

ESTILO DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS INSTITUCIONALIZADOS: ANÁLISE COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

THE LIFESTYLE OF INSTITUTIONALIZED HYPERTENSIVE ELDERLY – AN ANALYSIS FOCUSING ON HEALTH EDUCATION

ESTILO DE VIDA DE ANCIANOS HIPERTENSOS INSTITUCIONALIZADOS – ANÁLISIS ENFOCADO EN LA EDUCACIÓN EN SALUD

JULIANA LIMA FONTELES¹

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS²

MARLUCILENA PINHEIRO DA SILVA³

A hipertensão arterial é controlada com o estilo de vida saudável. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que descreveu a percepção de 21 idosos hipertensos sobre estilo de vida, com vista ao controle da hipertensão arterial, que frequentavam o Lar da Melhor Idade, em Aquiraz-CE. A idade dos idosos variou entre 60 e 83 anos, eram seis homens e quinze mulheres. Para estes, estilo de vida consistia no 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. Oito idosos associavam estilo de vida saudável ao consumo de alimentos salubres, à saúde, ao bem-estar, ao lazer, prática de exercício físico regular, abstenção de bebidas alcoólicas e de tabagismo. Logo, o estilo de vida saudável na concepção dos sujeitos ultrapassou a questão da saúde, e emergiu de suas crenças, seus valores e suas condições socioeconômicas.

DESCRIPTORIOS: Estilo de vida; Saúde do idoso; Hipertensão; Atenção à saúde.

Arterial hypertension is controlled with healthy life style. This qualitative descriptive study aimed at describing the perception of the 21 hypertensive elderly about lifestyle, for the control of hypertension, attending a daycare center called Lar da Melhor Idade, in Aquiraz-CE. The age of the elderly varied between 60 and 83 years. Six of them were man and fifteen were women. For those, the lifestyle consisted of a set of acts and attitudes concerning the daily reality of each one, regarding survival issues such as working, sleeping, resting, eating and economic situation. Eight elderly subjects associated healthy lifestyle to the consumption of healthy food, to health, to well being, to leisure, to regular practice of physical exercise and to alcohol and tobacco abstinence. Therefore, the healthy lifestyle in the conception of the subject exceeded the health matter and emerged from their beliefs, principles, and their socioeconomic conditions.

DESCRIPTORS: Life style; Health of the elderly; Hypertension; Health care.

La hipertensión arterial es controlada con un estilo de vida sano. Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, que describió la percepción de 21 ancianos hipertensos relativo a estilo de vida, buscando el control de la hipertensión, que frecuentaban el Hogar de la Mejor Edad, en Aquiraz-CE. La edad de los ancianos variaba entre 60 a 83 años, eran seis hombres y quince mujeres. Para ellos, estilo de vida consistía en un conjunto de actos y actitudes pertinentes a la realidad de cada uno y que convergían para la supervivencia: trabajo, sueño y reposo, alimentación, adquisición de recursos financieros. Ocho personas mayores asociaban estilo de vida sana al consumo de alimentos salubres, a la salud, al bienestar, al ocio, hacer ejercicio físico con regularidad, abstenerse de alcohol y de tabaco. Por lo tanto, el estilo de vida saludable según la concepción de los sujetos fue más allá de la cuestión de la salud, y surgió de sus creencias, sus valores y sus condiciones social-económicas.

DESCRIPTORIOS: Estilo de vida; Salud del anciano; Hipertensión; Atención a la salud.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Ceará-FIC e da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará-FAECE. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial-NUESPHA. Rua Jonas Sampaio, 315 Casa 4 José de Alencar. CEP 60.000-000. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: jufonteles@terra.com.br

² Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Líder do NUESPHA. Rua Gonçalves Ledo 1635, Aldeota. CEP 60.110-261. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

³ Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Amapá-UNIFAP. Membro do NUESPHA. Rua Henriqueta Galeno 1000 Apto 701 Aldeota. Cep 60.000-000. Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: marlucilena@unifap.br

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⁽¹⁾.

Atualmente, as condições de vida e de saúde da população mundial têm melhorado consideravelmente, levando ao envelhecimento populacional. Alguns fatores interferem nessa situação, como progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública. Todavia, 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⁽²⁾.

“No processo de envelhecimento, inúmeros agravos à saúde poderão surgir em decorrência das várias alterações fisiológicas e funcionais, peculiares ao grupo de idosos, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas. O resultado desta constatação implica uma demanda crescente por serviços de saúde, que frequentemente exigem intervenções onerosas, envolvendo tecnologia complexa”^(3: 244).

O envelhecimento pode estar associado à perda da beleza, da capacidade física, à instalação de processos patológicos e de outros fatores que colaboram para que o ser humano se sinta frustrado em face dessa realidade, pois de forma irreversível vai se instalando diariamente, tornando claras e inequívocas as mudanças e limitações característi-

cas dessa época da vida. Esse processo é definido como um “conjunto de alterações experimentadas pelo organismo vivo do nascimento à morte. Segundo sociólogos e psicólogos, existem alterações independentes do processo biológico, como as sociais, psicológicas, espirituais que são tão importantes quanto o aspecto biológico no processo de envelhecimento”^(4:118). Sendo assim, resgatar as virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com qualidade de vida individual e social têm sido preocupações freqüentes do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento, e que vêm assumindo relevância, com vista ao aumento da expectativa de vida.

O aumento da longevidade tem contribuído para a transição demográfica da população brasileira. Atualmente, os idosos representam grande e crescente parcela da população. Porém, é nessa população que se observa a maior prevalência de doenças crônicas, como a hipercolesterolemia, arterosclerose, *diabetes mellitus* do tipo II, e hipertensão arterial sistêmica (HAS)⁽⁵⁾.

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⁽⁶⁾.

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⁽⁶⁾.

A HAS pode interferir diretamente nas diversas esferas da vida da pessoa, e de seus familiares, em decorrência da cronicidade, do tratamento por tempo indeterminado, e da possibilidade de complicações agudas e crônicas. Logo,

a qualidade de vida da pessoa hipertensa poderá ser afetada pelos efeitos colaterais das drogas, pelas doenças associadas, pela necessidade de mudanças de estilo de vida adequadas ao controle da HAS.

Com o aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas seqüelas, 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⁽⁷⁾. 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 desse agravo⁽⁸⁾.

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 faz 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, questionamos: o que os idosos entendem sobre estilo de vida? Como estes percebem o estilo de vida com vista ao controle da HAS? Então, com base nestes questionamentos, optamos por este estudo com o objetivo de descrever a percepção de idosos hipertensos sobre estilo de vida, 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.

Para identificação dos participantes, realizamos uma triagem nas fichas dos idosos que freqüentavam a instituição citada, para o levantamento daqueles portadores de HAS. Dos 70 idosos, 27 eram hipertensos e apresentavam condições psico-emocionais para responder aos questionamentos. No entanto, 21 aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados, entre agosto e dezembro de 2008, na instituição citada, através 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.

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.

A prevalência da HAS cresce progressivamente com a idade, chegando a acometer 60% ou mais dos indivíduos idosos. No Brasil, cerca de 65% dos idosos são hipertensos, e entre as mulheres maiores de 75 anos, a prevalência pode chegar a 80%. Quanto maior a idade, maior a prevalência de hipertensão sistólica isolada. Mulheres e negros apresentam maior freqüência desse subtipo de HAS, quando comparados a homens e brancos, respectivamente⁽⁹⁾.

Menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são também possíveis fatores associados a esta

prevalência⁽¹⁰⁾. 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 Instituto Nacional do Seguro Social – 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 à 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⁽⁶⁾.

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 ... mas 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 ...* (JE, 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 vêm ganhando mais espaço dentro dessa perspectiva, sendo cada vez mais preconizado nas conferências de saúde⁽²⁾.

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 estava relacionada ao trabalho, ao dinheiro e à 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).

Em todos os países existe uma preocupação com o envelhecimento da população. Pesquisadores empenham-se na formulação de estudos que possam favorecer um envelhecimento saudável e ativo, pautado em experiências positivas e oportunidades seguras de saúde, com potencial para bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, com desenvolvimento e valorização de capacidades entre as pessoas idosas⁽¹¹⁾. Contudo, renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem dificultar a adoção de um estilo de vida saudável.

Todavia, o estilo de vida, dentre outros fatores, envolve a subjetividade, no seu contexto social, e o processo saúde-doença perpassa pela dimensão psicoemocional, que não pode e não deve ser subestimada ou ignorada pela equipe de saúde. Logo, os agravos à saúde não se resumem apenas em seus aspectos fisiopatológicos, pois estes têm associação com os demais aspectos – psicológico, espiritual e social.

Descrição de um estilo de vida saudável

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).

Um dos fatores mais importantes no controle da HAS é a redução do consumo de gordura, bem como da ingestão de sódio na dieta. Em um estudo semelhante a este realizado com idosos, observou-se 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⁽¹²⁾.

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 adotar hábitos saudáveis, além de adaptar o estilo de vida às condutas de controle deste agravo.

Os sujeitos 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. Contudo, a incorporação pelos idosos de hábitos saudáveis em seu estilo de vida, é facilitada pelas ações de educação em saúde implementadas pela equipe de saúde. Dentre estas ações, a estratégia grupo representa uma ferramenta importante no processo educativo, com vista à promoção da saúde da população⁽¹³⁾.

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⁽⁶⁾.

Observamos no discurso 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⁽¹³⁾.

Percebemos nos sujeitos do estudo a necessidade do desenvolvimento de ações educativas em saúde, com vista ao empoderamento destes. A educação em saúde consiste em 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⁽¹⁴⁾.

A educação em saúde deve ser uma educação crítica e transformadora, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, visando atender suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva⁽¹⁵⁾. 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⁽¹⁴⁾.

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 discursos 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.

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* (JE, 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).

Em estudo realizado com 220 usuários hipertensos deu serviço de saúde, em 81% destes foi confirmada a influência do estado emocional no descontrole da HAS⁽¹⁶⁾. 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 discursos, 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⁽¹⁰⁾.

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 carniinha 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⁽¹⁷⁾.

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⁽¹⁸⁾.

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⁽⁶⁾.

Entre os idosos, onze relataram adoção de condutas gerenciadoras de estresse. Outros autores 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”^(19:97). Sendo assim, a dificuldade de expressar os sentimentos hostis contribui para gerar o quadro clínico da HAS. Logo, 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.

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⁽²⁰⁾. 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 discurso de alguns sujeitos 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 empoderamento 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

1. Rauth J, Rodrigues N. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.108-20.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. [citado 2008 out 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.
3. Oliveira SMJ, Santos JLE, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(2):241-9.
4. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a Teoria Transcultural de Leininger. *Rev. Rene* 2007; 8(3):117-25.
5. Mostarda C, Wichi R, Sanches IC, Rodrigues B, Angelis K, Irigoyen MC. Hipertensão arterial e modulação autonômica no idoso: papel do exercício físico. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(1):55-60.
6. Esteves JP, Santos RAS, Gordan P. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(4):260-312.
7. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas

- de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(2):128-36.
8. Campane RZ, Gonçalves A. Atividade física no controle da hipertensão arterial. *Rev Bras Méd.* 2002; 59(8):561-7.
 9. Miranda RD, Gomes RAF, Feitosa AMD, Gomes MAM, Uehara CA. Hipertensão sistólica isolada e risco associado ao acidente vascular encefálico: implicações para o tratamento. *Rev Bras hipertens* 2009; 16(1):29-33.
 10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
 11. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene* 2008; 9(2):113-9.
 12. Cabral PC, Melo AMCA, Amado TCF, Santos RMAB. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. *Rev Nutr.* 2003; 16(1):61-71.
 13. Moreira CT, Machado MFAS, Becker SLM. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. *Rev Rene.* 2007; 8(3):107-16.
 14. Santos ZMSA, Barroso MGT. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, editores. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 35-42.
 15. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV (Organizadoras). Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 25-31.
 16. Teixeira ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(3):378-84.
 17. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(3):870-7.
 18. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev Rene.* 2008; 9(1):60-8.
 19. Sparrenber GF, Moreira LB, Canepelle MCGL. Associação entre estresse e hipertensão. *Rev Soc Bras Hipertens.* 2004; 7(3):96-9.
 20. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(2):327-35.

RECEBIDO: 25/06/2009

ACEITO: 15/09/2009