

O Estilo de Vida e as Ações Educativas em Saúde em Idosos Hipertensos do Centro de Extensão em Atenção à Terceira Idade da Cidade de Pelotas/Rs

The lifestyle and educational activities in health in elderly hypertensive patients of the Center for Extended Care for Elderly in the city of Pelotas/RS

Caroline Viaceli¹, Paola Oliveira Medeiros¹, Fernando Vinholes Siqueira², Estefânia Moraes¹

RESUMO

Foi realizado um estudo de intervenção com um grupo de indivíduos hipertensos, com faixa etária de 60 anos ou mais, frequentadores do Centro de Extensão em Atenção à Terceira Idade da cidade de Pelotas/Rs; com o objetivo de avaliar a influência das ações educativas em saúde em relação ao estilo de vida. As intervenções foram realizadas no período de oito semanas, através de oito encontros com duração aproximada de 1 hora, e uma vez por semana. Os dados foram coletados através do questionário Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) e por meio de questionário elaborado pelas pesquisadoras para as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde. Os instrumentos foram aplicados em três períodos, ou seja, no pré-intervenção, no quarto encontro e pós-intervenção. Os resultados mostram melhora significativa em quatro das cinco dimensões do estilo de vida (alimentação, atividade física, controle do stress, relacionamento social e comportamento preventivo), considerando que o comportamento preventivo manteve-se favorável desde o início até o fim do estudo, e, na percepção de saúde também houve melhora. O estudo revela maior prevalência de mulheres, de cor branca, com ensino fundamental incompleto, com renda entre 1 a 3 salários mínimos e com sobrepeso. Diante dos resultados conclui-se que as ações educativas realizadas em grupos modificam de forma positiva o estilo de vida de idosos hipertensos, formando uma visão crítica com os cuidados em relação à saúde aumentando a perspectiva e promoção da qualidade de vida.

Palavra-chave: educação em saúde, idoso, hipertensão arterial.

ABSTRACT

We conducted a study of intervention with a group aged 60 years or more, how to evaluate the influence of health education actions in relation to the lifestyle of hypertensive elderly frequenters of the CETRES of Pelotas / RS. The interventions were carried out from March 15 to May 3, 2011, through eight meetings lasting approximately one hour, and once a week. Data were collected through the questionnaire Lifestyle Profile Individual and through a questionnaire developed by the researchers to control variables of confusion. The instruments were administered in three periods, ie pre-intervention, the fourth meeting and post-intervention. The results show higher prevalence of women, white, with incomplete primary education, with incomes between one to three minimum wages and overweight. Significant improvement in four of the five dimensions of lifestyle, considering that one of the dimensions remained favorable since the beginning to the end of the study, and in the perception of health. Thus, the study found that education is conducted in groups positively change the lifestyle of elderly hypertensive patients, forming a critical view with regard to health care raising the prospect of promotion of quality of life.

Keyword: health education, elderly, hypertension.

1 - Universidade Católica de Pelotas (UCPel) - RS

2 - Universidade Federal de Pelotas (UFPel) - RS

Recebido: 04/2012

Aceito: 06/2012

Autor para correspondência:

Caroline Viaceli

Rua: Castro Alves 621 APTO: 601 Bairro: Água Verde CEP: 80240270 – Curitiba -PR

E-mail: viacelli.caro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para as próximas décadas, ameaçando a qualidade de vida de milhões de pessoas e causando grande impacto econômico^{1,2}. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT são responsáveis por aproximadamente 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças, onde 16,7 milhões destas mortes ocorrem por doenças cardiovasculares, o que representa 29,2% da mortalidade mundial³.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal fator para as complicações cardiovasculares, sendo uma doença de alta prevalência em nosso país, atingindo os adultos jovens e os idosos em aproximadamente 20% e 50%, respectivamente⁴. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento dessa morbidade, sendo esta a principal doença crônica nessa população⁵.

Associado a HAS, outros fatores contribuem para o risco cardiovascular, como o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo, que por estarem relacionados ao estilo de vida das pessoas, são tidos como fatores de risco modificáveis¹. O estilo de vida inclui decisões tomadas pelo indivíduo que propicia o desenvolvimento e/ou manutenção de fatores que incrementam ou reduzem o nível de doença ou a morte prematura⁶. Rouquayrol e Almeida (1999) definem o estilo de vida como: “hábitos e comportamentos auto-determinados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo”⁷.

Neste contexto a motivação e o incentivo transmitidos aos indivíduos propiciam mudança de estilo de vida com reconhecidos benefícios para a saúde. Considerando-se que o processo educativo é uma estratégia para a motivação e contato direto com a sociedade, pode-se incentivar e relembrar os indivíduos da necessidade da manutenção de hábitos de vida saudável⁸.

A educação em saúde tem se mostrado uma estratégia facilitadora no aumento do conhecimento, da autonomia e da vinculação do sujeito com o serviço e com o profissional de saúde. Esta estratégia objetiva a compreensão do indivíduo acerca de seu processo de adoecimento, estimulando mudanças de hábitos e transformação no modo de vida e tem contribuído significativamente para prevenção e controle de doenças⁹. As ações educativas em saúde ainda estimulam a reflexão crítica das causas dos problemas dos indivíduos bem como das ações necessárias para sua resolução¹⁰.

Sendo assim, esse artigo teve como objetivo avaliar a influência das ações educativas em saúde, em relação ao estilo de vida de idosos hipertensos, frequentadores do Centro de Extensão em Atenção à Terceira Idade (CETRES) da cidade de Pelotas/RS.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo de intervenção em uma amostra de indivíduos idosos (60 anos ou mais), com diagnóstico clínico referido de HAS, frequentadores do CETRES.

A intervenção constou de oito encontros desenvolvidos no centro no período de 15 de março a 3 de maio de 2011, com duração aproximada de 1 hora, e uma vez por

semana. Durante os encontros foram feitas discussões em grupo através de dinâmicas de criatividade e sensibilidade sobre a HAS. As dinâmicas abordaram os seguintes temas: a) apresentação pessoal; explicação sobre a pesquisa; e aplicação dos instrumentos de pesquisa; b) apresentação e integração do grupo através da técnica do “rolo de linha”¹¹; e dinâmica sobre o envelhecimento pela técnica “árvore e frutos”¹²; c) conhecimento dos participantes em relação à HAS12 e vídeo ilustrativo¹³; d) discussão sobre alimentação equilibrada^{12,14} e nova aplicação dos instrumentos; e) debate sobre atividade física para terceira idade¹⁵ e execução de exercícios físicos (auto-alongamentos musculares, exercício para dissociação de cinturas e atividades com bambolês, bolas e garrafas)^{16,15}; f) jogo pega-varetas¹⁷ e auto-alongamentos musculares¹⁶; g) cuidados preventivos¹⁸ e h) terceira aplicação dos instrumentos de avaliação.

Para a operacionalização do desfecho estilo de vida dos idosos, foi utilizado o Pentáculo do Bem-Estar, base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos, a partir do questionário “Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI)”¹⁹. O PEVI gera um mapa individual ou em grupo de avaliação de cinco dimensões, que são representados por cinco pontas, ou seja, um pentáculo que ilustra os cinco componentes que são: nutrição; atividade física; comportamento preventivo; relacionamento social; e controle do estresse. As perguntas de cada componente têm valores de 0 a 3, sendo que quanto mais próximo do valor 3 melhor é a atitude do indivíduo com relação ao item avaliado. Escores nos níveis 0 e 1 indicam que o indivíduo (ou grupo) apresenta estilo de vida desfavorável e escores nos níveis 2 e 3 correspondem a um estilo de vida favorável a manutenção da saúde e bem-estar. Ao final da avaliação, então, é possível dizer para cada uma das dimensões e no conjunto delas, se o idoso ou ainda se o grupo apresenta um estilo de vida desfavorável ou favorável à manutenção da saúde e bem-estar.

As variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde foram coletadas utilizando um instrumento, na forma de questionário, elaborado pelos autores.

As variáveis socioeconômicas e demográficas utilizadas foram: sexo, idade, cor da pele (branca e não branca), situação conjugal (com e sem companheiro), escolaridade (ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio incompleto e completo, superior incompleto e completo), situação ocupacional (aposentado e não aposentado), e renda (menos de 1 salário mínimo (SM), 1 a 3 SM, 4 a 7 SM, mais de 7 SM). As variáveis comportamentais e de saúde foram: Índice de Massa Corporal (IMC em Kg/m²) (baixo peso menos de 18,5; normal de 18,5 a 24,9, sobrepeso de 25,0 a 29,9 e obeso maior ou igual a 30) e percepção de saúde (muito boa, boa, regular e ruim).

Após a revisão e codificação os instrumentos de pesquisa foram digitados utilizando o software EPI-INFO versão 6.0. Para a análise dos dados foi utilizado o programa STATA 9.2.. Após foi realizada análise descritiva dos dados relacionados à população estudada e verificada as médias e desvio padrão para as variáveis contínuas e para as diferentes dimensões do estilo de vida.

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e informado no local onde foram realizadas as ações educativas. A pesquisa foi conduzida dentro dos

padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinque de 1964 e de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o número 57/2010. Os autores declaram não haver conflito de interesse em relação ao estudo.

Tabela I. Descrição das variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	16	80
Masculino	04	20
Cor da pele		
Branca	16	80
Não branca	04	20
Situação ocupacional		
Aposentado (a)	18	90
Não aposentado (a)	02	10
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	08	40
Ensino fundamental completo	03	15
Ensino médio incompleto	02	10
Ensino médio completo	02	10
Ensino superior incompleto	00	00
Ensino superior completo	05	25
Situação conjugal		
Com companheiro (a)	13	65
Sem companheiro (a)	07	35
Renda		
De 1 até 3 salários mínimos	15	75
De 4 até 7 salários mínimos	03	15
Mais de 7 salários mínimos	02	10
IMC (Kg/m²)		
Normal	05	25
Sobrepeso	08	40
Obeso	07	35

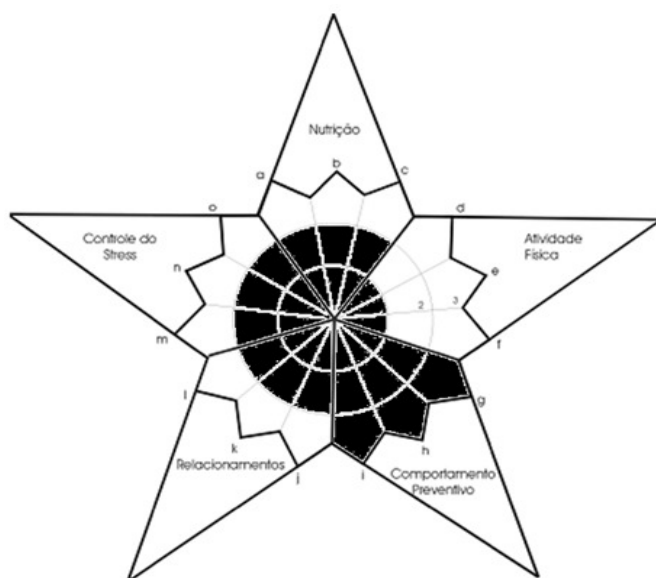


Figura II A. Representação do perfil do estilo de vida dos idosos hipertensos através do Pentáculo do bem-estar na primeira avaliação

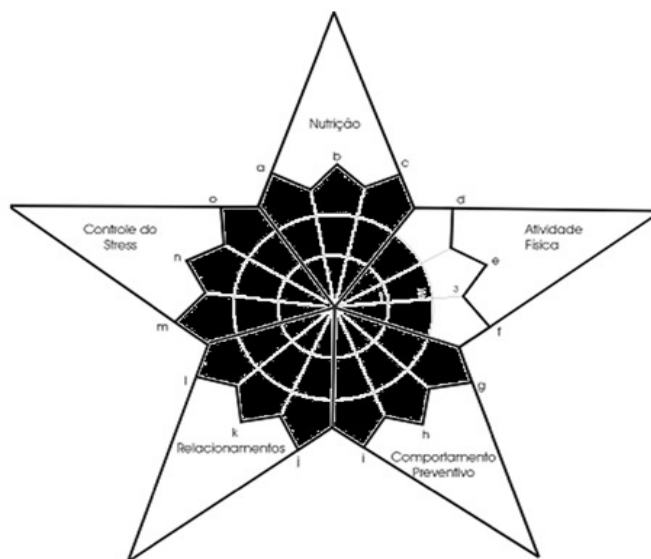


Figura II B. Representação do perfil do estilo de vida dos idosos hipertensos através do Pentáculo do bem-estar na última avaliação

DISCUSSÃO

O estudo verificou mudanças no componente relacionamento social, no controle do stress, na nutrição e na atividade física, sendo que o componente comportamento preventivo se manteve favorável não havendo modificações. Segundo o estudo de Santos & Lima (2008) a implementação das oficinas educativas possibilitou mudanças no estilo de vida de 80% dos sujeitos. Para tanto, é imprescindível a utilização de estratégias educativas, como oficinas ou similares, que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimento na seleção e incorporação de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida, prevenindo e/ou controlando, desse modo, a síndrome hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde²⁰.

O estudo de Silva & Santos (2004) mostraram mudança no estilo de vida de hipertensos, onde 76% deles apresentaram alguma mudança em seu estilo de vida. Os hipertensos relataram como resultado do aprendizado no grupo educativo principalmente: modificações na alimentação e realização de atividades físicas²¹.

Resultados apresentados por Severo et al (2009) também mostrou modificações de comportamento após a educação em saúde em relação à atividade física no qual aumentou a realização delas de 53% para 84%²². O atual estudo também evidenciou resultados semelhantes, onde na primeira avaliação 45% praticavam atividade física e após o período de intervenção educativa 75% da amostra passou a praticar.

Quanto à nutrição pode-se notar grandes resultados no atual estudo indo de encontro com o de Bortolotti et al (2009) no qual relataram que após ações educativas realizadas com um grupo de idosos houve uma melhora na adoção de alimentos saudáveis. Ainda, segundo o estudo houve boa aceitação das informações recebidas, pois quanto mais as

peças sabem sobre a alimentação e os componentes nutritivos, aliados aos benefícios de controle das doenças, mais condições elas possuem para se cuidar. A opção por uma nutrição saudável despertou interesse em obter informações relacionadas ao teor nutritivo dos alimentos, a quantidade a ser ingerida e principalmente ao seu preparo²³.

A OMS recomenda para a prevenção das doenças cardiovasculares um consumo mínimo diário de 400g de frutas, verduras e legumes frescos. E quanto ao consumo de sódio, de todas as fontes, deve ser limitado de maneira a reduzir o risco de doenças coronarianas. As evidências atuais sugerem que um consumo não superior a 5g de cloreto de sódio por dia é benéfico para a redução da pressão arterial²⁴.

O estudo de Milagres (2008) realizado com um grupo de indivíduos que participavam de atividades de educação em saúde observou em relação a fatores de risco da HAS que 20% tinham o hábito de fumar e apenas 5% dos pesquisados tinham o hábito de beber. Já o presente estudo apresentou um percentil mais elevado, ou seja, toda a amostra apresentou um comportamento preventivo favorável tanto na primeira avaliação quanto na última²⁵.

Em relação ao controle do stress segundo Nahas (2000) o pentáculo do bem estar é um instrumento que pode ajudar as pessoas a identificarem as situações de stress, permitindo que aprendam a reagir de maneira equilibrada e sofrendo menos as conseqüências desses eventos comuns na vida de todas as pessoas¹⁹.

Situações geradoras de estresse contribuem para o desencadeamento de doenças e agravos à saúde. No caso das pessoas mais velhas, somam-se as perdas sucessivas, a preocupação com os filhos, a solidão, a desinformação e o medo de doenças e incapacidades. Ter consciência do que é o estresse, de modo a reconhecer situações que o provoquem e os possíveis recursos para enfrentá-lo, envolve questões essenciais na busca de uma vida mais tranqüila e menos sujeita às doenças¹².

Nos grupos de educação em saúde, busca-se não apenas informar sobre o assunto, mas abrir espaço à reflexão sobre os agentes estressores da vida cotidiana e a maneira como cada pessoa reage a eles, estimulando o pensar juntos sobre possíveis saídas para os impasses¹².

O atual estudo pode observar mudanças no controle do stress após os encontros educativos sendo que na primeira avaliação 90% dos participantes apresentaram um estilo de vida favorável e ao final esse percentil elevou-se para 100%.

Foi identificado no presente estudo que 85% dos idosos tinham um estilo de vida favorável quanto ao relacionamento social no período de pré-intervenção sendo que esse percentual passou para 100% após as intervenções realizadas em grupo. Conforme Garcia et al (2006) os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. Os grupos constituem-se em alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente) e o relacionamento interpessoal e social. Agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilita o convívio, fato de grande importância visto que a solidão

é uma queixa freqüente entre idosos²⁶.

Acredita-se que o relacionamento humano e a ajuda mútua que acontecem nos grupos sejam eficazes no rompimento de obstáculos encontrados nas mudanças de hábitos não saudáveis, principalmente daqueles que exigem esforço e disciplina permanente, como é o caso dos hipertensos²⁷.

A faixa etária dos participantes variou entre 60 e 85 anos. Já no estudo de Spinato et al (2010) ela variou de 60 a 75 anos²⁸ havendo assim a presença de indivíduos mais velhos no atual estudo. Ainda no mesmo estudo o predomínio foi de mulheres, ou seja, 60% da amostra e com relação à ocupação 60% eram aposentados²⁸ estando em consonância com o presente estudo onde encontrou respectivamente 80% e 90%²⁸.

As características da população apontadas por outro autor foram: 63% de cor de pele branca, 60% vivendo com companheiro, 68% com baixa escolaridade, 41% com renda de 1 a 3 SM e 40% com sobrepeso²⁹. O predomínio dessas características também foi verificado na amostra do atual estudo.

A percepção do estado de saúde pelo próprio idoso tem sido considerada um bom marcador de risco de mortalidade, independentemente da carga objetiva de mortalidade³⁰. Os idosos entrevistados no período pós-intervenção avaliaram seu estado de saúde como muito boa (41,7%) e como boa (58,3%), havendo assim resultados satisfatórios após realização das ações educativas em saúde. Já no estudo de Anderson et al (1998) os idosos entrevistados avaliaram seu estado de saúde como bom (49,5%) ou razoável (39,8%). Os demais (11%), entretanto, classificaram o seu estado de saúde como ruim³⁰.

Como se pode observar os resultados deste estudo apontaram que ações educativas em saúde realizadas em grupo promovem modificações positivas no estilo de vida de idosos hipertensos. Evidenciando-se assim a importância da intervenção educativa, no qual contribui na formação de uma visão crítica sobre os cuidados do indivíduo com a saúde, aumentando a perspectiva e a promoção da qualidade de vida.

RESULTADOS

O estudo verificou mudanças no componente relacionamento social, no controle do stress, na nutrição e na atividade física, sendo que o componente comportamento preventivo se manteve favorável não havendo modificações. Segundo o estudo de Santos & Lima (2008) a implementação das oficinas educativas possibilitou mudanças no estilo de vida de 80% dos sujeitos. Para tanto, é imprescindível a utilização de estratégias educativas, como oficinas ou similares, que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimento na seleção e incorporação de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida, prevenindo e/ou controlando, desse modo, a síndrome hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde²⁰.

O estudo de Silva & Santos (2004) mostraram mudança no estilo de vida de hipertensos, onde 76% deles apresentaram alguma mudança em seu estilo de vida. Os hipertensos relataram como resultado do aprendizado no grupo educativo principalmente: modificações na alimentação e realização de atividades físicas²¹.

Resultados apresentados por Severo et al (2009) também

mostrou modificações de comportamento após a educação em saúde em relação à atividade física no qual aumentou a realização delas de 53% para 84%²². O atual estudo também evidenciou resultados semelhantes, onde na primeira avaliação 45% praticavam atividade física e após o período de intervenção educativa 75% da amostra passou a praticar.

Quanto à nutrição pode-se notar grandes resultados no atual estudo indo de encontro com o de Bortolotti et al (2009) no qual relataram que após ações educativas realizadas com um grupo de idosos houve uma melhora na adoção de alimentos saudáveis. Ainda, segundo o estudo houve boa aceitação das informações recebidas, pois quanto mais as pessoas sabem sobre a alimentação e os componentes nutritivos, aliados aos benefícios de controle das doenças, mais condições elas possuem para se cuidar. A opção por uma nutrição saudável despertou interesse em obter informações relacionadas ao teor nutritivo dos alimentos, a quantidade a ser ingerida e principalmente ao seu preparo²³.

A OMS recomenda para a prevenção das doenças cardiovasculares um consumo mínimo diário de 400g de frutas, verduras e legumes frescos. E quanto ao consumo de sódio, de todas as fontes, deve ser limitado de maneira a reduzir o risco de doenças coronarianas. As evidências atuais sugerem que um consumo não superior a 5g de cloreto de sódio por dia é benéfico para a redução da pressão arterial²⁴.

O estudo de Milagres (2008) realizado com um grupo de indivíduos que participavam de atividades de educação em saúde observou em relação a fatores de risco da HAS que 20% tinham o hábito de fumar e apenas 5% dos pesquisados tinham o hábito de beber. Já o presente estudo apresentou um percentil mais elevado, ou seja, toda a amostra apresentou um comportamento preventivo favorável tanto na primeira avaliação quanto na última²⁵.

Em relação ao controle do stress segundo Nahas (2000) o pentáculo do bem estar é um instrumento que pode ajudar as pessoas a identificarem as situações de stress, permitindo que aprendam a reagir de maneira equilibrada e sofrendo menos as conseqüências desses eventos comuns na vida de todas as pessoas¹⁹.

Situações geradoras de estresse contribuem para o desencadeamento de doenças e agravos à saúde. No caso das pessoas mais velhas, somam-se as perdas sucessivas, a preocupação com os filhos, a solidão, a desinformação e o medo de doenças e incapacidades. Ter consciência do que é o estresse, de modo a reconhecer situações que o provoquem e os possíveis recursos para enfrentá-lo, envolve questões essenciais na busca de uma vida mais tranqüila e menos sujeita às doenças¹².

Nos grupos de educação em saúde, busca-se não apenas informar sobre o assunto, mas abrir espaço à reflexão sobre os agentes estressores da vida cotidiana e a maneira como cada pessoa reage a eles, estimulando o pensar juntos sobre possíveis saídas para os impasses¹².

O atual estudo pode observar mudanças no controle do stress após os encontros educativos sendo que na primeira avaliação 90% dos participantes apresentaram um estilo de vida favorável e ao final esse percentil elevou-se para 100%.

Foi identificado no presente estudo que 85% dos idosos tinham um estilo de vida favorável quanto ao relacionamento social no período de pré-intervenção sendo que esse percentual passou para 100% após as intervenções realizadas em grupo. Conforme Garcia et al (2006) os grupos facilitam o exercício

da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. Os grupos constituem-se em alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente) e o relacionamento interpessoal e social. Agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilita o convívio, fato de grande importância visto que a solidão é uma queixa freqüente entre idosos²⁶.

Acredita-se que o relacionamento humano e a ajuda mútua que acontecem nos grupos sejam eficazes no rompimento de obstáculos encontrados nas mudanças de hábitos não saudáveis, principalmente daqueles que exigem esforço e disciplina permanente, como é o caso dos hipertensos²⁷.

A faixa etária dos participantes variou entre 60 e 85 anos. Já no estudo de Spinato et al (2010) ela variou de 60 a 75 anos²⁸ havendo assim a presença de indivíduos mais velhos no atual estudo. Ainda no mesmo estudo o predomínio foi de mulheres, ou seja, 60% da amostra e com relação à ocupação 60% eram aposentados²⁸ estando em consonância com o presente estudo onde encontrou respectivamente 80% e 90%²⁸.

As características da população apontadas por outro autor foram: 63% de cor de pele branca, 60% vivendo com companheiro, 68% com baixa escolaridade, 41% com renda de 1 a 3 SM e 40% com sobrepeso²⁹. O predomínio dessas características também foi verificado na amostra do atual estudo.

A percepção do estado de saúde pelo próprio idoso tem sido considerada um bom marcador de risco de mortalidade, independentemente da carga objetiva de mortalidade³⁰. Os idosos entrevistados no período pós-intervenção avaliaram seu estado de saúde como muito boa (41,7%) e como boa (58,3%), havendo assim resultados satisfatórios após realização das ações educativas em saúde. Já no estudo de Anderson et al (1998) os idosos entrevistados avaliaram seu estado de saúde como bom (49,5%) ou razoável (39,8%). Os demais (11%), entretanto, classificaram o seu estado de saúde como ruim³⁰.

Como se pode observar os resultados deste estudo apontaram que ações educativas em saúde realizadas em grupo promovem modificações positivas no estilo de vida de idosos hipertensos. Evidenciando-se a assim a importância da intervenção educativa, no qual contribui na formação de uma visão crítica sobre os cuidados do indivíduo com a saúde, aumentando a perspectiva e a promoção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência – Brasília, 2008.
2. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12:1661-672.
3. World Health Organization. World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002.

4. Oliveira TC, Araújo TL, Melo EM, Almeida DT. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002;10:530-6.
5. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens* 2002; 9: 293-300.
6. Dever GEA. Epidemiología y administración de los servicios de salud. OPS/OMS 1991:51-75.
7. Rouquayrol MZ, Almeida FN. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida N. *Epidemiologia e saúde*. 5ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999:15-31.
8. Bortolotti C, Dalberto EM, Menezes M, Pomatti DM. Ações educativas de enfermagem: as revelações da interatividade grupal na prevenção de ateromas e controle lipêmico. *Saúde Coletiva* 2009; 33: 217-22.
9. Mantovani MF, Mazza VA, Falcão NS, Gariba IM, Bandeira JM, Rodrigues JAP. A influência dos jogos educativos na compreensão do tratamento da Hipertensão Arterial. *Rev enferm Herediana* 2008; 1:130-3.
10. Marciel EDM. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm* 2009; 14:773-6.
11. Albino AMB, Andrade AF. Oficinas de dinâmicas de grupos no programa gerenciamento de crônicos casa Unimed: um relato de experiência, 2008.
12. Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos. Rio de Janeiro: 2002.
13. <http://www.youtube.com/watch?v=AE1zLr45iuk>. Acessado em 16 de março de 2011.
14. Mazza VA. Articulação interinstitucional na área da saúde: UFPR e Secretaria Municipal de Saúde de Colombo – saúde do hipertenso. Paraná:2004.
15. Nadai A. Programa de atividades físicas e a terceira idade. *Revista Motriz* 1995;1:120-3.
16. Achour A. Exercícios de alongamento: anatomia e fisiologia. São Paulo: Manole, 2ed. 2006
17. Mantovani MF, Mazza VA, Falcão NS et al. A influência dos jogos educativos na compreensão do tratamento da Hipertensão Arterial. *Rev enferm Herediana* 2008;1:130-3.
18. <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/376.pdf> Acessado em 8 de outubro de 2011.
19. Nahas MV, Barros MG, Francalacci VL. O pentágono do bem-estar. Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2000; 5(2).
20. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm* 2008;17:90-7.
21. Silva SP, Santos MR. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2004;11:169-73.
22. Severo DF, Amestoy SC, Thofehrn MB, Goldmeier S. Conhecimento e modificações de comportamento frente ao tratamento não-farmacológico da HAS: antes e após educação em saúde do profissional enfermeiro. *Cogitare Enferm* 2009; 14:506-11.
23. Bortolotti C, Dalberto EM, Menezes MM, Pomatti D. Ações educativas de enfermagem: as revelações da interatividade grupal na prevenção de ateromas e controle lipêmico. *Saúde Coletiva* 2009;33:217-21.
24. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic disease. WHO Technical Report Series. Nutrition for Health and Development [monograph on the Internet]. Geneva: WHO [updated 2003 Sept. 22]. Available from: <http://www.who.int/nut/documents/trs.916.pdf>.
25. Milagres KR. Portadores de hipertensão arterial: fatores relativos a adesão ao trabalho de educação em saúde [Dissertação de mestrado]. Barbacena: Universidade Presidente Antonio Carlos, curso de mestrado em educação e sociedade; 2008.
26. Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006;14(2).
27. Souza RC, Pomatti DM. Repercussão das atividades educativas no dia-a-dia dos hipertensos participantes de um grupo. *Boletim da Saúde* 2003;17(2).
28. Spinato IL, Monteiro LZ, Santos ZMSA. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico - uma proposta educativa em saúde. *Texto contexto – enferm* 2010;19(2).
29. Pierin AMG, Mion D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enf USP* 2001;35:11-8.
30. Anderson MIP, Assis M, Pacheco LC et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre envelhecimento UnATI/UERJ* 1998;1:1-44.