



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde- CCS
Mestrado em Saúde Coletiva - MSC

**ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS: análise da repercussão
de uma tecnologia educativa em saúde**

Juliana Lima Fonteles Magalhães

Fortaleza-Ceará

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULIANA LIMA FONTELES MAGALHÃES

**ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS: análise da repercussão
de uma tecnologia educativa em saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Grupo de Pesquisa - Políticas e práticas na promoção da
saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação de políticas e práticas na
atenção à saúde.

Núcleo Temático - Núcleo de Estudo e Pesquisa na
Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial -
NUESPHA

Apoio: MS/CNPq/FUNCAP

Orientadora: Prof (a) PhD. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Fortaleza-Ceará

2009

M188e Magalhães, Juliana Lima Fonteles.

Estilo de vida de idosos hipertensos : análise da repercussão de uma tecnologia educativa em saúde / Juliana Lima Fonteles Magalhães. - 2009. 61 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2009.

“Orientação: Profa. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, PhD.

1. Hipertensão arterial. 2. Educação em saúde. 3. Saúde pública.
4. Idosos – Saúde. 5. Estilo de vida. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

JULIANA LIMA FONTELES MAGALHÃES

ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS - análise da repercussão de uma tecnologia educativa em saúde

Data da aprovação – Fortaleza, 30 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª PhD Zélia Maria de Sousa Araújo Santos - UNIFOR
Orientadora

Prof^ª Dr^ª Joselane Áfio Caetano - UFC
Membro Efetivo

Prof^ª Dr^ª Maria Vieira de Lima Saintrain - UNIFOR
Membro Efetivo

Prof^ª Dra Fátima Luna Pinheiro Landim - UNIFOR
Membro Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais que com todo amor, carinho e dedicação souberam traçar um árduo mas vitorioso caminho para minha vida profissional e pessoal. Impossível expressar em palavras meu carinho e gratidão a eles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida.

Ao meu marido Valdir que esteve presente em todos os momentos e soube entender minha ausência, sempre compartilhando comigo momentos de alegria e angústia.

Aos meus familiares, pelo amor, devoção e companheirismo dedicados a mim.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva que despertaram em mim a vontade de aprender e que se fizeram necessários na minha formação acadêmica e profissional. Em especial minha orientadora Profa. Dra. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos pelos ensinamentos e dedicação.

Às minhas colegas do Mestrado, hoje amigas essenciais, que me incentivaram e cooperaram na construção deste trabalho, em especial minha amiga Marlucelesena, um presente divino que o Mestrado me deu.

A minha aluna Cláudia pela ajuda necessária durante a fase de coleta de dados, sem ela tudo teria sido mais difícil. Aos palestrantes que nos prestigiaram durante os encontros educativos realizados no decorrer desta pesquisa e a todos que direta ou indiretamente se fizeram necessários.

Aos funcionários do Lar da Melhor Idade, Centro de Referência, onde este estudo se desenvolveu, e em especial aos idosos, que por vários momentos se sentiram privilegiados de poder compartilhar comigo deste momento de aprendizagem, sendo eu a maior beneficiada deste convívio tão especial. O meu sincero: Muito obrigado!

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, estima-se que atualmente 17 milhões de brasileiros sejam portadores da hipertensão, sendo 35% destes com idade igual ou maior que 40 anos. Por muitas vezes cursar assintomaticamente, o tratamento da HAS, é frequentemente negligenciado por parte do paciente. Uma das principais condutas não medicamentosas a ser implementada é a modificação no estilo de vida de seus portadores, que se constitui em uma alimentação balanceada e com redução do consumo de sódio, abstenção do uso do álcool e do tabaco, redução do peso e prática de atividade física com vista à erradicação do sedentarismo. Evidências demonstram que estratégias de educação em saúde que visem modificações no estilo de vida são mais eficientes quando aplicadas coletivamente. Frente a isto, desenvolvemos essa dissertação de mestrado em dois artigos. No primeiro artigo, analisamos o estilo de vida de idosos hipertensos de um Centro de Convivência e a sua relação com os fatores de risco, prevenção e controle da hipertensão. Constatamos que a adesão às condutas de um estilo de vida saudável era parcial entre os idosos, principalmente em relação à prática da atividade física e o gerenciamento do estresse, onde apenas seis e onze idosos respectivamente relataram aderir as condutas acima citadas. Observamos que a concepção dos idosos sobre estilo de vida saudável consistia no conjunto de atos e atitudes concernentes à realidade de cada um, como questões relacionadas à sobrevivência. Isso nos leva a crer que o estilo de vida saudável, na concepção do grupo, ultrapassou a questão da saúde e emergiu na subjetividade dos participantes, nas suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas, bem como na sua aptidão física. O segundo artigo teve como objetivo avaliar as mudanças ocorridas no estilo de vida dos idosos após a aplicação de uma Tecnologia Educativa em Saúde, norteadas pelo Modelo de Crença em Saúde. Nesse contexto, concluímos que a proposta mostrou-se eficiente, pois permitiu modificações comportamentais, principalmente no que se refere à adesão ao exercício físico e a redução de peso. Diante dos resultados obtidos, consideramos essa tecnologia satisfatória, devendo ser inserida nas práticas de educação em saúde de pessoas com hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão. Estilo de vida. Educação em saúde. Saúde Coletiva. Modelo de Crença. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is the most frequent of all cardiovascular diseases, and it is also the main risk factor for the most common complications, such as cerebral vascular accident, myocardial infarction and chronic kidney disease. Hypertension is considered a serious public health problem in Brazil and around the world. Nowadays, 17 million Brazilians are believed to suffer from hypertension, and 35% of them age 40 years or more. Asymptomatic in many cases, the treatment for SAH is frequently neglected by the patient. One of the main non-medicamental treatments adopted is the change in the patient's lifestyle, which consists of balanced healthy eating, reduction of sodium consumption, alcohol and tobacco abstinence, weight loss, and the practice of physical exercise to eradicate sedentarism. Evidence shows that strategies in health education aiming changes in lifestyle are more efficient when implemented collectively. For that reason, we developed this Dissertation, consisting of two articles. In the first one, we analyzed the lifestyle of the hypertensive elderly attending a daycare center and its relation to the risk factors, prevention, and control of hypertension. We noticed that the conception of the old ones on healthy lifestyle consisted in the set of acts and attitudes concerning the daily reality of each one, such as issues relating to survival. That makes us believe that a healthy lifestyle in the conception of the group observed exceeded the health matter and emerged in the subjectivity of the participants, their beliefs, principles, and their socioeconomic conditions, as well as their physical aptitude. We also noticed that the adhesion to the conducts of a healthy lifestyle was partial among the elderly, mainly regarding the practice of physical activity, and the management of stress, for only six and eleven subjects, respectively, reported the conducts cited above. The second article aimed to evaluate the changes in the elderly patients' lifestyle after the implementation of Educational Health Technology, based on the Health Belief Model. In this context, the proposal proved to be efficient, for it allowed behavioral changes, mainly regarding the practice of physical activity and weight loss. Based on the results obtained from this research, we consider this technology satisfactory and advise its implementation in the health education practice of people suffering from arterial hypertension.

Keywords: Hypertension, Lifestyle, Health Education, Collective Health, Belief Model, Elderly Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|------------------------------------------------|
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| TES | Tecnologia Educativa em Saúde |
| CONEP | Conselho Nacional de Ética e Pesquisa |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| MCS | Modelo de Crença em Saúde |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| DBHA | Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial |

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 09 |
| 2 OBJETIVOS | 11 |
| 3 ARTIGOS..... | 12 |
| 3.1 Estilo de vida de idosos hipertensos em centro de convivência – análise com enfoque na educação em saúde..... | 12 |
| 3.2 Estilo de vida de idosos hipertensos: análise da repercussão de uma tecnologia educativa em saúde norteadada pelo Modelo de Crença | 28 |
| 4 CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS | 52 |
| 5 REFERÊNCIAS..... | 53 |
| APÊNDICES | 54 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | |
| Instrumentos de coleta de dados | |
| ANEXOS..... | 59 |
| Parecer do Comitê de Ética | |
| Dinâmicas educativas | |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se por ser uma síndrome multifatorial na qual níveis tensionais elevados estão associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, constituindo um desafio para a equipe de saúde, uma vez que o seu controle depende diretamente da participação e da cooperação do cliente, sendo a educação em saúde um dos agentes transformadores capaz de motivar para a mudança (CESARINO ET AL.,2004).

É uma das condições crônicas mais prevalentes, sendo dentre outros fatores diretamente relacionada com a idade do indivíduo. Considera-se hipertenso todo indivíduo adulto maior que 18 anos, que possua valores de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 135mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 85mmHg, sendo esses valores aferidos em pelo menos duas medidas por consulta na posição sentada, repetindo esta medida em duas ou mais visitas antes de se confirmar o diagnóstico (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Para Lima, Bucher e Lima (2004), esta enfermidade relacionada ao estilo de vida insalubre constitui um agravo crônico à saúde, sendo considerada um fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral e a insuficiência cardíaca, além de constituir-se em um grave problema de saúde pública, acarretando gastos ao governo. Logo para prevenir-se dos agravos decorrentes da HAS, é necessária a implementação de políticas públicas que visem orientar e educar a população à adoção de hábitos de vida saudáveis.

No contexto da educação em saúde, utilizam-se tecnologias, para que os processos de trabalho em saúde se concretizem. Entendem-se como tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde podem ser prestados à população (BRASIL, 2007).

O Modelo de Crença em Saúde (MCS) é um dos modelos teóricos mais utilizados em relação à mudança de comportamento e modificação de hábitos de vida. Este afirma que a mudança de comportamento das pessoas é influenciada pela evolução da viabilidade da ação, por meio da relação custo-benefício, em que o indivíduo percebe que os benefícios superam os custos. O MCS tem sido utilizado para antecipar comportamentos preventivos em campanhas e orientação médica em vários setores da saúde (ROSENSTOCK, 1990).

Na prática clínica, tenho observado o aumento da prevalência de casos de doenças cardiovasculares, principalmente o Acidente Vascular Cerebral, acarretando danos a integridade física, social, financeira e emocional ao seu portador e familiares. Sabendo que a HAS associada à presença de fatores de risco, como o sobrepeso, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados dentre outros, contribuem para este e outros agravos à saúde. Justifica-se este estudo para fins de avaliar a repercussão de uma TES, norteada pelo MCS, no estilo de vida de idosos hipertensos, visando mudança de comportamento no controle da HAS e na prevenção de complicações deste agravo.

2 OBJETIVOS

Geral

Analisar a repercussão de uma tecnologia educativa em saúde no estilo de vida de idosos hipertensos, norteadada pelo Modelo de Crença.

Específicos

1. Caracterizar os idosos hipertensos;
2. Descrever o conhecimento dos idosos sobre estilo de vida saudável;
3. Identificar entre os idosos o seguimento às condutas de um estilo de vida saudável;
4. Avaliar as mudanças ocorridas no estilo de vida com a aplicação da tecnologia educativa.

3 ARTIGOS

3.1 Estilo de vida de idosos hipertensos em um centro de convivência - análise com enfoque na educação em saúde.

Este artigo atende aos seguintes objetivos:

1. Caracterizar os idosos hipertensos;
2. Descrever o conhecimento dos idosos sobre estilo de vida saudável;
3. Identificar entre os idosos o seguimento às condutas de um estilo de vida saudável adequado ao controle da HAS.

***ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS EM CENTRO DE CONVIVÊNCIA –
análise com enfoque na educação em saúde***

***THE LIFESTYLE OF THE HYPERTENSIVE ELDERLY IN A DAYCARE CENTER –
an analysis focused on health education***

Juliana Lima Fonteles Magalhães

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa com o objetivo de descrever o estilo de vida de 21 idosos hipertensos de ambos os sexos que frequentavam o Lar da Melhor Idade, em Aquiraz-CE. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: *O que o(a) senhor(a) entende sobre estilo de vida? Como o(a) senhor(a) descreve um estilo de vida saudável? Como o(a) senhor(a) avalia o seu estilo de vida com vista ao controle da HAS?*. As informações foram organizadas em categorias analíticas e a análise fundamentou-se nos pressupostos da educação em saúde e na literatura pertinente. A idade dos idosos variou entre 60 e 83 anos, seis eram homens e quinze mulheres, treze eram negros e oito brancos. Para os idosos, estilo de vida consistia do conjunto de atos e atitudes pertinentes à realidade de cada um e que convergiam para a sobrevivência – trabalho, sono e repouso, alimentação, aquisição de recursos financeiros e aptidão física. Oito idosos associavam estilo de vida saudável ao consumo de alimentos salubres, à saúde, ao bem-estar repleto de paz e tranquilidade, e ao lazer, prática de exercício físico regular, abstenção de bebidas alcoólicas e de tabagismo. A adesão às condutas de controle da HAS era parcial entre os idosos. Concluímos que o estilo de vida saudável na concepção do grupo ultrapassou a questão da saúde e emergiu na subjetividade dos participantes, nas suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas, bem como na sua aptidão física.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Estilo de vida. Educação em saúde. Saúde do idoso. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

The present qualitative descriptive study aimed to evaluate and describe the lifestyle of the hypertensive elderly attending a daycare center. This research had 21 hypertensive people as participants, both male and female, attending a daycare center called *Lar da Melhor Idade*, sited in Aquiraz, Ceará. The data were collected through a semi-structured interview, containing the following questions: What do you know about lifestyle? How would you describe a healthy lifestyle? How would you evaluate your lifestyle regarding the SAH control? The information was organized in analytical categories, and the analysis was based on the educational presuppositions about health and the pertinent literature. The age of the elderly varied between 60 and 83 years, six were man and fifteen were women, thirteen were black and eight were white. For the elderly, the conception of lifestyle consisted in the set of acts and attitudes concerning the daily reality of each one, regarding survival issues such as work, sleep and rest, eating, economic situation, and physical aptitude. Eight elderly subjects associated a healthy lifestyle to the consumption of salty food, to health, to the well being with plenty of piece and tranquility, to leisure, to regular practice of physical exercise, and to alcohol and tobacco abstinence. The acceptance of a healthy conduct was partial among the elderly. That makes us believe that a healthy lifestyle in the conception of the group observed exceeded the health matter and emerged in the subjectivity of the participants, their beliefs, principles, and their socioeconomic conditions, as well as their physical aptitude.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension, lifestyle, health education, elderly health, adherence to treatment.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos de maior impacto no início deste século. Baixa nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, a melhoria das condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia são os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira. Com isto faz-se necessário compreender e atuar sobre esse fenômeno e suas implicações, não só pelo aspecto demográfico, mas também do ponto de vista social, psicológico, biológico, econômico, político, histórico e cultural (RAUTH; RODRIGUES, 2002).

Atualmente, as condições de vida e de saúde da população mundial têm melhorado consideravelmente, levando ao envelhecimento populacional. De acordo com Buss (2000), alguns fatores interferem nessa situação, como progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na medicina. Contudo, ainda permanecem profundas desigualdades incontestáveis nas condições de vida e saúde entre os países, e dentro deles entre as suas regiões e estados.

O crescimento da população de idosos em números absolutos e relativos é um fenômeno mundial e cresce sem precedentes. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998 esse número passou para 579 milhões de pessoas, um crescimento de mais de 8 milhões de idosos por ano. Sendo assim, as projeções indicam que em 2050 serão mais de 1.900 milhões de idosos (BRASIL, 2002).

Os idosos podem apresentar uma saúde mais frágil, com enfermidades de diversos tipos associadas ao processo do envelhecimento. Os estudos se propõem a verificar os fatores que conduzem ao bem-estar dos indivíduos, os processos psicológicos que permitem encarar o envelhecimento e que levam a pessoa à satisfação e à felicidade (SCHALOCK; VERDUGO, 2003).

Apesar de ser um fenômeno universal, o envelhecimento ainda é de difícil definição, e muita vez confunde-se com doença e/ou invalidez. De acordo com Porto e Costa (2005), o envelhecimento é um fenômeno gradual, progressivo e variável, que pode coincidir ou não com a idade cronológica, caracterizado pela diminuição da funcionalidade dos órgãos, com isso tornando o indivíduo mais propenso a doenças. Por isso, descobrir virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com qualidade de vida individual e social têm sido preocupações sistemáticas do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento. Tretini, Chachamovich e Fleck (2008) afirmam que a preocupação com essa condição nos idosos ganha relevância, embasada no aumento da expectativa de vida.

O processo de envelhecimento está associado a diversas alterações na composição corporal. Com a idade, há um aumento na massa de gordura corporal e uma diminuição da massa corporal magra, com consequente diminuição do nível metabólico basal, da força muscular e dos níveis de atividade, que por sua vez são a causa das necessidades reduzidas de energia nos idosos. Essas alterações na composição corporal aumentam o risco dos idosos desenvolverem uma ampla variedade de doenças crônicas, como a hipercolesterolemia, arterosclerose, *diabetes mellitus* do tipo II, e HAS (THOMPSON, 2002).

É considerado hipertenso todo indivíduo com mais de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 135 mmHg, ou com pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 85 mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas por consulta na posição sentada, repetindo o procedimento em duas ou mais visitas antes de confirmar o diagnóstico. Indivíduos que apresentem níveis pressóricos de 130 a 139 mmHg para PAS e 85 a 89 mmHg para PAD devem ser reavaliados após 6 meses e cabe ao profissional responsável estimular mudanças no estilo de vida (V DBHA, 2006).

A HAS, associada ao estilo de vida inapropriado, apresenta custos socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e renal crônica e doenças vasculares. Alguns fatores de risco são atribuídos para elevação da pressão arterial: aumento da idade, sexo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, consumo excessivo de sal e estresse (V DBHA, 2006).

A HAS pode interferir diretamente em diversas esferas da vida da pessoa, de seus familiares e amigos. Isso ocorre devido a própria auto-estima do hipertenso estar abalada, mediante a possibilidade de agravos e consequentemente a *psique* também é afetada, surgindo assim emoções negativas. Dessa forma, a qualidade de vida da pessoa hipertensa pode ser afetada pelos efeitos colaterais das drogas, pelas doenças associadas, pela necessidade de mudança nos hábitos de vida ou pelo simples diagnóstico (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

Na concepção de Campolina e Ciconelli (2006), com o aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas sequelas, os objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, sendo que cada vez mais esses objetivos têm deixado de ser simplesmente a “cura” e passando a ser a “melhoria da qualidade de vida” das pessoas. Ressaltando a condição atual, na qual a HAS presente neste século encontra-se em proporções epidêmicas nos adultos em sociedades industrializadas, estudos têm sido conduzidos para a intervenção de medidas não-medicamentosas, como mudanças no estilo de vida no sentido de prevenir os riscos decorrentes dessa patologia (CAMPANE; GONÇALVES, 2002).

Para o controle da HAS, é indicada a adoção de um estilo de vida saudável e frequentemente associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, poucas pessoas hipertensas são aderentes, e aqueles que aderem, o fazem durante algum tempo, e muito deles de forma inadequada. De modo geral, os idosos hipertensos não conseguem seguir estas condutas de controle, e, sobretudo, adotar um estilo de vida saudável, em decorrência da manutenção de hábitos antigos, déficit de conhecimento e do cuidado de familiares. Este fato é preocupante em detrimento do iminente envelhecimento populacional, em que ascende a prevalência desse agravo.

Diante dessa realidade, optou-se por este estudo, com o objetivo de descrever o estilo de vida de idosos hipertensos de um centro de convivência, com vista ao controle da HAS.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Lar da Melhor Idade, uma instituição sem fins lucrativos, situada em Aquiraz – CE, mantida pela prefeitura local, com capacidade para 70 idosos, que permaneciam durante o dia, retornando ao domicílio ao final da tarde. Nesta instituição eram desenvolvidas atividades laborais, tais como oficinas de arte, terapia ocupacional e grupos de teatro.

Antes da entrevista, realizamos uma triagem nas fichas dos idosos que frequentavam a instituição citada, para o levantamento dos idosos portadores de HAS. Dos 70 idosos, 27 eram hipertensos, destes 21 aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados, por meio de uma entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: *O que o(a) senhor(a) entende sobre estilo de vida? Como o (a) senhor(a) descreve um estilo de vida saudável? Como o (a) senhor(a) avalia o seu estilo de vida com vista ao controle da HAS?*. As entrevistas foram gravadas, conforme o consentimento prévio dos informantes. As informações foram organizadas em categorias analíticas e a análise fundamentou-se nos pressupostos da educação em saúde e na literatura pertinente. É importante ressaltar que na educação individual como em grupo a escuta é imprescindível, constituindo a etapa inicial para que o diálogo possa ser estabelecido, possibilitando ao educador perceber o conhecimento da clientela, a fim de direcionar futuras práticas educativas (SANTOS; BARROSO, 2003).

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS. Aos participantes foi assegurado o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejassem, e as entrevistas

foram realizadas após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, sob o número 061/2008.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos idosos

A idade dos idosos variou entre 60 e 83 anos, seis eram homens e quinze mulheres, treze eram negros e oito brancos. Para Mano (2007), a prevalência de HAS na população idosa é elevada. No Brasil, cerca de 65% dos idosos são hipertensos, e entre as mulheres maiores de 75 anos, a prevalência pode chegar a 80%.

Menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são também possíveis fatores associados a esta prevalência (BRASIL, 2006). Em nosso estudo, dez idosos eram analfabetos, dez iniciaram o ensino fundamental e um o ensino médio. Os idosos possuíam renda familiar mensal variando de um a dois salários mínimos vigentes (R\$ 415,00), oriunda da aposentadoria do INSS, e dezoito residiam em imóvel próprio, com cônjuge e/ou outros familiares, e os demais moravam somente com filhos. O baixo nível socioeconômico também está associado a maior prevalência de HAS e dos seus fatores de risco, bem como hábitos dietéticos, incluindo o consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea (IMC) elevado e estresse psicossocial (V DBHA, 2006).

Concepção sobre estilo de vida

Para os idosos, estilo de vida consistia do conjunto de atos e atitudes pertinentes à realidade de cada um e que convergiam para a sobrevivência – trabalho, sono e repouso, alimentação, aquisição de recursos financeiros, aptidão.

“... é trabalhar, ser ativo ... eu queria tanto trabalhar viu, eu sou acostumado desde cedo na roça ..., sabe com quantos anos eu fui para a roça pela primeira vez? com 10 anos, e até hoje se me deixassem eu continuava a ir ... mais minha filha não deixa mais” (JS, 68 anos).

“... estilo de vida é viver a vida todo dia, trabalhar, dormir, comer... é só isso que eu acho, me desculpe, mais eu só meio burro minha filha, você acredita que aprendi a escrever meu nome aqui no lar, antes eu nem sabia escrever nem meu nome, pois aprendi aqui, e devagarzinho a gente vai melhorando cada vez mais ...” (JF, 80 anos).

Para entendermos o estilo de vida, é importante inseri-lo em um contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença. O novo paradigma que contempla a complexidade, a determinação social e a visão holística do ser vem ganhando mais espaço dentro dessa perspectiva, sendo cada vez mais preconizado nas conferências de saúde (BRASIL, 2002).

Para os idosos, estilo de vida saudável ultrapassa a questão da saúde e emerge na subjetividade do sujeito, nas suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas, bem como na sua aptidão física. Para eles a saúde esta relacionada ao trabalho, ao dinheiro e a sobrevivência.

“... é trabalhar, ganhar dinheiro, sobreviver ... por isso que eu ainda trabalho, porque só com o dinheiro da aposentadoria não dá ... não sobra nem para comer direito, a gente tem que aumentar a renda de qualquer jeito ... e o que eu sei fazer é pegar na enxada de verdade” (JBS, 74 anos).

Concordamos com Mello (1992) ao dizer que o estilo de vida, dentre outros fatores, envolve a subjetividade, em seu contexto social, levando a saúde e a doença perpassarem por uma dimensão psicossomática, que não pode e não deve ser ignorada pelos profissionais de saúde. As doenças não se resumem apenas em seus aspectos fisiopatológicos, estas possuem associação com a emoção, com os sentimentos, pelo qual o corpo enfermo interage e afeta a mente e vice-versa, criando assim um processo complexo, que por sua vez interage com o meio.

Descrição de um estilo de vida saudável

Um dos fatores mais importantes no controle da HAS é a redução do consumo de gordura, bem como da ingestão de sódio na dieta. Cabral *et al.* (2003) em estudo realizado com idosos, destacaram que o consumo elevado de sódio tinha uma parcela significativa de influência na elevação dos índices pressóricos, bem como a associação deste com o excesso de peso. Entre os idosos em estudo, oito associavam estilo de vida saudável ao consumo de alimentos salubres, que eram recomendados pelos profissionais de saúde que os acompanhavam.

“... é a gente fazer as coisas certas para não adoecer, tem que comer direito, do jeito que o médico manda, tem que ter ma boa alimentação” (MAO, 70 anos).

“... acho que é fazer o que os médicos mandam, botar pouco sal na comida, comer sem sal, sem doce, não comer batida, nem rapadura ... mais eu como isso todo dia, é bom demais...” (LMA, 69 anos).

Alguns idosos preferiam continuar com hábitos alimentares insalubres, embora tivessem conhecimento daqueles saudáveis. Para o seu tratamento, além da medicação prescrita, os profissionais de saúde devem recomendar a adoção de práticas que possam minimizar os fatores de risco acima citados. Assim sendo, o indivíduo hipertenso, para tratar ou prevenir-se das complicações da HAS, deve além de medicar-se, ter atitudes para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos (LIMA, BUCHER E LIMA, 2004).

Nossos depoentes ao descreverem seu estilo de vida o relacionaram com a adoção de hábitos saudáveis prescritos pelo profissional de saúde responsável por estes, como uma alimentação saudável. Segundo Martins et al.(2007), o fato é que os idosos precisam lançar mão de algumas estratégias que lhes possibilitem uma vida satisfatória e com saúde. Isto implica na adoção de novos hábitos, ou seja, engajar-se em atividades produtivas, realizar seus projetos de vida, dentre outras possibilidades possíveis.

É preciso ter em mente a manutenção da motivação do usuário hipertenso na adesão ao tratamento, pois esta é uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam no cuidado com esta clientela, e que maioria apresenta outras co-morbidades, como diabetes *mellitus*, dislipidemias e obesidade, que trazem implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada e mudanças no estilo de vida (V DBHA, 2006).

Observamos no depoimento de alguns idosos estudados que, apesar do conhecimento sobre condutas adequadas a seguir, estes não as seguem, nos revelando a necessidade de ações educativas em saúde voltadas a essa parcela da população.

A ação educativa em saúde deve ser um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de grupos em busca da melhoria das condições de saúde, e, neste processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde estimulando o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação (MARTINS et al. 2007).

Percebemos nos sujeitos do estudo a necessidade do desenvolvimento de ações educativas em saúde, com vista ao emponderamento destes. Santos e Barroso (2003) afirmam ser a educação em saúde um meio de conduzir a clientela à mudança de comportamento,

permitindo-lhes aumentar a habilidade de engajar-se no autocuidado, responsabilizando-se pela promoção de sua saúde e bem-estar.

Barroso, Vieira e Varela (2003) enfocam a educação em saúde sob o aspecto de uma educação crítica e transformadora, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, visando atender suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva

Para outros idosos, estilo de vida saudável estava relacionado à saúde, ao bem-estar repleto de paz e tranquilidade e ao lazer.

“... eu acho que é a gente poder ter saúde, poder passear, por que é bom a gente se distrair, parar de pensar nos problemas que a gente tem...” (FIC, 64 anos).

“Para mim é a gente ter lazer, o povo levar a gente para passear ... ter paz também, não se aborrecer com nada, por que não tem coisa pior ...” (JCF, 60 anos).

Os depoimentos acima nos mostram a busca pelo bem-estar físico, mental e social por parte dos idosos, quando relatam que o lazer os afasta dos problemas, o que para eles reflete positivamente na saúde.

A promoção de saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades, sendo importante salientar que muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor de saúde (RAMOS, 2002).

Ainda na visão do autor, outro fator a ser considerado, é que saúde para a pessoa idosa não se restringe apenas ao controle e a prevenção de doenças, para esta população saúde é a interação entre a saúde física, a mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Estes atributos emergiram nos depoimentos dos idosos.

“... poder trabalhar para não pensar em besteira, para ocupar a cabeça, eu penso que isso é bom...” (FIC, 64 anos).

“... ter saúde ... também a gente ter um dinheirinho nosso para comprar nossas coisinhas”(JF, 74 anos).

“... primeiramente é a gente não ter preocupação, depois é ter nossa casa própria, ter nosso sustento, que é muito importante ... pois eu ganho só mesmo um salário, mais se a gente gasta direitinho, dá para comprar tudo que a gente precisa” (EAM, 60 anos).

“... ter alguém para cuidar da gente, por que senão a gente pode adoecer e morrer a mingua...” (MAO, 70 anos).

No estudo de Teixeira *et al.* (2006), com 220 usuários hipertensos, em 81% destes foi confirmada a influência do estado emocional no descontrole da HAS. Segundo esses autores, esse achado evidencia o grande impacto do estado emocional no bem-estar do indivíduo, e que frente a fortes emoções o organismo pode desencadear inúmeras reações ou agravos, dentre estes, os cardiovasculares.

Auto-avaliação do estilo de vida

Os idosos associavam saúde e bem-estar ao convívio no Centro de Convivência. Para estes, o convívio possibilitou a promoção da saúde e do seu bem-estar, por meio da socialização de momentos agradáveis, de mútua ajuda, que contribuíram para debelar a solidão e amenizar as preocupações com os problemas familiares.

“... eu venho para casa da melhor idade e não me sinto só, aqui a gente se diverte, todo mundo se ajuda... é bom isso, a gente ter paz e saúde...” (EAM, 71 anos).

“... aqui tenho paz, pois melhorou quase 100% depois que eu entrei aqui, por que não me sinto mais só, e ainda como direitinho, tenho minhas amigas para conversar...” (MJ, 68 anos).

“... apesar das dificuldades que a gente enfrenta nesse mundo de meu Deus, eu acho que vou levando uma vida com saúde... o ruim às vezes é só a solidão...” (M.I., 76 anos).

Diante destes depoimentos, percebemos a importância da criação de ambientes favoráveis a esta população. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) assegura direitos sociais ao idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e garantindo o direito à saúde. De acordo com a PNSI, é competência do Ministério da Saúde (MS) estruturar centros de referência com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento, bem como desenvolver políticas de prevenção, para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde, desenvolvendo e apoiando programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso, de forma a estimular, dentre outros fatores, o auto-cuidado, para que este possa desempenhar de forma ativa seu papel na sociedade (BRASIL, 2006).

Na concepção de outros idosos, o consumo de alimentos salubres, prática de exercício físico regular, abstenção de bebidas alcoólicas e de tabagismo justificavam um estilo de vida saudável.

“... tirando as coisinhas erradas que a gente faz de vez em quando, como comer um pirãozinho, uma carminha mais gorda... eu acredito que seja, por que o pior que era para mim, a bebida eu deixei... e o cigarro também...” (MLA, 75 anos).

“... eu acho que tenho estilo de vida saudável, porque eu não bebo e também não fumo...” (MAO, 78 anos).

“... as coisas que eu venho fazendo são boas para mim, eu não estou comendo essas coisa que faz mal à saúde, que é gordura, sal... pois eu estou comendo fruta e verdura” (AFO, 77 anos).

Para outro participante, o seu estilo de vida era inadequado e este o relacionava ao sedentarismo e à alimentação desbalanceada.

“... eu não acho meu estilo de vida saudável, porque a minha alimentação não está boa não, e também eu não faço caminhada, quando eu não estou aqui, fico só deitada...” (MCA, 69 anos).

Com o processo da industrialização, existe um crescente número de pessoas que se tornam sedentárias com poucas oportunidades de praticar atividades físicas. Diversos autores têm demonstrado associação entre sedentarismo e agravos cardiovasculares, câncer, diabetes dentre outros. Estudos demonstram que o sedentarismo no lazer está associado à HAS e *diabetes mellitus*, além de ser mais prevalente em mulheres, idosos e pessoas de baixa escolaridade (PITANGA; LESSA, 2007).

Adesão às condutas de um estilo de vida saudável com vista ao controle da HAS

As condutas terapêuticas de controle da HAS são análogas às de um estilo de vida salubre: uso adequado de sal, consumo de gordura vegetal, ingestão adequada de café ou de bebidas que contenham cafeína (100ml ao dia), preferência por vegetais e por carnes brancas, uso de adoçantes dietéticos, abstenção do álcool e do tabaco, exercício físico regular, gerenciamento do estresse e uso regular do medicamento.

A adesão às condutas citadas era parcial entre os idosos, porque vinte eram abstinente de bebidas alcoólicas, quinze preferiam carnes vermelhas e vegetais, treze ingeriam a quantidade adequada de café ao dia, cinco faziam uso de adoçantes dietéticos e

seis idosos praticavam regularmente exercício físico. Todavia, os idosos não eram tabagistas, e faziam uso regularmente da medicação anti-hipertensiva.

O tratamento não-medicamentoso compõe-se de hábitos de vida saudáveis, tais como a abstenção de bebidas alcoólicas e do tabagismo, a redução da ingestão de sódio, controle do peso, a prática do exercício físico e o gerenciamento do estresse psicoemocional (VDBHA, 2006).

Entre os idosos, onze relataram adoção de condutas gerenciadoras de estresse. Sparrenberg, Moreira e Caneppele (2004, p. 96-99) enfatizam a relação do estresse com a HAS, e estes o definem como “ a soma das reações biológicas a qualquer estímulo, físico, mental ou emocional, interno ou externo, que tende a perturbar a homeostase, onde as reações compensatórias podem ser inadequadas ou inapropriadas, levando a doenças”. Estudos sobre os aspectos psicológicos da HAS evidenciam que a dificuldade de expressar os sentimentos hostis contribui para gerar o quadro clínico do agravo. Assim, o estresse e a ansiedade são aspectos emocionais que podem induzir estilos de vida com a qualidade de saúde comprometida, como no caso da HAS e suas complicações.

Caetano *et al* (2008) acreditam que o objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso é conseguir manter seu bom estado de saúde, com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa na comunidade junto à família, com o maior grau possível de autonomia, de independência física, psíquica e social. Para tanto, segundo as autoras, cabe às autoridades competentes intensificar suas ações no processo de educação em saúde com vistas a se manter o padrão de qualidade de vida compatível com os recomendados pelo Estatuto do Idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção dos idosos sobre estilo de vida saudável consistia em um conjunto de atos e atitudes concernentes à realidade de cada um, como questões relacionadas à sobrevivência. Isto nos leva a crer que o estilo de vida saudável na concepção do grupo ultrapassou a questão da saúde e emergiu na subjetividade dos participantes, nas suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas, bem como na sua aptidão física.

Não podemos deixar de ressaltar o papel das entidades geriátricas no bom funcionamento físico, mental e social dos idosos. Observamos no depoimento de alguns depoentes a satisfação com a permanência no Centro de Referência em questão e o quanto o convívio com o grupo interferiu positivamente na qualidade de vida dos mesmos.

Constatamos também que a adesão às condutas de um estilo de vida saudável era parcial entre os idosos, principalmente em relação à prática da atividade física e o gerenciamento do estresse, pois apenas seis e onze idosos, respectivamente, relataram aderirem as condutas acima citadas.

Com vista a essa realidade, torna-se essencial o desenvolvimento de ações e estratégias de educação em saúde voltadas a grupo de idosos hipertensos, visando ao emponderamento para o autocuidado, com o objetivo de informá-los e conscientizá-los da necessidade e importância da adoção de um estilo de vida saudável, da mudança de hábitos e comportamentos de saúde no controle e prevenção da HAS e dos possíveis agravos.

REFERÊNCIAS

BARROSO, G. T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. Educação em saúde no contexto da promoção humana. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**. Hipertensão Arterial Sistêmica, n.15, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Diretoria de pesquisas. Departamento de população e indicadores sociais. Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro, n.9, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso>. Acesso em: 15 out. 2007.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CABRAL, P.C.; MELO, A.M.C.A.; AMADO, T.C.F.; SANTOS, R.M.A.B. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. **Rev. Nutr. Campinas**, v.16, n.1, p. 61-71, Jan/mar, 2003.

CAETANO, J.A.; COSTA, A.C.; SANTOS, Z.M.S.A.; SOARES, E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Rev. Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.17, n.2 abr.- jun, 2008.

CAMPANE, R.Z.; GONÇALVES, A. Atividade Física no controle da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Méd.**, v.59, n.8, p. 561-567, 2002.

CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R.M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Pan de Salud Publica* v.19, n.2, p.128-136, 2006.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (V). *Rev. Soc. Bras. de Hipertens.*, São Paulo, v. 9, n. 4, 2006.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. *Rev da Soc Bras de Hipertens.*, São Paulo, v.7, n.3, p. 104-108, 2004.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A Hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos atitudes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, jul./ago., 2004.

MANO, R. Tratamento farmacológico e situações especiais na Hipertensão Arterial Sistêmica. Apresenta considerações gerais sobre a Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page1487.htm> Acesso em: 12 nov. 2007.

MARTINS, J.J. ; ALBURQUEQUE, G.L. ; NASCIMENTO, E.R..P.; BARRA, D.C.C. ; SOUZA, W.G.A. ; PACHECO, W.N.S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Rev. Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.16, n.2, abr.-jun., 2007.

MELLO, F.J. **Pisicosomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3 maio- jun, 2005.

PORTO, C.C.; COSTA, E.F.A. Envelhecimento do sistema cardiovascular e suas implicações no diagnóstico e tratamento. In: PORTO, C.C. **Doenças do coração. Prevenção e tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. ET AL. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAUTH, J.; RODRIGUES, N. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: In: FREITAS, E. V. ET AL. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANTOS, Z.M.S.A.; BARROSO, M.G.T. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

SCHALOCK, R.L.; VERDUGO, M.A. Envejecimiento. In: **Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales**. Madri: Alianza editorial, 2003.

SPARRENBER, G.F.; MOREIRA, L.B.; CANEPILLE, M.C.G.L. Associação entre estresse e hipertensão. *Rev da Soc Bras de Hipertens.*, São Paulo, v.7, n.3, p. 96-99, 2004.

TEIXEIRA, E.R.; SILVA, J.C.; LAMAS, A.R.; MATOS, R.M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** V.10, n.3, p.378-384, dez, 2006.

THOMPSON, L.V. Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRENTINI, C.M; CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2008.

3.2 Estilo de vida de idosos hipertensos: análise da repercussão de uma tecnologia educativa em saúde norteada pelo Modelo de Crença

Este artigo atende aos objetivos:

Geral

Analisar a repercussão de uma tecnologia educativa em saúde no estilo de vida de idosos hipertensos, norteada pelo Modelo de Crença em Saúde.

Específicos

1. Caracterizar os idosos hipertensos;
2. Avaliar as mudanças ocorridas no estilo de vida com a aplicação da tecnologia educativa.

ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS - análise da repercussão de uma tecnologia educativa em saúde norteadada pelo modelo de crença

THE LIFESTYLE OF THE HIPERTENSIVE ELDERLY - an analysis of the repercussion of educational health technology based on the belief model

Juliana Lima Fonteles Magalhães

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa participante com o objetivo de avaliar as mudanças ocorridas no estilo de vida de 17 idosos hipertensos que frequentavam o Lar da Melhor Idade, em Aquiraz-Ceará, mediante a aplicação de uma Tecnologia Educativa em Saúde (TES), norteadada pelo Modelo de Crença em Saúde (MCS). A pesquisa de campo foi realizada por meio de oficinas educativas e a coleta de dados se deu por meio de entrevistas. Os dados foram organizados em categorias empíricas e fundamentou-se a análise nos pressupostos da educação em saúde e na literatura pertinente. Com a aplicação da TES, foram constatadas mudanças significativas no estilo de vida da maioria dos idosos, embora uma minoria somente percebera a susceptibilidade e a severidade ao qual estavam expostos, sem conseguirem atingir o plano de metas estabelecido por eles próprios no decorrer do estudo. Consideramos a aplicação da TES eficiente, porque possibilitou mudanças comportamentais significativas no estilo de vida, além de motivar os idosos para o controle da hipertensão arterial e prevenção das complicações associadas a este agravo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Tecnologia em Saúde. Modelo de Crenças. Educação em Saúde. Saúde Coletiva. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

This article reports a participative research, which aimed to evaluate the changes in the lifestyle of 17 hypertensive elderly attending a daycare center for older people, called *Lar da Melhor Idade*, sited in Aquiraz - Ceará. The research was done through the implementation of Educational Health Technology, based on the Health Belief Model (HBM). The field research was done through educational workshops, and data collection was done through questionnaires and interviews. The data were organized in empirical categories and was based on the

educational presuppositions about health and the pertinent literature. With the implementation of the Educational Health Technology, significant changes were found in the lifestyle of the majority of the elderly participating in this research, even though a few of them focused only on the susceptibility and severity to which they had been exposed, and were, consequently, unable to accomplish the objectives established by themselves during this research. We considered the implementation of Educational Health Technology efficient, for it allowed significant behavioral changes in the subjects' lifestyle, and also motivated them to prevent and control Arterial Systemic Hypertension (ASH) and its complications.

Keywords: Arterial Systemic Hypertension., Health Technology, Belief Model, health education, collective health, elderly health.

INTRODUÇÃO

Desde o início da civilização, o processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são uma das maiores preocupações da humanidade, apesar da gerontologia e a geriatria serem campos científicos e profissionais relativamente novos (NETTO, 2002).

De acordo com o Censo Demográfico de 2000, a população com 60 anos ou mais no Brasil era de 14.536.029 pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O número de idosos aumentou em quase 4 milhões de pessoas, fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida (BRASIL, 2002). Segundo a contagem da população realizada em 2007 pelo IBGE, a região nordeste possui 51 534 406 habitantes dentre estes 8 185 286 encontravam-se no Ceará e destes 89 133 possuem 80 anos ou mais (BRASIL, 2007).

Junto à transição demográfica, observou-se também uma transição epidemiológica. As doenças infecto-contagiosas diminuíram sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis passaram a ser mais prevalentes, atingindo principalmente a população idosa. Em decorrência desse fato, o desafio passou a ser compatibilizado com o aumento da expectativa de vida e a qualidade da mesma (MARTINS *et a*, 2007).

O envelhecimento enquanto fenômeno biológico apresenta-se de maneira única em cada ser humano idoso. Se quantificarmos o processo de envelhecimento pelos decréscimos da capacidade funcional de cada ano, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. Contudo, a velhice não pode e não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS *et al.*,2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes na população idosa. É considerado hipertenso todo indivíduo adulto maior que 18 anos, que apresenta valores de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou maior que 135 mmHg, ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 85 mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas por consulta, estando o indivíduo na posição sentado e a medida sendo repetida pelo menos em duas visitas antes que se confirme o diagnóstico (V DBHA, 2006).

É particularmente importante neste grupo considerar a hipertensão sistólica isolada, que é fator de risco importante, estando mais associada no idoso a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica (MANO, 2007).

A HAS representa uma das maiores causas de morbimortalidade cardiovascular e alto custo social, constituindo atualmente um problema de saúde pública no Brasil. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para a doença cardiovascular, sendo esta responsável por 27,4% dos óbitos em 2003 no Brasil. Entre os fatores de risco para a mortalidade, a HAS explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana (BRASIL, 2006).

Alguns fatores são atribuídos para elevação da pressão arterial, como idade, sexo, obesidade, sedentarismo e o tabagismo. Para o seu tratamento, além da medicação prescrita, os profissionais de saúde devem recomendar a adoção de práticas que possam minimizar os fatores de risco acima citados. Assim sendo, o indivíduo hipertenso, para tratar ou prevenir-se das complicações da HAS, deve, além de medicar-se, ter atitudes para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos, pois a presença da HAS associada a um estilo de vida insalubre constitui um fator de risco importante para a ocorrência de doenças associadas a essa enfermidade (LIMA, BUCHER e LIMA, 2004).

Um estilo de vida saudável, como a prática de atividade física e uma alimentação balanceada, relaciona-se diretamente com uma melhor qualidade de vida, interferindo de forma positiva na prevenção e no controle dos agravos. Contudo, um estilo de vida insalubre, como a não adoção de medidas higieno-dietéticas, redução de peso e os fatores positivos acima citados contribuem negativamente na aquisição de um padrão de saúde satisfatório (PERES, MAGNA e VIANA, 2003).

As medidas não-medicamentosas para o controle da HAS são controle do peso, abstenção do uso do álcool e tabaco, prática de exercícios físicos, dentre outras, devendo esta ser precedida de avaliação clínica prévia e implementada mediante programas de exercício físico regular, de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos, mantendo a frequência cardíaca entre 60% a 80% da máxima ou entre 50% a 70%

do consumo de oxigênio (Brasil, 2006). O tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não-medicamentosas não são suficientes para o controle da pressão arterial.

Dentre as estratégias para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento (PERES, MAGNA e VIANA, 2003).

Apesar de vários estudos epidemiológicos terem sido desenvolvidos desde a década de 70, a HAS continua sendo uma das mais importantes morbidades do adulto, e direta ou indiretamente a principal causa de morte no Brasil. Apesar dos avanços nos estudos sobre a fisiopatologia, fatores determinantes e eficácia do tratamento, muito pouco se alcançou no seu controle e na implementação de políticas públicas resolutivas e abrangentes, com o impacto na sobrevida e qualidade de vida da população (NEDER; BORGES, 2006). Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos uma tecnologia educativa em saúde fundamentada no Modelo de Crença em Saúde (MCS), visando à mudança de comportamento.

Para que os processos de trabalho em saúde se concretizem, utilizam-se tecnologias. Entendem-se como tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2007). As pesquisas devem ultrapassar o conceitual e o metodológico e contribuir para a solução dos problemas existentes, promovendo assim a melhoria da qualidade da atenção e implementação de políticas mais efetivas.

De acordo com Rossi e Lima (2005), a utilização de tecnologias leves, como relação e produção de vínculo, autonomização, acolhimento, enaltecem a existência de um objeto de trabalho dinâmico, e em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto, no caso deste projeto, a qualidade de vida de idosos hipertensos, exige dos profissionais de saúde uma capacidade diferenciada de olhar, para que percebam a dinamicidade e a pluralidade em questão. Segundo as autoras, são poucos os profissionais que visualizam o processo de trabalho como um espaço que se abre em uma gama de possibilidades de um “fazer diferente” e de um “qualificar a vida”.

É importante ressaltar que os usuários de saúde não são apenas consumidores dos serviços em saúde, são, além disso, agentes co-produtores de um processo, possuindo uma dupla dimensão, sendo ao mesmo tempo objetos de trabalho das ações educativas e sujeitos de sua própria educação.

Portanto, a construção de um cuidado aderente às necessidades de grupos sociais deve incorporar essa dimensão educativa emancipatória, considerando o processo educativo como uma ação política, cujos métodos e técnicas devam favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, ou seja, a educação em saúde não deve ser apenas informativa, deve levar aos participantes dessa ação a refletir sobre os aspectos de sua vida, para que possam perceber a saúde não mais como uma concessão (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Para Martins *et al.* (2007), uma ação educativa é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de um grupo, em busca da melhoria das condições de saúde, ressaltando que o grupo tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo mudar ou não seu comportamento. Para que a ação educativa se desenvolva e obtenha sucesso, não basta apenas impor aos indivíduos normas de como ter mais saúde e evitar doenças e sim realizar a educação em saúde, baseada no diálogo, na indagação e na reflexão, para que assim essa intervenção educativa possa contribuir para mudanças no estilo de vida e favoreça a prevenção e ou controle de doenças, repercutindo em uma melhor qualidade de vida.

O MCS, originalmente proposto por Rosenstock em 1966, e posteriormente modificado por Becker em 1974, consiste no modelo teórico relacionado à mudança de comportamento mais trabalhado pela comunidade científica. Este modelo explicita que a mudança comportamental do indivíduo é influenciada pela evolução da viabilidade da ação e da superação dos benefícios quando estes estão relacionados aos custos deste processo, ou seja, as pessoas podem ter uma mudança no seu comportamento, quando realizam uma reflexão da relação custo-benefício.

Para Becker (1974), o comportamento saudável é uma função do conhecimento e das atitudes do indivíduo, bem como de suas características sócio-demográficas. Para a realização desta pesquisa, necessitou-se trabalhar com algum modelo teórico que estabelecesse uma relação entre o comportamento individual e como este pode influenciar na prevenção e no controle de doenças. A opção pelo MCS, como referencial teórico-metodológico para este estudo, justifica-se pela problemática em estudo, ou seja, a mudança de comportamento visando a um estilo de vida saudável, contribuindo assim para o controle da HAS dos idosos.

De acordo com Rosenstock (1990), a adoção de um comportamento ou atitude depende do indivíduo considerar-se predisposto a um problema de doença, ou seja, suscetível a este, acreditando que este pode afetá-lo (*Percepção da susceptibilidade*), e mais quando este percebe o quão grave este problema pode ser (*Percepção da severidade*), até que ele

possa acreditar que pode mudar de comportamento, evitando assim que a doença se desenvolva (*Percepção dos benefícios para a mudança*), apesar de perceber que para isto terá que evitar hábitos de vida insalubres que já fazem parte do seu cotidiano, ou seja, que para ele já fazem parte da sua rotina (*Custos para a mudança- Percepção de barreiras*). Para que o indivíduo possa mudar, é necessário que ele seja estimulado a agir, que ele perceba a severidade da doença e o quanto ele é susceptível a ela, para que assim conscientemente ele possa avaliar os benefícios em relação aos custos e partir para a mudança.

Sendo assim, os idosos serão conduzidos a se questionar se são susceptíveis às complicações provenientes da HAS (Será que se eu não controlar minha pressão irei piorar? Será que posso ter outras doenças?), posteriormente devem se questionar sobre a gravidade da HAS (Será que posso morrer por causa da HAS?), para que a partir disso possam ser estimulados a pensar nos benefícios que terão frente as mudanças (Será que se eu me cuidar poderei parar de tomar o remédio? Será que assim não corro o risco de adoecer?), mesmo que os custos estejam presentes (Vou ter que parar de comer as comidas que eu gosto? Vou ter que caminhar todos os dias?).

Diante destes questionamentos, optamos por este estudo com o objetivo de analisar a repercussão de uma tecnologia educativa em saúde no estilo de vida de idosos hipertensos, norteada pelo Modelo de Crença em Saúde.

A interface do estilo de vida do idoso hipertenso, com o Modelo de Crença em Saúde, busca proporcionar mudanças no comportamento que possam contribuir positivamente para um estilo de vida salubre.

PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa participante, um tipo de estudo que exige estreito relacionamento entre investigador e realidade (pessoas e objetos de pesquisa). De acordo com Bastos (2007), este tipo de pesquisa permite o conhecimento coletivo, em que o grupo em estudo participa com a auxilio do pesquisador. Para que seja realizada, necessita também de investigações preliminares sobre a região ou população pesquisada para a identificação de problemas, sendo, posteriormente, aplicado um plano de ação sobre a mesma (GUARIENTE; BERBEL, 2000).

Ainda segundo os autores acima, as etapas da pesquisa participante são: aproximação da população alvo, com apresentação e aceitação da proposta da pesquisa; delimitação do objetivo da pesquisa pela população envolvida, mediante assessoria da área educacional;

levantamento de dados para maior conhecimento dos participantes, por meio de entrevista; delimitação dos objetivos da investigação pelo grupo participante a partir do seu interesse; e construção de conhecimento coletivo, mediante análise dos dados emitidos pelos participantes, da identificação e priorização dos objetivos de estudo, com classificação das situações pelas explicações e relações surgidas entre o contraste do conhecimento cotidiano e o sistematizado universalmente, e ainda na etapa final da pesquisa, a elaboração de proposições de ações transformadoras para as situações levantadas.

Estudo realizado no Lar da Melhor Idade, que era uma instituição sem fins lucrativos, em Aquiraz – CE, mantida pela prefeitura local, com capacidade para 70 idosos, que permaneciam durante o dia, retornando ao domicílio ao final da tarde. Nesta instituição, eram desenvolvidas atividades laborativas, tais como oficinas de arte, terapia ocupacional e grupos de teatro.

Participaram deste estudo, inicialmente, 21 idosos hipertensos, de ambos os sexos, que apresentaram condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos e que aceitaram participar da pesquisa. No decorrer da aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde (TES), quatro idosos se ausentaram do grupo por motivo de doença, permanecendo 17 participantes.

A pesquisa de campo foi realizada durante quatro meses e se deu em três etapas.

Na primeira etapa, os sujeitos participaram de uma reunião, na qual foram expostos a natureza e objetivos da pesquisa, além das atividades constituintes na TES, e foi confirmada a anuência e o compromisso quanto à participação no estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). A seguir foram acordados datas e horários, respeitando a comodidade dos sujeitos, para fins de aplicação da primeira entrevista (Apêndice B), como também aprazados os encontros.

Na segunda etapa, aplicamos a TES, que foi elaborada com base no MCS e fundamentada nos pressupostos da educação em saúde, constituída de quinze encontros educativos. Buscamos o MCS como referencial teórico metodológico, por considerarmos de grande relevância para explicar a adoção de comportamentos que possam auxiliar na prevenção e controle das doenças, e também por predizer a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde.

Primeiro ao terceiro encontros. Abordamos os aspectos relacionados à susceptibilidade e à severidade da HAS, como fatores e risco, morbi-mortalidade, complicações e doenças associadas.

Quarto ao décimo terceiro encontros. Foram abordados aspectos relacionados aos custos e benefícios para a mudança, sendo desenvolvidos da seguinte forma: *no quarto e quinto encontros* foram abordados aspectos relacionados à prevenção dos fatores de risco, visando à conscientização da necessidade de ter hábitos de vida saudáveis, mediados pela própria pesquisadora; *no sexto e sétimo encontros* discutimos aspectos relacionados a uma boa alimentação, por meio de uma oficina educativa que contou com a participação de uma nutricionista, utilizando as dinâmicas de grupo para avaliar o conhecimento obtido; *no oitavo e nono encontros* abordamos a importância da atividade física, bem como os riscos do sedentarismo para a saúde, tendo como mediadora uma educadora física com experiência na área de geriatria que teve como objetivo incentivar a prática da caminhada por ser a modalidade de exercício mais viável para o grupo em questão, sendo estes encontros encerrados com a prática de alongamento e caminhada; *o décimo e décimo primeiro encontros* tiveram a finalidade de viabilizar informações necessárias ao grupo sobre o gerenciamento do estresse, e como este pode influenciar negativamente no controle da HAS, sendo desenvolvidos por meio de oficinas educativas que foram coordenadas por uma psicóloga; e por último nos *décimo segundo e terceiro encontros* foram discutidos a abstenção do fumo, álcool e a ingestão moderada de café, visando hábitos de vida menos insalubres.

Décimo quarto e décimo quinto encontros. Abordamos a última etapa do MCS, por meio da construção de um Plano de Metas pelos participantes, contendo possíveis mudanças necessárias à adoção de um estilo de vida saudável, com vista ao controle da HAS.

Os encontros educativos foram realizados mediante dinâmicas de grupo de conhecimento (Anexo A), objetivando motivar e fortalecer os vínculos afetivos no ambiente de trabalho, favorecendo assim a construção coletiva do conhecimento sobre as condutas de promoção da saúde, que também possam possibilitar um estilo de vida saudável. As entrevistas foram gravadas, conforme o consentimento dos participantes, e as experiências vividas no local da pesquisa foram anotadas em um diário de campo.

No último encontro da TES foram aprezados as datas e horários para as entrevistas – imediata (Apêndice C) e após um mês da aplicação da TES (Apêndice D).

Na terceira etapa aplicamos as entrevistas semi-estruturadas, com a finalidade de resgatar as mudanças ocorridas no estilo de vida, previstas no *Plano de Metas*.

Os dados foram organizados em categorias empíricas e a análise foi baseada nas experiências dos participantes, no MCS, nos pressupostos da educação em saúde e na literatura selecionada.

O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram orientados sobre o anonimato e quanto à sua autorização em participar do estudo mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que poderia ser retirada no momento em que desejassem. Os dados foram coletados após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da UNIFOR, sob o número 061/2008.

TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE

| FASES DO MODELO DE CRENÇA | ENCONTRO | ASPECTOS ABORDADOS | OBJETIVOS | ESTRATÉGIAS | RECURSOS | AVALIAÇÃO |
|-----------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| SUSCEPTIBILIDADE E SEVERIDADE | 1° e 3° | Risco de um estilo de vida insalubre para o idoso hipertenso, | Abordar as questões referentes a um estilo de vida insalubre e que levam a complicações na HAS | Dinâmica de grupo, discussão circular e prática de caminhada | Som, canetinhas, papel colorido. | <i>Feedback</i> por meio de perguntas ao grupo e dinâmicas de conhecimento. |
| BENEFÍCIOS DA MUDANÇA E CUSTOS PARA A MUDANÇA | 4° ao 13° | Como ter um estilo de vida saudável mediante alimentação saudável, prática de atividade física, abolição do tabagismo e álcool, gerenciamento do estresse e do uso regular da medicação | Abordar a maneira correta de alimentação, a importância da atividade física, da abolição dos vícios, trabalhar os sentimentos gerenciando o estresse e a necessidade do uso regular da medicação anti-hipertensiva. | Palestra com Nutricionista, Educador físico, psicóloga e discussão circular, e prática de caminhada. | Som, canetinhas, papel colorido. | <i>Feedback</i> por meio de perguntas ao grupo e dinâmicas de conhecimento |
| AÇÃO (PLANO DE METAS) | 14° e 15° | Elaboração do plano de metas | Abordar as metas a serem seguidas pelo grupo para manter um estilo de vida saudável. | Dinâmica de grupo, discussão circular. | Som, canetinhas, papel colorido, cola, tesoura, cartolina, giz de cera. | <i>Feedback</i> por meio de perguntas ao grupo e dinâmicas de conhecimento |

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos idosos

A idade dos idosos variou entre 60 e 84 anos, cinco eram homens e doze mulheres, três eram negros e nove brancos, renda familiar mensal variando de um a dois salários mínimos vigentes (R\$ 415,00), oriunda da aposentadoria do INSS, quinze possuíam e residiam em imóvel próprio, com cônjuge e/ou outros familiares, e os demais moravam com filhos. Quanto à escolaridade, nove eram analfabetos, sete não concluíram o ensino fundamental e um iniciou o ensino médio. Todos eram aposentados, porém um deles ainda trabalhava na agricultura.

Aplicação da TES baseada no MCS

Para o processamento da análise, organizamos os resultados nas categorias: percepção da susceptibilidade e da severidade frente a um estilo de vida insalubre, percepção dos custos e dos benefícios para um estilo de vida saudável, motivação para a mudança, e descrição das mudanças ocorridas no estilo de vida dos idosos após a aplicação da TES.

Percepção da susceptibilidade e severidade de um estilo de vida insalubre

Segundo Becker (1974), a *susceptibilidade percebida* diz respeito à aceitação por parte do indivíduo de que ele é vulnerável, ou seja, que ele tem a possibilidade de contrair uma determinada patologia ou condição. A percepção por parte do indivíduo depende de vários fatores, como a idade, o sexo, a raça, dentre outros. Já a severidade percebida, segundo o autor, reporta à percepção pelo sujeito da severidade de sua condição de saúde, bem como os agravos que ele está sujeito a apresentar em decorrência da enfermidade ou condição que possui.

Os idosos em estudo relataram em seus depoimentos alguns fatores que, segundo eles, não contribuem para o bem-estar e fazem com que estes sejam susceptíveis a problemas de saúde. Dentre outros destacamos o estresse.

Sparrenberg, Moreira e Caneppele (2004) enfatizam a relação do estresse com a HAS e o define como a soma das reações biológicas a qualquer estímulo, físico, mental ou emocional, interno ou externo, que tende a perturbar a homeostase, onde as reações compensatórias podem ser inadequadas ou inapropriadas, levando a doenças.

De acordo com os informantes, o estresse interfere tanto na qualidade de vida como no estado de saúde em que se encontram, citado por muitos, a “*paz de espírito*”, na qual eles se referem trata-se de um ambiente familiar sem brigas e desavenças, como podemos retratar nas falas abaixo:

“... a gente tem que ter paz de espírito sem ter briga em casa ... por que eu acho que isso deve fazer mal né? (...) a gente não ter estresse ... na minha cabeça que deve ser isso que é bom pra mim...” (JS, 73 anos)

“... eu ainda tenho muita preocupação, tento não me aborrecer mais não tem jeito e a senhora disse que não era bom a gente se aborrecer por que não faz bem ao coração. Por isso que eu acho que o meu estilo de vida ainda não é bom..”.(MCAS, 82 anos)

Observa-se nos depoimentos acima a relação estabelecida por alguns componentes do grupo entre o ambiente familiar em que vivem e o quanto este pode interferir na qualidade de sua saúde, podendo refletir, negativamente, quando o ambiente é harmonioso ou positivamente, quando repleto de conflitos.

Para outros idosos, a perda da independência é um fator negativo para o estado de saúde. Quando questionados sobre a adoção de um estilo de vida saudável, estes responderam que gostariam de caminhar, ou de melhorarem de seus cansaços, mas não o fazem por imposição da idade, por se sentirem incapazes ou por falta de companhia para tal. As falas abaixo nos mostram essa realidade:

“... eu não caminho por que não tem com quem. Mais eu vou tentar caminhar mesmo sozinha. Quero também beber menos café, pois tomo muito ...” (MLP, 73 anos)

“... eu queria ficar curada do meu cansaço, por que eu ando aqui para li, dois passinhos, e eu já estou com a língua de fora ... eu devia começar a caminhar ... deve ser isso que está faltando ... vou é cuidar logo antes que eu piore, Deus me livre de ficar prostada numa cama ...” (EAM., 60 anos)

“... eu acho que a minha alimentação não está boa não, e também eu não faço nada de caminhada, quando eu não estou aqui no lar, só fico deitada em casa”. (MCAS, 82 anos)

Observa-se nos depoimentos acima o conhecimento de alguns participantes em relação à importância do exercício físico, na obtenção de uma melhor capacidade funcional, e nos levam a crer a percepção destes sobre o malefício do sedentarismo para saúde.

A prática do exercício físico caracteriza-se por ser uma intervenção não-medicamentosa recomendada na prevenção e no controle da HAS (BRASIL, 2006).

Na velhice ocorrem mudanças na quantidade de energia disponíveis ao indivíduo, podendo exigir alterações radicais nas atividades da vida diária. Se essas alterações ocorrerem sem uma organização de prioridades, a pessoa idosa corre risco de continuar a lutar sem sucesso, colocando em jogo tanto a sua saúde como o bem-estar. Portanto, envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades e potencialidades do indivíduo, com isso os idosos serão capazes de lidar com diferentes graus de sucesso e com as perdas características do envelhecimento (TRETINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Com base no pensamento destes autores, acreditamos que é necessário o desenvolvimento de estratégias para mudança de comportamento, visando à adoção de hábitos de vida saudáveis, que possam contribuir para o controle dos agravos da HAS, contudo respeitando os limites individuais, na busca pela promoção da saúde.

Os idosos relataram complicação da HAS, tal como o acidente vascular cerebral, e mostraram-se receiosos em serem acometidos novamente, conseqüentemente aderiam as condutas de controle desse agravo. De acordo com Becker (1974), quando os indivíduos percebem que são novamente susceptíveis à doença, estes apresentam maior probabilidade de seguirem as recomendações médicas.

“Deus me livre eu voltar para o hospital, do jeito que eu fui ... estou é melhor depois que eu parei de comer besteira. Eu só quero é melhorar e só fazer o que for bom para minha saúde...” (E.AM, 78 anos)

Os idosos que ainda não tiveram complicações secundárias a HAS percebiam a gravidade da adoção de hábitos de vida insalubres e o quanto isso poderia acarretar em sérios danos à saúde.

Para Rosenstock (1990), os níveis de susceptibilidade e severidade fornecem energia e força para a ação, entretanto a combinação desses fatores, apesar de alcançar níveis consideráveis, pode não resultar em uma ação, necessitando de um evento instigante, para estimular o comportamento apropriado à saúde, podem ser desde a percepção do estado corporal, os lembretes de profissionais de saúde ou conhecimento de alguém que foi afetado pela doença. Os discursos abaixo dão visibilidade a essa questão:

“Por que não quero morrer e nem ter um AVC. Deus me livre. Bom mesmo é fazer tudo certinho..”. (JCF, 72 anos).

“Coisa boa foi você ter vindo aqui ajudar a gente, falar um monte de coisas que a gente nem conhecia. foi Deus que mandou você aqui,..., Deus me livre ter um AVC um derrame...” (M.L.P, 73 anos)

“Morro de medo de ficar prostada numa cama sofrendo e dando trabalho pros outros, ter um AVC um derrame Deus me livre ou até mesmo morrer né”. (M.B.N,81 anos)

Ressaltando a condição atual na qual a HAS presente neste século encontra-se em proporções epidêmicas nos adultos em sociedades industrializadas, estudos têm sido conduzidos para a intervenção de medidas não-medicamentosas no sentido de prevenir os riscos decorrentes dessa patologia (CAMPANE; GONÇALVES, 2002).

Percepção dos custos e benefícios para um estilo de vida saudável

Os custos para a mudança diz respeito aos aspectos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às ações em saúde. Ele pode perceber essas ações como inconvenientes, desagradáveis, dolorosas ou inviáveis, pensamentos estes que só tornam às ações impraticáveis cheias de barreiras e conflitos (BECKER, 1974). Para que aconteça a mudança de comportamento, um indivíduo ainda precisa crer nos benefícios que ela trará para si e estar apto para vencer as barreiras.

Logo isso significa que, para que a mudança ocorra, os benefícios devem superar os custos. Em relação à HAS e suas consequências, os idosos necessitam compreender quais as condutas a serem eliminadas e quais devem ser agregadas ao seu estilo de vida que visem ao controle desta enfermidade.

Nas falas a seguir, podemos observar a percepção de alguns idosos sobre as condutas a serem abolidas, para que estes vivam com mais saúde, apesar de que para isso devem parar de fazerem coisas das quais gostam. Para Rosenstock (1990), esses aspectos negativos das ações de saúde ou percepções de barreiras podem agir como impedimentos para a adoção de comportamentos recomendados, levando aos conflitos na tomada de decisão.

“Gostaria mesmo é de deixar de mascar meu fumo(...), mais é tão bom. Quero deixar mais não consigo ... mais eu tenho que tentar, porque é para o meu bem.Eu também queria beber mais água, comer bastante fruta e folha e fazer alguma caminhada ... ai eu ia ficar tudo nos trinques” (.JBS, 68 anos)

“... outra coisa que a gente tem que fazer é comer direito ... não comer com gordura, aquele courinho que a gente gosta ..., eu sei que não pode, o sal também tem que ser bem frio” (MLA, 64 anos)

“O pior que era para mim, era que bebia e fumava, hoje não faço nada disso ... então eu acredito que deve ser boa, minha saúde agora” (MLA, 71 anos)

“Eu acho que se eu fizesse algum exercício ... eu penso que ia ser melhor pra mim, por que caminhar eu caminho de vez em quando... mais se eu fizesse com mais frequência, seria melhor ...” (AFO, 69 anos)

Percebemos nas falas a abstenção do consumo de tabaco e de álcool, da diminuição na quantidade de sal e no aumento da ingestão de água, ou seja, o interesse por parte dos idosos em adotar hábitos de vida saudáveis.

Lopes, Barreto Filho e Riccio (2003) ressaltam que, dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem destaque a redução de peso, a redução do sódio na dieta e a prática regular de atividade física, ou seja, mudanças de estilo de vida insalubres.

Sabemos, contudo, que a adoção de um estilo de vida saudável na maioria das vezes é acompanhada de resistência por parte do indivíduo, o que o leva à desistência ou a não manutenção das condutas por muito tempo. A educação em saúde apresenta-se como uma alternativa na condução das pessoas à mudança, visando à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS (SANTOS; SILVA, 2003).

A mudança comportamental é resultante da conscientização do indivíduo sobre as possíveis implicações e benefícios decorrentes da mesma, sobre a multiplicidade de ações e suas articulações em cada contexto em que está inserido. Concordamos com Freire (2005) ao afirmar que a mudança implica em si mesma uma constante ruptura, ora lenta, ora brusca, da inércia. Na visão do autor, a aprendizagem acontece quando o educador e educando trazem situações concretas do cotidiano, refletindo e agindo sobre o conteúdo.

Agregada a esta visão, Pedrosa (2004) resalta que a promoção da saúde precisa ser entendida pelo saber popular, aproximando-se de uma visão holística e natural, prevalecendo como práticas de saúde. Torna-se perceptível que precisamos aproximar-se da realidade dos sujeitos, mergulhar nas propostas que a promoção de saúde proporciona, transcendendo o setor saúde no sentido de influenciar mudanças de comportamentos.

Motivação para a adesão ao estilo de vida saudável

A motivação pode ser conceituada como alguma coisa que faz uma pessoa a agir ou o processo de estimular uma pessoa a agir, sendo um conceito constantemente utilizado para descrever aqueles processos que estimulam mudança de comportamento. Motivação refere-se à estimulação emocional, diferencial nos indivíduos, causada por determinados incentivos.

Modificar hábitos de vida que carregamos conosco há muitos anos não é fácil, por que as pessoas têm a tendência natural de protelar as informações de saúde recebidas por algum profissional, quando este tentou motivá-lo a agir. Contudo, o final da decisão de mudar ou não um comportamento diz respeito ao indivíduo, sendo de responsabilidade do profissional de saúde guiá-lo rumo à mudança (KEMM; CLOSE, 1995).

Para o tratamento da HAS, além da medicação, deve-se adotar práticas que possam minimizar os fatores de risco para esta enfermidade. Assim sendo, o indivíduo hipertenso, para tratar ou prevenir-se das complicações da HAS, deve além de medicar-se, ter atitudes para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos.

Muitas vezes as mudanças nos antigos hábitos de vida levam ao isolamento social, seja pelo indivíduo não poder comer mais o que quer, seja por não poder fumar e beber, e isto muitas vezes é relacionado a perda do prazer, gerando desânimo, desmotivando o indivíduo à mudança.

Percebe-se nos depoimentos abaixo a consciência por parte de alguns informantes do que deve ser feito, apesar de relatarem que algumas vezes não o fazem corretamente, principalmente relacionado à prática da atividade física.

“... estou tomando meus remédios, me alimento direitinho... fazendo tudo como manda o figurino... quero viver ainda muito tempo e com saúde para eu ainda poder pegar minha enxada, e ir pra roça ... ai é que eu fico feliz...” (JBS, 71 anos)

“...ainda estou na minha dieta... já perdi 2kg ... só não estou caminhando”. (MFMC, 60 anos)

“... estou fazendo tudo certinho, estou conseguindo cumprir... só não estou caminhando por que eu já trabalho pesado na enxada...” (JB, 74 anos)

“Ah minha filha, não estou caminhando, não posso mentir, pois a idade que a gente tem... é ate feio (risos)... mais deixei de comer doce, e as outras coisas estou fazendo bem direitinho”. (JS, 73 anos)

Em 1954 Maslow *apud* Kemm e Close (1995) declara que o comportamento motivacional é explicado pelas necessidades humanas. A motivação é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os à ação. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, seja decorrente de coisa externa ou proveniente do próprio organismo. São cinco categorias de precisão para motivação do ser humano: necessidades fisiológicas, necessidade de segurança, necessidades sociais, necessidade de status e auto-estima e a auto-realização.

De acordo com o autor, as necessidades fisiológicas constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie, como a alimentação, sono, repouso, abrigo. As necessidades de segurança constituem a busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo. As necessidades sociais incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, da amizade. A necessidade de estima envolve a autoapreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de status, prestígio e consideração, além de desejo de força e de adequação, de confiança perante o mundo, independência e autonomia. As necessidades de autorealização são as mais elevadas, de cada pessoa realizar o seu próprio potencial e de auto desenvolver-se continuamente.

Nos depoimentos abaixo percebemos na motivação para a mudança os aspectos elucidados por Maslow.

“Quero fazer caminhada todo dia,..., ah quero fazer regime também, antes eu não ligava pra isso mais agora eu quero fazer, comer melhor pra perder uns quilinhos,..., vou prometer pra senhora (risos)” (J.S.,73 anos)

“Agora sei o que é certo e o que é errado pra minha saúde, antes eu fazia o que todo mundo mandava,..., olhe que tinha muita coisa errada depois que a senhora explicou tudo deu até remorso algumas coisa que eu fiz, mais é isso mesmo agora não faço mais.” (M.F.M.C, 60 anos)

“A minha vizinha ate me ofereceu a esteira mais prefiro chamar uma amiga pra caminhar pra passar mais o tempo. Vou procurar ir pros cantos a pé, e também comer mais vezes ao dia por que as vezes eu só almoço e janto. já emagreci 4 kgs, quero emagrecer mais.(E.A.M, 60 anos)

“Há dois anos atrás eu pesava 120 kgs e agora tô pesando 55kgs. Tive que ter muita força de vontade senão eu não ia conseguir, tive que me alimentar só com coisa boa que não engorda. mais consegui.”(M.I.M.S, 62 anos)

“To mais bonita não to não? (risos) ah ta tudo uma maravilha, maravilha mesmo, estou bem, to me sentindo ótima, ate emagreci viu. Quero continuar assim” (J.C.F, 60 anos)

Descrição das mudanças ocorridas no estilo de vida com a implementação do Plano de Metas

No processo do cuidado, os profissionais de saúde precisam de forma consciente e direcionada trabalhar em cima das necessidades específicas dos sujeitos, buscando sempre a humanização. Para Freire (2005), é necessário que existam relações dialógicas que propiciem o desenvolvimento de cada indivíduo, nas quais a individualidade relacionada às crenças,

características pessoais, linguagem, dentre outras coisas, sejam respeitadas, para que o processo educativo aconteça fundamentado nos preceitos da ética.

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) consideram o processo educativo como um processo político, cujo objetivo deva ser a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos. Então, neste caso, os idosos hipertensos devem ser levados a refletir sobre a sua condição de saúde, para que eles possam compreender a saúde não mais como uma concessão e sim como uma condição social.

A adesão da pessoa hipertensa ao tratamento integra o comparecimento as consultas, o uso regular da medicação prescrita, a adoção de um estilo de vida saudável e sobretudo o compromisso deste com sua própria saúde, atuando como sujeito da ação e não como objeto. Portanto, a adesão é resultante do engajamento afetivo por parte do paciente nas atividades de autocuidado, tornado-se agente de autocuidado e multiplicador destas atividades na família e na comunidade (SANTOS; LIMA, 2008).

Observamos por meio da aplicação da TES a conscientização por parte dos idosos em relação à importância da adoção de hábitos saudáveis. Dentre estes, destacamos a alimentação balanceada, prática da caminhada e de como esses hábitos podem auxiliar na redução de peso e a melhora do bem-estar físico e emocional, além de favorecer o controle da HAS. Os depoimentos abaixo mostram a adesão a essas condutas saudáveis e quais as mudanças ocorridas.

“ Perdi 5 kgs depois que comecei a seguir as coisas que a senhora mandou a gente fazer ...agora é só manter esse peso, que assim é melhor”. (J.S,73 anos)

“Minha pressão está até boa, minha diabetes também melhorou bastante, estou tendo cuidado com minha alimentação... bebendo mais água que eu mal bebia, ah e não estou mais esquecendo os remédios, nem de manhã nem de noite ... já perdi até 2kgs ..” (M.F.M.C., 60 anos)

“...estou mais bonita... estou bem, me sentindo ótima, até emagreci... estou caminhando todo dia, de segunda a sexta. Graças a Deus estou muito bem, bebo bastante água, levo minha garrafinha, por que a senhora disse que era bom.. A minha alimentação também está boa ...” (J.C.F, 60 anos)

“O que está acontecendo na minha vida, é uma benção de Deus, estou tão bem, mais tão bem, que você nem imagina. Não me sinto mais cansada, estou disposta, me sentindo jovem de novo. Mais também estou seguindo tudo a risca”(M.B, 81 anos)

“... estou fazendo as coisas como manda o figurino, me cuidando e está dando certo. Estou mantendo meu peso, por que antes eu pesava demais e me fazia mal, vivia cansada... agora sinto-me disposta”. .(M.I.M.S, 62 anos)

Um dos mais graves problemas de saúde pública atualmente é a elevada taxa de obesidade. Além de esta ser um importante fator de risco para doenças coronarianas, ainda está associada a outros fatores como: HAS, sedentarismo, dislipidemia, bem como *diabetes mellitus* (Caetano *et al.*, 2008). Um estudo realizado por Carneiro *et al.* (2003) confirma a importância da obesidade no desenvolvimento dos fatores de risco cardiovascular, bem como fator importante no desenvolvimento da HAS.

Outro fato que não pode deixar de ser pontuado é que a partir do conhecimento adquirido nas oficinas educativas propiciadas pela TES, os idosos tornaram-se multiplicadores de informações relativas à HAS, bem como dos seus fatores de risco tanto para a família como para a comunidade.

“Graças a deus aprendi muita coisa boa,..., tô até ensinando pro povo lá da rua que eu moro” (J.S,73 anos)

“Aprendi muita coisa mesmo ave maria, já to ate pegando no pé das minha vizinha.” (M.T.S.G,77anos)

“Clareou minhas idéias, por que eu não sabia muito bem o que eu tinha e o que eu não tinha que fazer pra controlar minha pressão,..., já da pra eu me ajudar e ajudar os outros também.” (A.F.O,82 anos)

A educação em saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva sobre as responsabilidades e direitos relacionados à saúde, bem como necessita utilizar estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente inseridos em um contexto, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB *et al.*, 2003).

Acredita-se que a aplicação da TES permitiu aos idosos se tornarem agentes multiplicadores, tornando-os capazes de promoverem o autocuidado e capacitando-os para a promoção da saúde individual e coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa entender melhor e compreender o idoso com HAS e a sua relação com o binômio saúde-doença, é necessário que se conheça mais do que apenas a enfermidade

que este carrega. Devemos elucidar quais são realmente as necessidades dessa população, o que para ela é viver bem, o que para ela significa ter um estilo de vida saudável, para que possamos frente a essas necessidades conhecer melhor os indivíduos para os quais estamos desenvolvendo as estratégias de saúde, buscando motivá-los a participarem do processo de mudança com vista o controle da HAS e assim sintam-se importantes e autônomos.

Percebemos por meio da aplicação da TES que algumas condutas não eram seguidas por alguns idosos, apesar de terem consciência da importância destas para um estilo de vida saudável, com vista ao controle da HAS, como a prática do exercício físico e uma alimentação saudável.

A TES possibilitou também aos idosos a reflexão sobre a severidade e o quão susceptíveis aos agravos da HAS eles estão, bem como mediou reflexões sobre possíveis mudanças, encorajando e educando para tal, contribuindo para o emponderamento do grupo, transformando-os em agentes multiplicadores de saúde.

Observamos conjuntamente mudanças ocorridas no estilo de vida de alguns idosos, que aderiram a condutas saudáveis mediante a participação da TES, como a prática de exercício físico e o uso regular do medicamento anti-hipertensivo dentre outras medidas.

Frente aos resultados alcançados, consideramos satisfatória a aplicação da TES e sugerimos a sua inserção em instituições que cuidam de idosos.

REFERÊNCIAS

BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia ao trabalho acadêmico**. Fortaleza: Nacional, 2007.

BECKER, M.H. **The Health Belief Model and Personal Heart Behaviour**. New Jersey: Thorofare, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**. Hipertensão Arterial Sistêmica, n.15, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____.Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em: 26 jan. 2009.

_____.Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Diretoria de pesquisas. Departamento de população e indicadores sociais.

Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro, n.9, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso>. Acesso em: 15 out. 2007.

CAETANO, J.A.; COSTA, A.C.; SANTOS, Z.M.S.A.; SOARES, E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Rev. Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.17, n.2 abr.- jun, p.327-25, 2008.

CAMPANE, R.Z.; GONÇALVES, A. Atividade Física no controle da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Méd.**, v.59, n.8, p. 561-567, 2002.

CARNEIRO, G.; FARIA, A.N.; RIBEIRO FILHO, F.F.; GUIMARÃES, A.; LERÁRIO, D.; FERREIRA, S.R.G.; ZANELLA, M.T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.49, n.3, 2003.

CATRIB, A.M.F. Saúde no espaço escolar. In: BARROS, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, M.Z.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (V). **Rev. Soc. Bras. de Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 4, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GUARIENTE, M.H.D.M.; BERBEL, N.A.N.A Pesquisa Participante na formação didático-pedagógica de professores de enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 53-59, abr., 2000.

KEMM, J. ; CLOSE, A. Health behaviours and behaviours change. In: **Health promotion: theory and practice**. Macmillan, 1995.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A Hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, jul./ago., 2004.

LOPES, H.F.; BARRETO-FILHO, J.A.S.; RICCIO, G.M.G. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 148-155, 2003.

MANO, R. **Tratamento farmacológico e situações especiais na Hipertensão Arterial Sistêmica**. Apresenta considerações gerais sobre a Hipertensão Arterial. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page1487.htm> Acesso em: 12 nov. 2007.

MARTINS, J.J. ; ALBURQUEQUE, G.L. ; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C. ; SOUZA, W.G.A. ; PACHECO, W.N.S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, abr.- jun., 2007.

NEDER, M.M.; BORGES, A.A.N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Rev. Bras. de Hipertens.** São Paulo, v.13, n.2, p.126-133, 2006.

NETTO, M.P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Org: FREITAS, E.V. ET AL. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva.** v .9, n.3, p.617-626, 2004.

PERES, S.D.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e praticas. **Rev. de Saúde Pública,** São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

ROSENSTOCK, I.M. **Historical Origins of the Health Belief Model.** Health Educ. Monogr., v.2, n.4, 1974.

ROSENSTOCK, I.M. The Health Belief Model: explaining health behavior though expectancies. In: GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER, B.K. **Health behavior and health education: theory, research and practice.** São Francisco: Jossey- Bass Publishers, 1990.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev.Bras. Enferm.,** v. 58, n.3, p. 305-310, 2005.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **R.B.P.S.** v.18, n.3, p.145-151, 2005.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Rev. Texto contexto enferm.,** Florianópolis, v.17, n.1, jan.-mar, p. 90-97, 2007.

SANTOS, Z.M.S.A. ; SILVA, R.M. **Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano.** Fortaleza: Brasil Tropical, 2003.

SPARRENBER, G.F.; MOREIRA, L.B.; CANEPELLE, M.C.G.L. Associação entre estresse e hipertensão. **Rev da Soc Bras de Hipertens.,** São Paulo, v.7, n.3, p. 96-99, 2004.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Rev. Texto contexto enferm.,** Florianópolis, v.16, n.2, abr./jun. 2007.

TRENTINI, C.M; CHACHAMOVICK, E.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida.Guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

4 CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS

O conhecimento adquirido ao longo dessa caminhada foi de fundamental importância, possibilitando uma melhor compreensão sobre a problemática relacionada à mudança no estilo de vida dos idosos hipertensos e visando o controle da HAS.

Após a análise de todos os dados coletados, concluímos que há fortes evidências da eficácia do tratamento não farmacológico na abordagem das pessoas com HAS, como a mudança no estilo de vida, sendo esta muitas vezes suficiente por si só, para o controle da HAS ou como coadjuvante para o sucesso da terapia medicamentosa.

A continuidade do estímulo para a mudança tem um papel fundamental no processo educativo, sendo necessário, portanto, à implementação de um programa continuado de extensão que possibilite a mudança de comportamento de pessoas hipertensas, objetivando conduzi-los à adoção de hábitos saudáveis.

Essas evidências fornecem substratos para a elaboração de políticas públicas em saúde que interfiram no estilo de vida da população, erradicando hábitos de vida insalubres, diminuindo a co-morbidade, para que dessa forma a HAS e suas complicações possam não mais demandar gastos aos cofres públicos.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Contagem da população 2007.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 26 jan. 2009

CESARINO, C.B.; OLIVEIRA, G.A.S.A.; GARCIA, K.A.B.; SHOJI, S. O auto cuidado de clientes portadores de hipertensão arterial de um hospital universitário. **Arq Ciênc Saúde** v.11, n.3, p. 146-8, jul/set, 2004.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (V). **Rev. Soc. Bras. de Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 4, 2006.

LIMA, M. T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório partir dos conhecimentos atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1079-84, 2004.

ROSENSTOCK, I.M. The Health Belief Model: explaining health behavior though expectancies. In: GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER, B.K. **Health behavior and health education: theory, research and practice.** São Francisco: Jossey- Bass Publishers, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, **Juliana Lima Fonteles**, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Estilo de vida de idosos hipertensos: análise da repercussão de uma tecnologia educativa em saúde**. Portanto, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa e responder as entrevistas, contendo perguntas relacionadas ao objetivo geral da pesquisa – Analisar a repercussão da aplicação da tecnologia em saúde no estilo de vida de idosos hipertensos, norteadas pelo modelo de crença, com base nos pressupostos da educação em saúde. Esclareço que as informações coletadas nas entrevistas, bem como nos encontros da proposta (serão gravadas), somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa; o (a) senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa. Também esclareço que seu anonimato será preservado e em nenhum momento o (a) senhor (a) terá prejuízo financeiro. Em caso de esclarecimento entrar em contato comigo, no endereço: Av. Washington Soares, 1321. Edson Queiroz Fortaleza – Ceará. (85) 3477-3280.

Sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa, e para aplicação dos seus resultados, que subsidiarão o planejamento de estratégias de educação em saúde, para fins de promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

Dados do(a) entrevistado(a)

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora responsável.

APÊNDICE B

ENTREVISTA INICIAL- 1

I. CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

1.Nome:_____

2.Idade:_____3.Raça/cor_____3.Profissão:_____

4.Ocupação:_____5.Religião:_____6.Renda familiar:_____

7.Naturalidade: Capital () Interior ()

8.Procedência: Capital () Interior ()

9.Estado civil: Casada () Separada () Solteira () Viúva ()

União estável ()

10. Escolaridade: Analfabeto () Ensino Fundamental ()

Ensino Médio () Ensino Superior ()

11.Condições de moradia:

Casa própria () Casa alugada ()

Outros:_____

12. Com quem mora _____

II. CONHECIMENTO DOS IDOSOS SOBRE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

1. Para você, o que é ter um estilo de vida saudável?

2. Você considera o seu estilo de vida saudável?

3. O que você deveria fazer para ter um estilo de vida saudável?

III ADESÃO ÀS CONDUTAS DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

1. Uso adequado de sal () S () N
2. Uso de gordura vegetal () S () N
3. Abstenção do álcool () S () N
4. Abstenção do tabaco () S () N
5. Uso de adoçantes dietéticos () S () N
6. Peso controlado () S () N
7. Exercício físico regular () S () N
8. Ingestão adequada de café () S () N
9. Preferência por vegetais () S () N
10. Preferência por carnes brancas () S () N
11. Gerenciamento do estresse () S () N
12. Uso regular do medicamento () S () N

APÊNDICE C

ENTREVISTA 2¹

1. Como você considera seu estilo de vida atualmente?
2. O que significou para sua saúde participar deste grupo?
3. O que você acha que deve fazer para ter um estilo de vida saudável?
4. Você esta disposto (a) a mudar seus hábitos de vida, através do plano de metas para controlar sua pressão?

¹

Entrevista realizada imediatamente após a aplicação da TES.

APÊNDICE D

ENTREVISTA 3²

1. Como você considera seu estilo de vida atualmente?
2. Você seguiu o plano de metas elaborado?
3. O que mudou na sua vida depois de ter participado deste grupo?

²

Entrevista realizada após um mês de aplicação da TES.

ANEXOS

ANEXO-1

DINÂMICAS DE GRUPO³

1 – *ENTREVISTA*

Objetivo: iniciar o processo de integração do grupo, partindo da forma mais elementar de estabelecer-se um relacionamento: a conversa a dois.

Tempo Previsto: 30 minutos

Procedimentos: O facilitador deve dar todo o esclarecimento necessário, antes de iniciar a dinâmica. É importante a participação integral para que no final todos saibam quem é quem. Os participantes devem se agrupar em duplas preferencialmente desconhecidas. As duplas deverão conversar durante cinco minutos, em forma de entrevista. Ao final todos voltam ao grupão, onde cada membro fará a apresentação de seu novo colega. Não é permitida a auto-apresentação.

2 – *O REPOLHO*

Objetivo: Avaliar o aprendizado do grupo.

Tempo Previsto: 15 min.

Procedimentos: O grupo deverá ficar em círculo, quando circulará uma bola formada com folhas de papel contendo perguntas sobre o encontro. A bola de papel deverá circular pelo grupo, quando estiver tocando uma música, quando o som parar, o aluno que tiver com a bola tira uma folha e responderá à pergunta.

3 – *TEMPESTADE CEREBRAL (BRAINSTORMING)*

Objetivo: Estimular o interesse pela novidade, pela aventura de criar algo, enfim estimular a criatividade.

Tempo Previsto: 15 min.

³ Dinâmicas adaptadas com base em MILITÃO, A.; MILITÃO, R. **Jogos, dinâmicas e vivências grupais. Como desenvolver sua melhor técnica em entrevistas grupais.** Ed: Qualitymark, 2001.

Procedimentos: Definir o tema-assunto; o facilitador faz as anotações no bloco de notas. Instigar os participantes a falarem do assunto proposto. Efetuar em voz alta a leitura do que foi gerado.

4 – *MURAL*

Objetivo: Desenvolvimento inter-pessoal.

Tempo Previsto: 35 min.

Procedimento: Separar a turma em pequenos grupos de até seis participantes, distribuir o material onde será embasado o mural. Em seguida o facilitador faz destaques da temática com os grupos para que haja consenso. Utilizando revistas, cola, fita gomada, canetinhas, tinta, em fim o maior número de material disponível, elaborar um cartaz representando as idéias do grupo. Ao final o grupo fará a apresentação para os demais.

5 – *TROCA DE PAR*

Objetivo: Analisar as diferenças existentes e quebrar resistências e preconceitos.

Tempo Previsto: 15 min.

Procedimento: o grupo deverá está em pé em local amplo. Os participantes serão divididos em duplas. O facilitador comanda “*vocês vão dançar*” quando a música parar os participantes trocarão de par.

6 – *TELEGRAMA*

Objetivo: Esta dinâmica estimula o raciocínio e proporciona a competitividade.

Tempo Previsto: 30 min.

Procedimento: escolher uma palavra, que pode ser o tema central objeto do estudo. Cada participante deverá montar uma frase utilizando as palavras escolhidas. Promover um concurso para escolher a melhor frase.

7 – PAPEL AMASSADO

Objetivo: Levar os participantes a refletir sobre o seu aprendizado e avaliar a experiência vivenciada – o quanto foi válida e o quanto agregou de novo ao seu nível de conhecimento anterior.

Tempo Previsto: 15 min.

Procedimento: Informar a todos que se preparem, pois “iremos realizar a nossa prova final de mensuração do nível de aprendizado do grupo”.

Distribuir uma folha de papel em branco pra cada participante, oriente que todos formem um grande círculo. Pedir que amassem o máximo que puderem a folha de papel. Iniciar a música e em seguida, solicitar que voltem as folhas ao que era antes, ou seja desamassem –na. Deixe a música tocar por algum tempo.

Diz o facilitador: *“ninguém jamais consegue tomar banho num mesmo rio duas vezes... isso significa que, por mais simples, elementar e superficial que uma experiência possa nos parecer, sempre é possível aprender algo novo com ela. Espero que vocês tenham aprendido algo novo aqui, e que a folha de papel de suas vidas nunca mais sejam as mesmas de quando vocês entraram aqui, no início deste evento. Que saiam modificados por algum aprendizado.”* Criar oportunidade para abraços e despedidas.

ANEXO-2

DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



FUNDAÇÃO EDISON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 061/2008

Projeto de Pesquisa: Tecnologia educativa em saúde: análise da repercussão na qualidade de vida de idosos hipertensos.

Pesquisador Responsável: Juliana Lima Fonteles Magalhães

Data de apresentação ao COÉTICA: 11/03/08

Registro no COÉTICA: 08-057

CAAE: 0452.0.000.037-08

Parecer: APROVADO na data de 28/03/08



Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)