
Coordenadora do Abrigo João de Deus

[04.347.035/0001-52]
ABRIGO JOÃO DE DEUS
Tv. Joaquim Távora nº 305 • Tel. 3241-3105
Cidade Velha • CEP: 66.010-340
Belém • Pará