



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
DOUTORADO EM NUTRIÇÃO**

**NUTRIÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO
UM ESTUDO COM MULHERES ATENDIDAS NO NÚCLEO
DE ATENÇÃO AO IDOSO
NAI/UFPE**

- 1 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS
- 2 – CRENÇAS EM SAÚDE: ESTUDO PRELIMINAR COM IDOSAS
- 3 – ASPECTOS ALIMENTARES, NUTRICIONAIS E DE SAÚDE DE IDOSAS
ATENDIDAS NO NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO – NAI, RECIFE/2005

TÂNIA CAMPOS FELL AMADO

RECIFE

2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

TÂNIA CAMPOS FELL AMADO

**NUTRIÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO
UM ESTUDO COM MULHERES ATENDIDAS NO NÚCLEO
DE ATENÇÃO AO IDOSO
NAI/UFPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Grau de Doutor em Nutrição.

RECIFE

2006

Amado, Tânia Campos Fell

Nutrição, saúde e envelhecimento um estudo com mulheres atendidas no núcleo de atenção ao idoso – NAI/UFPE / Tânia Campos Fell Amado. – Recife : O Autor, 2006.

xviii, 132 folhas ; il., fig., tab.,

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Nutrição, 2006.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Envelhecimento. 2. Obesidade. 3 Nutrição 4. Saúde. I. Título.

613.98

CDU (2.ed.)

UFPE

612.67

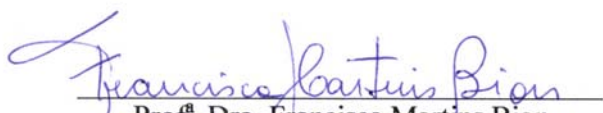
CDD (22.ed.)

CCS44/2007

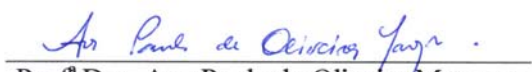
NUTRIÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO
UM ESTUDO COM MULHERES ATENDIDAS NO NÚCLEO DE
ATENÇÃO AO IDOSO - NAI/UFPE

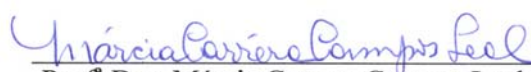
- 1 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS
- 2 – CRENÇAS EM SAÚDE: ESTUDO PRELIMINAR COM IDOSAS
- 3 – ASPECTOS ALIMENTARES, NUTRICIONAIS E DE SAÚDE DE IDOSAS
ATENDIDAS NO NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO – NAI, RECIFE/2005


Aprovada em 29 de agosto de 2006.


Prof^ª Dra. Francisca Martins Bion


Prof^ª Dra. Poliana Coelho Cabral


Prof^ª Dra. Ana Paula de Oliveira Marques


Prof^ª Dra. Márcia Carrera Campos Leal


Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

ORIENTADORA

Ilma Kruze Grande de Arruda

Professora Adjunto do Departamento de Nutrição do
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco
Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Frederick Archibald Fell e Alice Campos Fell *“In Memoriam”*
pela vida e pelo bem precioso a mim concedido, a educação.

Ao meu esposo, Alberto Motta Amado e queridos filhos Paulo Gustavo Fell
Amado e Cláudia Fell Amado, razões do meu amor pela vida.

Aos meus irmãos: Cláudio Luciano Campos Fell
Sônia Fell de Almeida Coutinho
Frederico Archibaldo Campos Fell

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **DEUS**, fonte de amor e de luz.

À Professora Dr^a. Ilma Kruze Grande de Arruda,

Pela segurança e experiência que transmite em suas orientações e pela amizade e respeito dedicados aos seus orientandos.

À Professora Dr^a. Márcia Cárrera Campos Leal,

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso e a todos que compõem a Equipe do NAI, pela receptividade dispensada durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor José Natal Figueirôa,

pela paciência e orientações seguras na análise dos dados à luz da estatística.

Ao amigo Emídio Cavalcanti de Albuquerque,

pela inestimável orientação nos testes estatísticos na parte final dos resultados.

Ao Nutricionista Rogério Anderson Rodrigues Ferreira

Por seu esmero, responsabilidade e desempenho no desenvolvimento do trabalho e elaboração de tabelas e gráficos.

À Professora Dr^a. Maria José de Carvalho Costa,

pelo incentivo, força e excelentes sugestões sobre o trabalho.

À Coordenação e ao Corpo Docente da Pós-Graduação em Nutrição,

pelo apoio e ensinamentos ministrados.

Às idosas que participaram deste trabalho, possibilitando a sua realização, meus respeitos e gratidão.

OUTROS AGRADECIMENTOS

A Maria de Jesus Souto Morais de Araújo,

“eterna secretária” do LNC pela colaboração na digitação e formatação final da Tese.

A Neci Maria Santos do Nascimento,

secretária da Pós-graduação em Nutrição, pela responsabilidade e amor com que se dedica às suas funções, para atender aos mestrandos e doutorandos.

A Ana Maria de Carvalho Albuquerque Melo, colega e amiga de longa jornada,

pela amizade, incentivo e apoio com contribuições bibliográficas.

À querida cunhada e amiga Maria Amélia Amado Rivera

pelo apoio e palavras de incentivo.

Aos queridos filhos Paulo Gustavo Fell Amado e Valeschka Martins Guerra

pelo amor, apoio e prestimosa ajuda na elaboração e codificação de dados do 2º artigo e os abstract dos artigos.

À querida filha Claudia Fell Amado

pela leitura e sugestões na elaboração do texto.

Aos professores: Alcides da Silva Diniz, Eliane Cunha Mendonça de Oliveira e Keila Fernandes Dourado

pelo incentivo e palavras de apoio.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram e torceram pela realização desse trabalho.

“As pessoas mais felizes são as que vivem intensamente
cada minuto de sua existência.

Não temem o futuro e tão pouco a velhice. Ao contrário, a
esperam com serenidade.”

Yolanda de Vasconcelos Senna

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.

\leq	Menor ou igual
\geq	Maior ou igual
$<$	Menor
$>$	Maior
DP	Desvio-padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
PNI	Política Nacional do Idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
p	Probabilidade de significância estatística
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
WHO	World Health Organization
χ^2	Qui- quadrado

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
HSI	Hipertensão Sistólica Isolada
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
VI JOINT	The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Hypertension
DCV	Doenças Cardiovasculares
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
SHEP	Systolic Hypertension in the Elderly Program
EMI	Estudo Multicentrico do Idoso
DASH	Dietary Approaches to stop Hypertension
EPIDOSO	Estudo Epidemiológico Longitudinal com Idoso
DM	Diabetes Mellitus
PROIDOSO	Programa do Idoso
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
MS	Ministério da Saúde

LISTA DE TABELAS e FIGURAS.

Referentes ao primeiro artigo: - **Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados**

Tabela 1. Classificação da pressão arterial em adultos

Referentes ao segundo artigo: **Crenças em Saúde: estudo preliminar com idosas.**

- Tabela 1. Frequência das justificativas de idosas em referência ao comportamento. Fazer dieta. NAI - Recife/2005.
- Tabela 2. Frequência das justificativas de idosas em referência ao comportamento. Atividade física. NAI - Recife/2005.
- Tabela 3. Frequência das justificativas de idosas em referência ao comportamento, Combater o estresse. NAI – Recife/2005.
- Tabela 4. Frequência das justificativas de idosas em referência ao comportamento. Qualidade de vida. NAI – Recife/2005.
- Figura 1. Frequência relativa de crenças positivas e negativas dos comportamentos de saúde emitidos pelas idosas. NAI - Recife/2005.

Referentes ao terceiro artigo: **Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso-NAI, Recife/2005.**

- Tabela 1. Distribuição percentual do estado nutricional (IMC) de idosas do NAI, Recife/2005.
- Tabela 2. Distribuição do Índice de Massa Corporal e da Idade segundo a condição de Hipertensão Arterial em idosas atendidas no NAI, Recife/2005.
- Tabela 3. Distribuição dos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, segundo o consumo de frutas e verduras e de pães e cereais de idosas do NAI, Recife/2005.
- Tabela 4. Coeficiente de correlação (*rho*) entre as variáveis biológica, nutricional e clínica, de idosas atendidas no NAI, Recife/2005.
- Figura 1. Frequência diária de alimentos consumidos por idosas cadastradas no NAI, Recife/2005.

RESUMO

O envelhecimento das populações é uma realidade mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, essa realidade se sobressai pela rapidez com que vem ocorrendo neste início de século. Por essa razão, observa-se uma rápida transição no perfil de saúde em nosso país, com o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais as cardiovasculares, destacando-se a hipertensão arterial (HA) e aquelas associadas aos fatores de risco nutricional, como a desnutrição e a obesidade. Esse trabalho teve como objetivo estudar a nutrição, saúde e o envelhecimento com mulheres atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE. Foi elaborado um artigo de revisão sobre os fatores de risco associados à hipertensão em idosos e realizada uma coleta de dados, subsidiando dois artigos originais, um sobre crenças quanto a comportamentos de saúde na prevenção de doenças. e outro abordando os aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas. O delineamento metodológico no artigo de revisão foi do tipo descritivo, de base documental e nos artigos originais foi utilizado um do tipo transversal e o outro, com abordagem qualitativa. Os resultados evidenciaram uma população com 38,7% de pré-obesidade (OMS) e 47,2% (Lipschitz) com excesso de peso. Quanto à pressão, 69% eram hipertensas e 31% normotensas. As idosas hipertensas apresentaram média do IMC maior ($p= 0,03$) do que as idosas normotensas. Com relação ao consumo, os grupos dos cereais e dos pães foram os mais consumidos todos os dias pelas participantes, 89% e 82% respectivamente, enquanto que as leguminosas foram consumidas por 53%, as verduras por 61% e as frutas por 66%. No que diz respeito à ingestão de água, 51,9% das idosas consumiam de 1 a 4 copos por dia. Com relação às crenças quanto aos comportamentos para prevenção de doenças, observou-se uma população preocupada com a saúde. As participantes afirmaram que mudanças no estilo de vida trariam benefícios para pessoas da mesma faixa etária e mencionaram barreiras, que dificultavam essas mudanças, quando se referiram ao próprio estilo de vida. Os achados evidenciaram a necessidade de mais investigações voltadas para os idosos, particularmente os mais vulneráveis aos fatores de risco, com excesso de peso e consumo alimentar inadequado, para subsidiar o planejamento de intervenções mais efetivas que atendam às especificidades desse grupo na aquisição de hábitos saudáveis e motivação quanto às mudanças no estilo de vida.

Unitermos: envelhecimento, obesidade, nutrição, saúde

ABSTRACT

The population aging process presents itself as a global phenomenon, especially in developing countries. In Brazil, this reality has become visible due to its fast growth in the beginning of the century. For that reason, a fast transition in the health profile in our country is observed, with the predominance of non-transmissible chronic diseases, among them arterial hypertension and the ones related to nutritional risk factors, such as malnutrition and obesity. The present work aimed at studying nutrition, health and ageing with elderly women who were in attendance at the Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI / UFPE. Initially, it was developed a review paper on the risk factors associated to hypertension in seniors, being followed by a data survey, which based two original papers, one about beliefs towards health behaviors in the prevention of diseases, and the second approaching the nutritional, alimentary and health related aspects. The methodological design of the first paper was a document-based descriptive study comprising literature review; the second study used a transversal design, and the third, a qualitative approach. Results evinced 38.7% of pre-obese women (WHO), and 47.2% of above weight women (Lipschitz). The blood pressure evaluation indicated that 69% were hypertense and 31% were normotense. The hypertense elderly women presented higher BMI mean ($p=0.03$) than the normotense women. The food groups of cereals and breads were the most frequent, being consumed daily by the elderly women, 89% and 82% respectively. The leguminous group was present in the diet of 53% of the participants, the vegetables in 61%, and the fruits in 66%. In relation to the water intake, 51.9% reported to ingest 1 to 4 glasses per day. Regarding the beliefs towards health behaviors in the prevention of diseases, a concern about health was observed within the studied group. The participants reported that changes in life style would bring benefits to people in their age group. However, they raised difficulties to these changes when referring to their own life style. The results indicated the necessity of more investigations with elderly people, especially the ones who are more vulnerable to risk factors, presenting overweight and inadequate food consumption, in order to provide a basis to plan more effective interventions that attend the specificities of this group in the acquisition of healthy habits and motivation to operate changes in their life style.

Key words: ageing, obesity, nutrition, health

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	19
1.1 – Impacto demográfico do envelhecimento.....	19
1.2 – Transição no perfil de saúde.....	21
1.3 – Problemática da obesidade.....	23
1.4 – Hipertensão arterial e o envelhecimento.....	24
1.5 – Avaliação nutricional do idoso pela antropometria.....	26
1.6 – Justificativa.....	28
1.7 – Referências bibliográficas.....	30
2 – ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO.....	36
2.1 – Primeiro Artigo: Revisão de Literatura.....	38
2.1.1 – Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados.....	38
Resumo.....	40
Abstract.....	41
Resumen.....	42
Introdução.....	43
Envelhecimento e hipertensão arterial.....	45
Prevalência de hipertensão arterial no idoso.....	46
Fatores de risco associado à hipertensão arterial.....	47
Conclusões.....	54
Referências bibliográficas.....	55
2.2 – Segundo artigo: Artigo Original.....	63
2.2.1 – Crenças em saúde: estudo preliminar com idosas.....	63

Resumo.....	65
Abstract.....	66
Introdução.....	67
Metodologia.....	70
- Tipo de estudo e local de realização.....	70
- População de estudo.....	70
- Critérios de inclusão.....	71
- Procedimento de coleta.....	71
- Análise dos dados.....	73
Resultados.....	74
- Caracterização da amostra.....	74
- Percepção dos benefícios aos comportamentos.....	82
- Percepção de barreiras aos comportamentos.....	83
Discussão.....	84
Conclusão.....	89
Referências.....	90
2.3 – Terceiro artigo: Artigo Original.....	94
2.3.1 – Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI, Recife/2005,	94
Resumo.....	96
Abstract.....	97
Introdução.....	98
Metodologia.....	101
Resultados.....	104

Discussão.....	110
Considerações gerais.....	120
Referências.....	121
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
4. ANEXOS.....	132

1. INTRODUÇÃO

1.1 Impacto demográfico do envelhecimento

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno sem precedentes na história humana (KALACHE,1999). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse segmento cresce mais rapidamente que qualquer outra faixa etária e se torna cada vez mais relevante porque já supera o da população total. Além disso, a proporção da população “mais idosa”, isto é, de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população considerada idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 2002; LAMEU, 2005)

Estima-se que nos próximos 50 anos, haverá quase dois bilhões de pessoas idosas em todo o mundo. Em países em desenvolvimento, o crescimento será mais significativo, aumentando mais de quatro vezes, de 374 milhões em 2000 para 1,6 bilhões em 2050 (SCAZUFCA et al., 2002).

Vários fatores têm influenciado este crescimento significativo da população nos países em desenvolvimento, como o Brasil, pelo declínio das taxas de fecundidade, melhores condições de higiene, saúde, nutrição e acesso aos serviços assistenciais, promovendo uma redução nas taxas de mortalidade infantil e segunda metade da vida, resultando em um processo contínuo de estreitamento da pirâmide etária (CHAIMOWICZ, 1997; CARVALHO; GARCIA, 2003).

A OMS define a população idosa como aquela a partir de 65 anos, em países desenvolvidos, e de 60 anos acima, em países em desenvolvimento (WHO, 1989)

Na legislação brasileira a Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso – PNI, em seu art. 2º Parágrafo Único que diz que “são considerados idosos as pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça e ideologia”.

O Censo Demográfico Brasileiro de 2000 (IBGE) demonstrou que de 1991 a 2000, o número de brasileiros com idade superior a 60 anos apresentou um aumento de 35%, enquanto a população total aumentou 14% (IBGE, 2000)

Segundo projeções demográficas, o índice de envelhecimento ou proporção de pessoas de 60 anos ou mais por cada 100 menores de 15 anos, passará de 24 em 1995, para 58 em 2020, e 74 em 2025 (OPAS, 1998)

A expectativa de vida no Brasil tem aumentado, chegando aos 68 anos e cinco meses nos dias de hoje, com projeções para 72 anos nos próximos 30 anos. Essa expectativa se dá de forma diferenciada, por gênero, sendo maior para as mulheres do que para os homens, o que caracteriza o fenômeno de “feminização da velhice” com implicações em termos de políticas públicas, pois uma grande maioria das mulheres é viúva, vive só, e sem experiência de trabalho (CAMARANO, 2002).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo de alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de

adaptação do indivíduo ao meio ambiente, aumentando sua vulnerabilidade e acarretando maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO, 1996).

Perspectivas de políticas de atenção às questões do envelhecimento têm sido traçadas por organismos internacionais e nacionais

1.2. Transição no perfil de saúde

Com o envelhecimento da população modifica-se o perfil de saúde, pois à medida que aumenta a expectativa de vida, torna-se mais freqüente o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), comuns das idades mais avançadas, como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, hipertensão, osteoporose e alguns tipos de câncer. Os países em desenvolvimento respondem por cerca de 78% da carga global de DCNT e 85% da carga de doenças do aparelho circulatório (WHO, 2000).

As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco modificáveis como o sedentarismo, a alimentação inadequada, o sobrepeso e/ou excesso de peso, níveis lipídicos desfavoráveis e elevação da pressão arterial, associados ao tabagismo. A persistência desses fatores pode consequentemente aumentar a probabilidade das pessoas desenvolverem alguma limitação ou incapacidade funcional, que compromete a independência e a autonomia do paciente (KALACHE, 1987; BENEDETTI; MAZO; SCHMITZ, 2000).

No contexto do envelhecimento o conceito de capacidade funcional é particularmente útil e surge, portanto como um novo paradigma de saúde. Esse conceito está ligado intimamente à manutenção de autonomia, que por sua vez liga-se à qualidade de vida.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) em sua introdução assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A autonomia entendida como um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. A autonomia inclui ainda liberdade de ação e autocontrole sobre a vida (HOGSTEL e GAUL, 1991).

Portanto podemos considerar que a autonomia está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária e para o idoso, constitui um aspecto fundamental ao seu bem-estar.

Desta forma, o grande desafio deste século será cuidar de uma população envelhecida, em sua maioria com níveis sócio-econômicos e educacionais baixos e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacidades. A saúde do segmento de idosos deve ser considerada sob esse novo paradigma de saúde, particularmente relevante para esse grupo, qual seja, a preservação da capacidade funcional, mantendo-o independente com e com capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios (RAMOS, 2003).

O planejamento e a execução de novas ações concentradas na promoção, proteção, recuperação e manutenção da capacidade funcional de cada indivíduo se sobrepõem como prioridades. Para tanto, torna-se necessário a inclusão de serviços de saúde e a formação de profissionais devidamente qualificados para a realização dessas ações.

1.3. Problemática da obesidade

A obesidade pode ser definida, simplificada, como uma doença caracterizada pelo aumento excessivo de gordura corporal, em consequência do balanço energético positivo que repercute na saúde do indivíduo, com perda considerável, tanto na quantidade como na qualidade de vida (WHO, 2000; FONTAINE, 2003). Representa atualmente, um problema de saúde pública em função de sua magnitude e pela inter-relação direta ou indireta com outras enfermidades ou situações patológicas contribuintes da morbi-mortalidade (SICHERI, 1998; CABRERA, 2001).

A prevalência da obesidade tem crescido de forma muito rápida nas últimas décadas, em todas as faixas de idade, sendo considerada uma epidemia mundial. As tendências de aumento da incidência e da prevalência têm-se mostrado mais acentuadas em segmentos pauperizados da sociedade, com diminuição nos estratos de maior renda (MONTEIRO, 2000; MARINHO, 2003; BARRETO, et. al. 2005).

O padrão de distribuição da gordura corporal (central ou periférico) pode ser mais importante que o excesso do tecido adiposo na avaliação dos efeitos metabólicos e dos fatores de risco associados com a obesidade e com processos mórbidos comuns nos idosos,

como o aumento do risco de hipertensão, doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas (SICHIERI, 1998).

O envelhecimento também está ligado ao ganho de peso, por estar associado a fatores como: declínio na taxa metabólica basal em consequência da perda de massa muscular, aumento e redistribuição do tecido adiposo (acúmulo na cavidade abdominal), diminuição na prática de atividade física e aumento do consumo de alimentos (GRUNDY, 1998).

A mudança na alimentação constitui um dos aspectos da “transição nutricional”, caracterizada pelo aumento no consumo de gorduras, açúcar, cereais refinados e pela redução no consumo de carboidratos complexos e fontes de fibras. Nas sociedades essa mudança tem modificado o perfil de morbimortalidade, destacando-se o excesso de peso e a obesidade como doenças fundamentais (ROSADO & MONTEIRO, 2001; POPKIN, 2001).

Torna-se necessário produzir informações nutricionais referentes ao grupo idoso para começar a avaliar sua problemática específica e enfrentar os desafios da pesquisa no campo de nutrição e envelhecimento dentro das peculiaridades do país (TAVARES; ANJOS, 1999).

1.4. Hipertensão arterial e o envelhecimento

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular de maior prevalência na atualidade e estima-se que acometa aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (ZAITUNE et al.,2006).

A HA parece aumentar progressivamente com a idade. Sua ocorrência em pessoas acima de 60 anos, está em torno de 65%, sendo mais comum nos homens do que nas mulheres até aproximadamente os 50 anos, invertendo-se após esta idade (PORTO, 1999; RAMOS E MIRANDA, 1999; FERNANDES et al., 2002; BRANDÃO et al, 2004).

Com o envelhecimento vão ocorrendo alterações cardiovasculares, entre as quais, destaca-se a redução da propriedade elástica dos vasos sanguíneos, contribuindo para o aumento dos níveis pressóricos em decorrência deste processo (CHANDRA, 1992, NETTO, 2000, NERI, 2000).

Desta forma a hipertensão do idoso se caracteriza sumariamente por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, além de ser acompanhada de gasto cardíaco elevado (CAVAGNA,1998).

No idoso, apesar do enrijecimento das artérias propiciar o aumento da pressão arterial, a HA não pode ser considerada como envelhecimento normal e sim como uma doença a ser tratada de modo apropriado. O controle adequado da PA reduz o risco do desenvolvimento de graves eventos cardiovasculares (PORTO, 1999).

Vale ressaltar que a Hipertensão Sistólica Isolada (HSI), é tipicamente apresentada por idosos, e corresponde a, pelo menos, metade dos casos de hipertensão nos indivíduos com mais de 60 anos, sendo mais prevalente entre 65 e 89. A elevação isolada da pressão

sistólica resulta então, da menor complacência dos grandes vasos, consequência própria do envelhecimento e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares (BRASIL, 1993; MORIGUTTI, 2001).

Com o significativo aumento da população geriátrica, verifica-se a importância de mais estudos sobre a prevalência de HA em idosos, para que sejam elaborados programas de intervenção com medidas preventivas e orientações educativas quanto às mudanças no estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis, evitando o comprometimento da saúde dessa “nova” população (CONVERSO, LEOCÁDIO, 2005).

1.5. Avaliação nutricional do idoso pela antropometria

A antropometria tem se mostrado importante indicador do estado nutricional. É um método não invasivo que apresenta simplicidade e segurança na sua operacionalidade, e custo acessível (NAJAS; SACHS, 1996). Por essa razão, no âmbito da saúde pública, os dados antropométricos de populações são de grande utilidade na identificação de grupos que necessitam de intervenção nutricional e também no estabelecimento de fatores determinantes do baixo peso e sobrepeso e como instrumento de vigilância nutricional (WHO, 1995).

O indicador antropométrico é essencial na avaliação nutricional geriátrica, entretanto, entre todas as medidas de avaliação nutricional, as antropométricas são as mais afetadas pelo processo de envelhecimento. As mudanças promovidas por esse processo incluem entre outras, aumento da gordura corporal com redistribuição desse tecido e acúmulo

preferencialmente na região abdominal, redução da massa magra e da água corporal total (DE ONIS,1996; PERISSINOTTO,2002).

As medidas antropométricas mais utilizadas na determinação do estado nutricional do idoso são: peso, estatura, circunferências (do braço, da panturrilha, do quadril e do abdômen) e pregas cutâneas tricipital e subescapular (DE ONIS, 1996; KUCZMARSKI, 1993).

O uso de medidas antropométricas para este segmento populacional apresenta limitações e/ou dificuldades na interpretação dos padrões de referência, ausência de pontos de corte específicos para essa população, identificação do local correto para realizar a medida (circunferência da cintura, razão cintura-quadril), além das alterações fisiológicas que ocorrem com o avançar da idade, como a perda da elasticidade e maior compressibilidade dos tecidos, interferindo principalmente nas pregas cutâneas (tricipital e subescapular), levando a uma dificuldade maior na separação do tecido muscular (SAMPAIO, 2004).

O peso e a estatura sofrem modificações que acompanham essa fase. Em relação à altura, estudos referem uma redução na altura com a idade de 2cm/década a 3cm/década. Este declínio se inicia por volta dos 40 anos e torna-se mais acentuado com o passar da idade (PERISSINOTTO et al., 2002). Quanto ao peso, estudos mostram que o homem ganha peso até os 65 anos e, a partir daí, passa a perder, enquanto que a mulher aumenta de peso até os 75 anos e, apenas a partir desta idade, começa com a perda ponderal (DEY et al., 1999).

Desta forma, a avaliação da composição corporal é uma medida importante do estado nutricional de indivíduos. O índice de massa corporal (IMC), que utiliza o peso e a estatura como critério diagnóstico, permite comparações com estudos nacionais e internacionais, além de expressar as reservas energéticas do indivíduo (ANJOS,1992; NAJAS,1994).

Os diferentes métodos utilizados para mensuração do tecido gorduroso como a densitometria, espectrometria, tomografia computadorizada, bioimpedância elétrica, entre outros, embora precisos, têm custo elevado, o que impossibilita seu uso como rotina na prática dos serviços de saúde e principalmente em estudos de campo (CABRERA,1998).

O IMC pode ser um bom indicador do estado nutricional de idosos, desde que sejam usados pontos de corte específicos para a idade, especialmente se associados a medidas antropométricas que expressem a composição e a distribuição da gordura corporal, como a medida da circunferência abdominal. Embora não possibilite determinar a composição corporal e não expresse a distribuição de gordura, esse indicador é importante na determinação do risco de muitas doenças (CERVI, 2005).

1.6. Justificativa

O envelhecimento populacional e o crescimento acelerado de idosos, principalmente nos países em desenvolvimento, vêm despertando cada vez mais o interesse de estudiosos e pesquisadores por maiores investigações sobre os aspectos relacionados a esse segmento da população. Novas pesquisas se concentram na área da saúde e nutrição, objetivando buscar

além da prevenção dos fatores de risco a que os idosos estão mais expostos, o aumento na expectativa de vida e a melhoria de sua qualidade.

As alterações que acompanham o processo de envelhecimento associado a outros fatores como as doenças crônicas não transmissíveis, que aumentam a prevalência sobretudo entre os mais velhos, o consumo alimentar inadequado, a ociosidade, a depressão, entre outros, contribuem para tornar os idosos mais vulneráveis aos agravos sobre o estado nutricional.

A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) verificou na população adulta brasileira expressivo aumento de sobrepeso nas últimas décadas, mais intenso nas camadas sócio-econômicas intermediárias e mais baixas, situação que aponta a obesidade como questão de saúde pública e a necessidade de adoção de políticas preventivas. Esses resultados podem estar refletindo a presença de fatores determinantes de sobrepeso quanto a estilos de vida, principalmente relacionados com atividade física e consumo alimentar.

O sobrepeso e a obesidade constituem fatores de risco para vários agravos à saúde, dos quais os mais freqüentes são doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo2 e problemas psicológicos.

Portanto, considerando a heterogeneidade e a vulnerabilidade da população idosa, faz-se indispensável ampliar os estudos sobre as reais necessidades e especificidades desse grupo. O presente estudo aborda fatores relacionados à saúde do idoso, buscando contribuir, de maneira relevante, com o planejamento de ações voltadas para a mudança do estilo de vida, incluindo hábitos dietéticos saudáveis e adequados para a terceira idade.

1.7 Referências bibliográficas

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**. v.26, n.6, p. 431-436, 1992.

BARRETO, S. M.; PINHEIRO, A. R. O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C.A.; FILHO, M. B.; SCHIMIDT, M. I.; et. al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 14, n. 1, p.41-68, 2005.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; SCHMITZ, L. T. M. Instituições Geriátricas da Grande Florianópolis. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**. v.4, n.2, p.57-61, 2000.

BRANDÃO, A. A.; WAUNGARTEIN, M.; FREITAS, V. F. Hipertensão arterial no idoso. **Programa de Educação continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, mód.2, fasc.8, p.33-38, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. CDVS/NUTE, 1993. 233p.

BRASIL. Decreto-Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, v.132, n.3, p.77, jan de 1994. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, nº 237-E, p.20-24, 13 dez, Seção 1.

CABRERA, M. A. S. Abordagem da Obesidade em pacientes idosos. In: JACOB FILHO, W. (Org.) **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo. Lemos Editorial, 1998. p.93-108.

CABRERA, M. A. S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivos brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v.45, n. 5, p.494-501, 2001.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.58-71.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.60-70.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n.3, p.725-733, 2003.

CAVAGNA, L. M. Atualidades em hipertensão arterial. **Atualidades em Geriatria**. v. 3, n. 17, p.53-57, 1998.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**. v.18, n.6, p.765-775, 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHANDRA, R. K. Nutrition and the immunity in the elderly. **Nutrition Reviews**. v. 50, p.367-371, 1992.

CONVERSO, M. E. R.; LEOCÁDIO, P. L. L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. **Revista Ciência em Extensão**. v.2, n.1, p.13-23, 2005.

DE ONIS, M.; HABICHT, J. P. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. **American Journal of Clinical Nutrition**. v.64, p.650-658, 1996.

DEY, D. K.; ROTHENBERG, E.; SUNDH, V.; BOSAEUS, I.; STEEN, B. Height and body weight in the elderly. I. A 25 year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. **European Journal of Clinical Nutrition** n. 53, p.905-914, 1999.

FERNANDES M. G. M.; GONÇALVES, M. C. R.; GADELHA, C. S.; ANDRADE, I. A. Diagnóstico socioeconômico e de saúde em idosos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 6, n.1, p.63-74, 2002.

FONTAINE, K. R.; REDDEN, D. T.; WANG, C.; WESTFALL, A. O.; ALISSON, D. B. Years. of life lost due to obesity. **Journal of the American Medical Association**, 2003
Disponível em: < <http://www.mindfully.org/ahealth/2003/obesity-life-lost8jan>> Acesso em: 30.abr.2006.

GRUNDY, S. M. Multifactorial causation of obesity: implications for prescription. **American Journal of Clinical Nutrition**. v.67, n.3, p.5635-5725, 1998. Supplement.
IBGE, DEPIS, **Censo Demográfico: Brasil, 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

Investigações epidemiológicas nos países em desenvolvimento. **Revista de saúde Pública**, v. 36, n. 6, p.773-778, 2002.

HOGSTEL, M.O.; GAUL, A.L. Safety or autonomy and ethical issue for clinical gerontological nurses. **Journal of Gerontology Nurses**. V.17, n.3, p.6-11, 1991.

KALACHE, A. Active aging makes the difference. **Bulletin of the World Health Organization**. Geneva, 77(4). 1999.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. v.21, n.3, p.200-210, 1987.

KUCZMARSKI, M. F.; KUCZMARSLI, R.J. Nutritional assessment o folder adults. In: SCHLENKER, E. D. Nutrition in aging. Mosby-Doyma Libros; 1993.p.255.

LAMEU, E.; BUKSMAN, S.; HAGEMEYER, v. Geriatria. In: **Clínica Nutricional**.

MARINHO, S. P.; MARTINS, I. S.; PERESTRELO, J. P. P.; OLIVEIRA, D. C. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**. v.16, n.2, p.195-201, 2003.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no nordeste e sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, A. (Org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2^a ed. Aumentada. São Paulo: HUCITEC/NUPENS-USP; 2000 p.421-431.

MORIGUTTI, J. C.; PAIVA, C. E.; MARCHINI, J.S.; FURTADO JÚNIOR, D. A.; MATO, F. D.; FERRIOLLI, E. Systolic hypertension in elderly program e outros estudos clínicos em idosos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.8, n.2, p.206-211, 2001.

NAJAS, M. S.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; SACHS, A.; GUEDES, A.C.B.; SAMPAIO, L. R. et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana na região sudeste, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.28, n.3, p.187-191, 1994.

NAJAS, M. S.; SACHS, A. Avaliação Nutricional do Idoso. In: NETTO, M. P. **Gerontologia**. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo. Atheneu, 1996, p.242-247.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O., DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000, cap 4, p.33-47.

NETTO, M. R.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transcrição do século. In: NETTO, M. P. ed. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2000. p.3-12.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Instituto Nacional de Envejecimiento. Envejecimiento en las Americas: proyecciones para el siglo XXI. OPAS, 1998.

PERISSINOTO, E.; PISENT, C.; SERGI, G.; GRIGOLETTO, F. and ENZI, G. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. **British Journal of Nutrition**. v.87, n.2, p.177-186, 2002.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **Journal of Nutrition**. v.131, n.3, p.871-873, 2001.

PORTO, C. C. Hipertensão arterial sistêmica – hábitos de vida e fatores correlatos. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v.76, n.3, p.35-45, 1999.

RAMOS, L. R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p.793-798, 2003.

RAMOS, L. R; MIRANDA, R. D. Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.6, n.4, p.370-375, 1999. Revinter, Rio de Janeiro, 2005 p.911-920.

ROSADO, E. L.; MONTEIRO, J. B. R. Obesidade e a substituição de macronutrientes da dieta. **Revista de Nutrição**. v. 14, n.2, p.145-152, 2001.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição**. v.17, n. 4, p. 507-514, 2004.

SCAZUFCA, M., CERQUEIRA, A. T. A. R.; MENEZES, P. R.; PRINCE, M.; VALLADA, H. P.; MYAZAKI, M. C. S.; et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.6, p.773-778, 2002.

SICHIERI, R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 140p.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. v.15, n.4, p.759-768, 1999.

WHO. Health of the elderly. **WHO Technical Report Series** 779. Geneva: WHO, 1989.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva; 2000.

WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995 (**Technical Report Series**, 854).

WHO. The World Health Report: 2000 [monograph on the Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/who/2000/en/>. Consulta em 30 de março de 2006.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.22, n.2, p.285-294, 2006.

2. ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

O primeiro artigo, intitulado *Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados: uma revisão* constitui parte do trabalho monográfico apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Nutrição, por ocasião do exame de qualificação. O delineamento metodológico desse artigo foi do tipo descritivo, de base documental e teve como objetivo apresentar alguns aspectos da hipertensão arterial associados às mudanças fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco associados como: sedentarismo, ingestão de sal, alcoolismo, tabagismo e obesidade, entre outros. Foi publicado na **Revista Brasileira de Nutrição Clínica** (Anexo). Os dados primários obtidos nesse artigo subsidiaram dois artigos originais.

O segundo artigo (estudo qualitativo), *Crenças em saúde: estudo preliminar com idosas* foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública e teve por objetivo identificar as crenças sobre comportamentos de saúde na prevenção de doenças e a percepção de benefícios e barreiras à sua realização, considerando a importância da participação e/ou interação do idoso com os aspectos relativos à sua saúde. As informações foram coletadas a partir da aplicação de um questionário sobre questões de saúde (Anexo).

O terceiro artigo, *Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso-NAI, Recife/2005* foi encaminhado à Revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición, sendo as informações coletadas a partir da aplicação de um questionário sobre consumo alimentar semanal (Anexo), visando contribuir com resultados para subsidiar a elaboração de estratégias de uma adequada orientação nutricional às idosas assistidas no NAI.

2.1 – Primeiro Artigo

Revisão da Literatura

2.1.1 – Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados

Publicado na Revista Brasileira de Nutrição Clínica
2004; v. 28, n. 2, p.93-98, 2004.

Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados: uma revisão

Arterial hypertension in the elderly and risk factors associated: a review

Hipertensión arterial en el anciano y factores de riesgo asociados: una revisión

Tânia Campos Fell Amado¹

Ilma Kruze Grande de Arruda²

¹Doutoranda em Nutrição – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Coordenadora da Residência em Nutrição Clínica do Hospital das Clínicas – UFPE

Especialista em Alimentação Institucional pela Universidade Federal de Pernambuco -
UFPE

²Doutor em Nutrição pela UFPE

Professor Adjunto do Departamento de Nutrição – UFPE

Diretora Geral do Controle Acadêmico - UFPE

Função desempenhada pelos autores:

1. Revisão bibliográfica, análise dos trabalhos, elaboração do manuscrito.
2. Delineamento do trabalho, supervisão e revisão do manuscrito.

Endereço para correspondência: Tânia Campos Fell Amado / Rua Dr. Sabino Pinho 210

Aptº 03 – Madalena, Recife-PE CEP 50610-380 - e-mail: tania.fell@bol.com.br

Resumo

A hipertensão arterial (HA) constitui sério problema de saúde pública em todo o mundo, particularmente no Brasil, pela alta prevalência e por destacar-se como importante fator de risco cardiovascular. O envelhecimento acarreta importantes alterações cardiovasculares, o que explica a freqüente associação da hipertensão às mudanças fisiológicas desse processo. Fatores de risco tais como: sedentarismo, ingestão de sal, alcoolismo, tabagismo e obesidade entre outros, que estão associados à hipertensão, têm contribuído para o aumento da prevalência dessa doença na população de idosos(>60 anos), levando a implicações médicas e sociais. Esta revisão teve como objetivo apresentar alguns aspectos da HA sob a influência do envelhecimento e os fatores de risco associados. O tratamento para idosos hipertensos deve priorizar o controle da HA e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Para uma maior abrangência dos problemas de saúde, em particular a hipertensão, e uma melhor adesão ao tratamento, o idoso deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional.

Unitermos: hipertensão arterial, envelhecimento, fatores de risco.

Abstract

The arterial hypertension (AH) constitutes a serious public health problem around the world, particularly in Brazil, due to its high prevalence and because it is considered as an important cardiovascular risk factor. The aging process causes important cardiovascular alterations, which explains why hypertension is often associated to this process. Risk factors associated to hypertension, such as a sedentary life style, salt intake, alcoholism, smoking and obesity, contribute to the prevalence increase of this disease in the elderly population (>60 years old), leading to social and medical implications. This review aims at introducing some of the arterial hypertension aspects during the aging process and the associated risk factors. The indicated treatment must emphasize the hypertension control and the adoption of a healthy life style. The elder must be attended by a multi-professional staff, in order to cover the biggest number of health problems and to guarantee the adhesion to the treatment.

Keywords: arterial hypertension, aging, risk factors.

Resumen

La hipertensión arterial (HA) ha constituido un gran problema de salud pública en todo el mundo, y en particular en Brasil, por su elevada prevalencia y además por su destaque como importante factor de riesgo cardiovascular. El envejecimiento puede traer importantes alteraciones cardiovasculares y en esta forma la hipertensión en los ancianos es conocida como una de las modificaciones fisiológicas en este proceso. Factores de riesgo como: sedentarismo, ingestión de sales, alcoholismo, tabagismo y obesidad, entre otros que son asociados a los ancianos (>60 años). Conducindo a implicaciones médicas y sociales. La presente revisión ha tenido como objetivo evidenciar aspectos de HA bajo la influencia del envejecimiento y los factores de riesgo asociados. El tratamiento para ancianos hipertensos visa priorizar el control de la HA y la adopción de hábitos de vida saludable. Para tener mayor abranjencia de los problemas de salud, en particular la hipertensión y una mejor adhesión a el tratamiento, el anciano deberá ser acompañado por un equipo multiprofissional.

Unitérminos: hipertensión arterial, envejecimiento, factores de riesgo.

Introdução

O Brasil à semelhança dos demais países em desenvolvimento, vem apresentando desde a década de 70, um envelhecimento rápido e intenso de sua população e segundo estimativas, em 2025, teremos mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais e a maioria deles, cerca de 85%, serão portadores de pelo menos uma doença crônica^{1,2,3}. Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte dos indivíduos idosos, de alto custo econômico e social. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente e aumenta progressivamente com a idade^{4,5,6}.

A HAS é uma doença multifatorial, caracterizada por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). Em idosos é considerada uma das causas mais importantes de morbimortalidade prematura, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares. O alto custo social dessa enfermidade é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho.^{7,8,9} Atualmente a HAS em adultos (≥ 18 anos), é definida pela pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg^{10,11}.

O VI Joint National Committee (VI JOINT)¹², classifica a hipertensão arterial (HA) em estágios (níveis), com base no risco de desenvolver DCV (Tabela 1). O nível 1 (140-159 / 90 a 99), é o mais prevalente em adultos.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PA Sistólica	PA Diastólica
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 – 139	85 – 89
Hipertensão		
Nível 1	140 – 159	90 – 99
Nível 2	160 – 179	100 – 109
Nível 3	≥ 180	≥ 110

PA = pressão arterial (em mmHg)

Fonte: VI Joint National Committee, 1997.

Alguns fatores de risco estão associados a HA e aumentam a probabilidade de sua ocorrência, como: fatores dietéticos, sedentarismo, obesidade, aumento dos triglicerídios e colesterol séricos, elevação da pressão arterial (PA), alcoolismo, uso do fumo, entre outros¹³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴, com a intensificação dos programas de controle da HA a mortalidade vem declinando, porém nos países em desenvolvimento detecta-se uma “nova onda” epidêmica das DCV, tornando o controle da HA um desafio para a saúde pública nesses países.

Estudos sugerem que os fatores genéticos e ambientais estão associados na manutenção de níveis pressóricos cronicamente elevados em seres humanos, e que a relação dos mesmos na população hipertensiva é de 30% e 70% respectivamente^{15,16,17,18}.

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma revisão sobre alguns aspectos da HA, a influência do envelhecimento e os fatores de risco associados, assim como a necessidade de modificá-los com a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Envelhecimento e Hipertensão Arterial

As alterações que vão ocorrendo com o envelhecimento, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias desse processo fisiológico normal. A interação de modificações próprias do envelhecimento e aquelas decorrentes de processos patológicos é responsável pela apresentação clínica de várias enfermidades, que se tornam mais graves nos idosos do que nos adultos jovens^{19,20}.

Liang²¹ considera as modificações estruturais verificadas no coração e no sistema vascular uma decorrência do envelhecimento, o que reduz a capacidade de um funcionamento eficiente. Segundo Nicola²², no contexto do envelhecimento, são comuns as doenças crônicas que geram incapacidades e dependência.

O aumento da PA tem sido considerado uma das conseqüências do envelhecimento e, por muitos anos, foi vista, como uma das mudanças “fisiológicas” desse processo⁹.

A HA no idoso é importante, pois atua acelerando as alterações próprias da senescência. Evidências epidemiológicas demonstraram que o risco cardiovascular no idoso hipertenso é maior que do normotenso de idade semelhante^{23,24}.

Há dificuldades em se definir os níveis normais de PA para indivíduos acima de 60 anos e embora haja tendência de aumento da PA com a idade, níveis de PS > 140 mmHg e/ou de PD > 90 mmHg não devem ser considerados fisiológicos para os idosos^{7,25,26}.

A OMS¹⁴ com base em diversos estudos estabeleceu que o idoso é considerado hipertenso quando apresenta pressão arterial sistólica (PAS) \geq a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) \geq a 90 mmHg²⁵.

A hipertensão continua sendo um fator de risco significativo na idade avançada e é predominantemente influenciada pela elevação da PAS. Após o estudo de Framingham²⁷, foi estabelecido que a PAS tinha um valor preditivo maior que a PAD para as DCV, ficando evidente a importância da mesma como fator de risco com o avançar da idade.

A hipertensão arterial sistólica isolada (HASI) é um quadro tipicamente apresentado por idosos, sendo mais prevalente (>dois terços de todos os indivíduos com HA) entre 65 e 89 anos e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares⁶, devido às alterações associadas ao envelhecimento, o que torna difícil delimitar esse processo normal da hipertensão como entidade fisiopatológica distinta^{4,28}. O VI Joint National Committee¹², passou a considerar como HASI níveis de PAS >140 mmHg e PAD < 90 mmHg .

Prevalência de Hipertensão Arterial no idoso

A prevalência da HA em diversos países do mundo vem se constituindo como um sério problema de saúde pública. Estudos revelam que entre os idosos, é superior a 50%²⁹.

Resultados do estudo de Framingham²⁷ demonstram que nas últimas quatro décadas, não ocorreu redução na prevalência da HA apesar do progresso em sua detecção e tratamento. Houve em média, um aumento de aproximadamente 20 mmHg na PS e de 10 mmHg na PD entre as idades de 30 e 65 anos, com predomínio de HASI³⁰.

Resultados do National Health And Nutrition Examination Survey (NHANES III)^{31,32}, mostraram que a prevalência de hipertensão na população adulta dos Estados Unidos, no período de 1988 a 1991, dobrou a partir da quarta década de vida e aumentou mais de seis vezes, a partir da sexta década. Outro aspecto enfatizado por esse estudo foi a média da PAS que tende a se elevar tanto em homens quanto em mulheres durante toda a vida adulta.

O índice de prevalência de hipertensão estimada pelo Systolic Hypertension in the Elderly Program - SHEP, variou em torno de 5% nos idosos com idade entre 60 a 69 anos, para 10% na faixa acima de 70 anos e 20% naqueles com mais de 80 anos^{28,31,33}.

O Estudo Multicêntrico do Idoso (E.M.I)³⁴, demonstrou que a prevalência de HA entre idosos é bastante elevada, cerca de 65% são hipertensos e entre as mulheres com mais de 75 anos, a prevalência de hipertensão pode chegar a 80%^{26,35}.

O Estudo Epidemiológico Longitudinal com Idoso – EPIDOSO (1991), seguindo os critérios dos Consensos Brasileiro e Americano de Hipertensão, encontrou uma prevalência de HA de 62%-65% em mulheres e de 57% nos homens; desses indivíduos, 38% eram portadores de HSI – sendo 33% dos homens e 41% das mulheres³⁶.

Fatores de risco associados à hipertensão arterial

A hipertensão decorre da interação de vários fatores (metabólicos e não metabólicos). Com relação aos não metabólicos, foram surgindo com as modificações no modo de vida do homem moderno. Quanto maior o número de fatores de risco a que o indivíduo estiver exposto, maior o risco de tornar-se hipertenso³⁷.

São considerados como fatores de risco associados à hipertensão: herança genética, idade acima de 60 anos, sexo (homens e mulheres pós-menopausadas), raça, tabagismo, alcoolismo, dislipidemias, diabetes mellitus, obesidade, estilo de vida sedentária, fatores dietéticos, entre outros¹².

Herança genética: níveis de PA estão correlacionados entre os membros da família, o fato é atribuído à herança genética comum, ambiente compartilhado ou estilo de vida. Indivíduos que tenham parentes próximos hipertensos poderão sofrer de pressão alta³⁸. A possibilidade de um indivíduo com níveis pressóricos elevados tornar-se um portador de HA primária, é estatisticamente superior, se existir história familiar positiva de HA³⁹.

Idade: segundo estudos populacionais a prevalência HA é maior quanto mais elevada for a faixa etária. Este achado epidemiológico no entanto, pode estar na dependência de outros fatores. O homem até os 50 anos tem um risco três vezes maior que a mulher da mesma idade; essa diferença diminui após a menopausa. Com o decorrer da idade há redução da complacência dos grandes vasos, enrijecimento das artérias, e diminuição da elasticidade entre outros aspectos fisiopatológicos, que comprometem uma boa função cardíaca^{7,40}.

Raça: segundo a literatura indivíduos negros apresentam prevalência de hipertensão duas vezes maior que a raça branca. Dados do NHANES II entre 1976 e 1980 confirmam uma prevalência de 38% para os negros versus 29% para os brancos¹⁶. Estudos realizados com populações afroamericanas têm sugerido que a maior prevalência e gravidade da HA em negros, podem ser determinadas pela maior frequência de comprometimento em órgãos alvo, maiores níveis de vasopressina

plasmática e declínio na resposta renal neste grupo étnico, o que torna o prognóstico da doença mais sombrio^{12,30}.

Sexo: os homens têm maior prevalência de hipertensão do que as mulheres (33% e 27% respectivamente)³¹. Até a menopausa, as mulheres são hemodinamicamente mais jovens do que os homens da mesma idade, e desta forma, menos vulneráveis à HA e às doenças crônico-degenerativas. Contudo, após a menopausa, as mulheres passam a apresentar maior prevalência do que os homens. O aumento da PA após essa fase nas mulheres, possivelmente relaciona-se ao ganho de peso e às alterações hormonais^{7,16,31,38,41}.

Tabagismo: seu efeito é bastante deletério sobre o sistema cardiovascular, embora não esteja relacionado intimamente com a PA. Constitui um importante fator de risco no mesmo grau das dislipidemias na HA. Os pacientes hipertensos que também são fumantes, têm um risco de morte muito mais alto para um certo nível de PA^{42,43}. Existem indícios de que o consumo de cafeína associado ao fumo promove elevação aguda, porém reversível da PA, e, portanto, o risco de doença coronariana é maior nos grandes consumidores de café^{13,43}. O tabagismo colabora ainda para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos, diminuindo o colesterol HDL. Em fumantes, o processo de limpeza do colesterol encontra-se comprometido e induz ainda à resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas^{42,44}.

Alcoolismo: o excesso no seu consumo além de aumentar a PA, constitui uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva^{7,43}. Foi estimado que cerca de 10% dos hipertensos têm hipertensão induzida pelo álcool. Calcula-se que a ingestão superior a 30ml de álcool por dia, pode aumentar a PAS (5 a 6mmHg) e a PAD (2 a 4 mmHg) e dobra a probabilidade do indivíduo tornar-se hipertenso em relação àquele

que não consome^{40,45,46}. Para os hipertensos que fazem uso de bebidas alcoólicas, o consumo não deve ultrapassar mais que 30ml de etanol/dia (720ml de cerveja, 240ml de vinho ou 60ml de bebidas destiladas). O efeito hipotensor real determinado pela reduzida ingestão de bebidas alcoólicas ainda não está claro, razão porque estudos apontam que se deve orientar o consumo moderado de bebidas, apenas como medida de controle da PA^{12,43}. Amplo estudo prospectivo mostrou que a mortalidade cardiovascular foi 30 a 40% menor entre indivíduos que tomavam um drink diariamente, comparados aos que não bebiam⁴⁷.

Dislipidemias: dislipidemia e HA estão freqüentemente associadas, tornando-se obrigatório um controle agressivo de ambas as condições⁴⁸. Estudos epidemiológicos evidenciaram que o colesterol sérico parece ter um pico nos homens entre 50 e 59 anos de idade e nas mulheres entre 60 e 69 anos. Os triglicerídios séricos parecem elevar-se com o decorrer da idade, e provavelmente refletem a incapacidade da pessoa idosa de remover gordura do sangue²⁵. Autores concordam que os lipídios dietéticos contribuem fortemente como risco considerável na incidência de doenças crônico-degenerativas, motivado pela elevação plasmática do colesterol total, principalmente às custas da fração de LDL-c, o que conseqüentemente, leva a um aumento gradual da PA⁴⁹. O que afeta as concentrações plasmáticas não é o fato da gordura ser de origem animal ou vegetal, mas sim o grau de saturação dos ácidos graxos nos triglicerídeos dietéticos⁵⁰.

Diabetes mellitus (DM): há uma maior prevalência de diabetes na população idosa, particularmente do tipo não-insulinodependente (tipo II). Ao diagnóstico, apresenta-se relacionada a níveis pressóricos elevados associando-se comumente a outros fatores de risco cardiovasculares, tais como dislipidemias, obesidade, e hiperinsulinemia. A prevalência de HAS aparece com maior freqüência nos diabéticos

do sexo masculino, antes da quinta década de vida e nas mulheres, após esse período^{16,25,51}. A HA associa-se a várias alterações metabólicas e hormonais, dentre as quais destaca-se a resistência à insulina. Esta predispõe ao aumento dos níveis glicêmicos e à hiperinsulinemia compensatória, que em geral evolui para o diabetes clinicamente instalado. A hiperinsulinemia favorece o ganho de peso corporal e agrava a resistência insulínica, criando um ciclo vicioso. Desta forma, a resistência à insulina e a hiperinsulinemia têm sido consideradas o elo entre HA, obesidade e diabetes^{7, 51,52}.

Obesidade: a obesidade constitui provavelmente o maior fator de risco para o desenvolvimento de HA^{53,54}. Segundo a OMS, é considerado obeso o indivíduo que apresenta $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$. O nível de IMC para definição de obesidade não se diferencia na população idosa, havendo porém uma maior tolerância para os mesmos. Logo, a obesidade pode ser definida em um patamar mais elevado nesse segmento da população. Há uma prevalência maior de obesidade entre as mulheres, inclusive nos idosos^{55,66}. Estima-se em 60% a proporção de hipertensos com peso acima de 20% do ideal, sendo esse o principal determinante do processo em 1/3 dos pacientes entre 24 e 64 anos. Em ambos os sexos, seu maior pico ocorre entre 45 e 64 anos. O excesso de peso apresenta uma tendência crescente nas últimas décadas, mesmo entre pessoas idosas^{57,58}. A predominância da obesidade hoje tende a ser maior nas classes sócio-econômicas mais baixas^{59,60}. A obesidade abdominal ou andróide é um forte preditor de vários fatores de risco para as doenças cardíacas, incluindo a resistência à insulina, a dislipidemia e a hipertensão⁶¹. Esta forma de disposição da gordura corpórea aumenta com o envelhecimento, apresentando a massa magra, uma perda progressiva que se exacerba após os 60 anos^{25,62}. Cabrera & Jacob Filho⁶³. em estudo transversal realizado com 847 idosos de diferentes faixas etárias: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais,

identificou que a prevalência de obesidade foi 23,8% entre as mulheres e 9,3% entre os homens, com $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$, sendo menor entre os idosos com 80 anos ou mais.

Sedentarismo: com a aposentadoria, os idosos tornam-se mais sedentários, utilizam pouco os músculos e tem maior tendência a aumentar o peso e a PA. O exercício físico regular orientado por profissional habilitado, tem sido considerado imprescindível para melhorar a função cardiovascular global e modificar o gasto energético diário total em indivíduos mais velhos. As pessoas que praticam exercícios regularmente são mais saudáveis e têm PA mais baixas em relação àquelas que não praticam^{7,43,62}.

Fatores dietéticos: o sódio, potássio, cálcio e magnésio e sua relação com a PA, tem sido amplamente pesquisados. Os exemplos mais citados na literatura sobre a relação entre HA e ingestão de sal, descrevem a alta prevalência de HA na população do norte do Japão, que apresenta elevada ingestão de cloreto de sódio, e a inexistência de HA entre alguns índios brasileiros – tribos Yanomamis – que fazem uso de baixo consumo (1 a 5 mEq/Na/dia)⁶⁴.

Muitos pacientes idosos ingerem grandes quantidades de sal e podem, inicialmente, encontrar dificuldades em reduzi-lo em decorrência de uma diminuição da sensibilidade dos receptores de sal (boca) com o avançar da idade⁴³.

O INTERSALT⁶⁵ (1988) é apontado como o mais importante estudo epidemiológico multicêntrico, no qual os dados foram obtidos de 52 populações diferentes em 32 países, incluindo populações indígenas da tribo Yanomami entre outros, para pesquisar a relação entre a ingestão de sódio (Na^+) e de potássio (K^+) com a PA. Os resultados demonstraram de modo inequívoco que a elevação da PA e aumento da sua prevalência com o avançar da idade (populações urbanas), estava relacionada

com a quantidade de sal na dieta. Mostrou ainda que comunidades que consumiam mais sódio (cerca de 9g), tinham maior incremento da pressão com o envelhecimento (provável efeito cumulativo do sal)^{66,67}.

A população Yanomami diferenciou-se dos outros grupos estudados, por apresentar ausência de aumento de PA com a idade, ausência de hipertensão e de obesidade. Esse resultado comprovou no Intersalt a relação positiva entre ingestão de sal e níveis de PA⁶⁷.

Com relação à sensibilidade ao sal, há indivíduos muito e pouco responsivos às variações do conteúdo de sal das dietas: são os sensíveis e os resistentes ao sal⁶⁸. Cerca de 30 a 50% dos hipertensos e 15 a 25% dos normotensos são sensíveis ao sal¹⁰.

A pesquisa Nutrição e Saúde (avaliação do consumo de nutrientes – Rio de Janeiro, 1995), apresentou entre outros resultados que entre os adultos hipertensos (20 a 60 anos), o consumo foi de 14g e, de 12,9 entre os não hipertensos e os valores de prevalência estratificados por idade, indicam que a partir dos 45 anos as prevalências aumentam⁶⁹.

Segundo o National High Blood Education Program⁷⁰, o potássio dietético é um elemento auxiliar no controle do peso e redução do consumo de sódio para a prevenção da HA. A alta ingestão de potássio parece exercer uma ação preventiva contra a hipertensão, ser eficaz no seu tratamento e estar associada a uma menor prevalência dessa enfermidade²⁶.

Até o momento não existem provas que indiquem redução nos níveis tensionais relacionados à suplementação de cálcio na dieta e quanto ao magnésio, pode contribuir na regulação da pressão sanguínea como um vasodilatador. Evidências demonstram uma associação entre a baixa ingestão de magnésio e a PA elevada^{7,10,12}.

O Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH⁷¹, estudo multicêntrico controlado, mostrou que uma dieta rica em frutas, verduras e grãos, pobre em gorduras saturadas e colesterol, pode reduzir a PA.

O DASH-SODIUM⁷², utilizou três níveis de ingestão de sódio e demonstrou que a dieta DASH com o menor nível de sódio (50 mmol/dia) reduziu a PAS média em 7,1 mmHg em normotensos e em 11,5 mmHg em hipertensos.

O tratamento da HA envolve orientações para que se processem mudanças de hábitos de vida, compreende o tratamento não-medicamentoso e tratamento com agentes antihipertensivos. O tratamento não-medicamentoso tem como principal objetivo, diminuir a morbimortalidade cardiovascular por meio de mudanças no estilo de vida que favoreçam a redução da PA. Dentre essas modificações, as medidas que comprovadamente reduzem a PA são: controle do excesso de peso corporal, da ingestão de sal, de gorduras, do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a PA⁷.

Conclusões

Este estudo de revisão enfatiza a necessidade de rever os programas de intervenção no controle da HA no idoso, priorizando as mudanças no estilo de vida dos mesmos, pela aquisição de hábitos de vida saudáveis, visando a modificação de alguns fatores de risco. Para alcançar as metas terapêuticas propostas, vale ressaltar a importância da abordagem multiprofissional do hipertenso, particularmente do hipertenso idoso, pois objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens para uma maior adesão às referidas medidas terapêuticas.

Referências Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Envejecimiento. Envejecimiento en las Américas: proyecciones para el siglo XXI. Washington; OPS, 1998.
2. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Públ. 1987; 21:211-24.
3. Ramos LR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MCG e Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev de Saúde Publ 1993; 27:87-94.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças cardiovasculares no Brasil-SUS. Brasília 1993. 36 p.
5. Fernandes MGM, Gonçalves MCR, Gadelha CS, Andrade IA. Diagnóstico socioeconômico e de saúde em idosos. Rev Bras Ci Saúde 2002; 6:63-74.
6. Ramos LR, Miranda RD. Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. Rev Bras Hipertens 1999; 6:370-5.
7. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial III. HiperAtivo. Rev Bras Hipertens 1999; 6:67-106.
8. Sgambatti MS, Pierin AMG, Mion Júnior D. A medida da pressão arterial no idoso. Rev Bras Hipertens 2000; 7:65-70.
9. Abernethy DR, Andrawis N. Hipertensão no idoso. In: Calkins E, Ford AB, Katz PR eds. Geriatria prática. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p.483-90.

10. Krummel D. Nutrition in Hypertension. In: Mahan LK, Escott-Stump S, eds. Krause's Food nutrition Diet Therapy. United States of America: Saunders; 2002. p.558-95.
11. Awtry EH, Loscalzo J. Doença vascular e hipertensão. In: Andreoli TE ed. chefe, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J eds. Cecil Medicina Interna Básica. Philadelphia: ed. Guanabara Koogan; 2002. p.133-48.
12. VI Relatório do Joint National Committee. Prevenção, detecção, avaliação e tratamento da pressão arterial elevada. National Institutes of Health; 1997. 70 p.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDVS/NUTES; 1993. 232 p.
14. Organização Mundial de Saúde. Comitê de Especialistas em Controle de Hipertensão Arterial. Relatório do Comitê da OMS. Geneva 1996; (Série de informes técnicos N° 862)
15. Rocha AT, Kinchoku H, Coelho OR, Rocha JC. Manuseio nutricional na hipertensão. Rev Soc Cardiol 1997; 7:490-5.
16. Porto CC. Hipertensão arterial sistêmica-hábitos de vida e fatores correlatos. JBM 1999; 76:35-45.
17. Knapp HR. Aspectos nutricionales de la hipertensión. In: Ziegler EE, Filer JR eds. Conocimientos actuales sobre nutrición. Washington: OPS/ILSI; 1997. p.468-75.
18. Amodeo C, Heimann JC. Revisão atualização em hipertensão arterial: o fenômeno da sensibilidade ao sal. J Bras Nefrologia 1998; 20:68-73.

19. Netto MP, Ponte JR da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Netto MP ed. Gerontologia . São Paulo: Atheneu; 2000. p.3-12.
20. Neri AL, ed. A formação de recursos humanos em gerontologia: papel da pós-graduação. In: Anais do Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso 3, Encontro das Universidades 2; 2000, Recife, Brasil. p.5-16.
21. Liang BT. Redução do risco cardiovascular. In: Forclea MA, Laviazzo-Mourey R. Segredos em geriatria. Porto Alegre: Artmed 1998.
22. Nicola IP. Formação de recursos humanos para uma ação educativa gerontológica. Gerontologia 1999; 4:168-78.
23. Pierri H, Wajngarten M, Barreto ACP. Hipertensão arterial no idoso. HiperAtivo 1998; 3:19-27.
24. Franco RJS da, Habermann F. Revisão/Atualização em hipertensão arterial: hipertensão arterial na terceira idade—importância clínica, diagnóstico e tratamento. Jornal Bras. Nefrologia 1997; 1:84-8.
25. Duarte ALN, Nascimento ML. Condutas dietéticas. In: Netto MP ed. Gerontologia-a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2000. p.262-72.
26. Franken RA, Taddei CFG, Maia IG et al. Diretrizes do grupo de estudos em cardiogeriatría da Soc. Brasileira de Cardiologia. Arq Bras. Cardiol 2002; 79, (supl 1):1-45.
27. Dórea EL, Lotufo PA. Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. Rev Bras Hipertens 2001; 8:195-00.

28. Morigutti JC, Paiva CE, Marchini JS, Furtado Júnior DA, Matos FD, Ferriolli E. Systolic hypertension in elderly program e outros estudos clínicos em idosos. *Rev Bras Hipertens* 2001; 2:206-11.
29. Ramos LR, Santos FRG, Schoueri R, Cendoroglo MS, Martinez TLR. Doenças cardiovasculares no idoso: implicações clínicas dos dados epidemiológicos. *Rev Soc Cardiol* 1991; 3:3-12.
30. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. Prevention and treatment. *JAMA* 1996; 275-1571.
31. Mulrow CD, Brand MB. Hipertensão arterial no idoso. In: Gallo JJ, Whitehead JB, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB eds. *Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/; 1999. p. 99-08.
32. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25:305-13.
33. SHEP- Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the systolic hypertension in the elderly program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-64.
34. Taddei CFG, et al. Estudo Multicêntrico de Idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. *Arq Bras Cardiol* 1997; 69:327-33.

35. Ferreira C, Luna Filho B, Pinto ESAL et al. Estudo de prevenção de doenças cardiovasculares para servidores da Unifesp-2000 (Estudo PrevServ-UNIFESP-2000). Disponível em: <http://www.epm.br/medicina/cardio/ch/index.htm>
36. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo M, Garcia JT, Najas MS, Perracini M et al. Two-years follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil (EPIDOSO Project): methodology and preliminary results. Rev Saúde Públ 1998; 5:397-07.
37. Vasconcelos SML. Contribuição da dieta na manutenção de níveis pressóricos elevados em hipertensos usuários do Hospital Universitário [dissertação]. Maceió: Univ Federal de Alagoas- UFAL; 1997
38. Oparil S. Hipertensão arterial. In: Wyngaarden JB et al. Cecil – Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1993. p.258-74.
39. Bakrins G, et al. Role of vasopressin in essential hypertension: racial differences. Journal of Hypertension 1997; 5:545-50.
40. Reis NT, Cople CS dos. Nutrição clínica na hipertensão arterial. ed. Revinter(RJ); 1999.
41. Furtado MR & Martim JF. Hipertensão arterial na mulher: um caso especial. Arq Brasil Cardiol 1995; 2:141-4.
42. Magalhães LC. O fumo como fator de risco cardiovascular. Hipertensão 1998; 2:80-4.
43. Beevers DG, MacGregor GA. Hipertensão na prática. ed. Guanabara Koogan; 2000.
44. Bertolami MC. Hipertensão arterial e obesidade. HiperAtivo 1994; 3:44-50.
45. Nelson JK et al. Manual de dietas da Clínica Mayo. Mayo Medical Center USA 1994. p.625-43.

46. Schultz C. Doenças cardiovasculares-hipertensão. In: Manual de dietas da Clínica Mayo, Mosby-Year Books 1994. p.123-51.
47. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly vs adults. *N Engl J Med* 1997; 337:1705-14.
48. Stojiljkovic MP, Lopes HF, Zhang D, Morrow JD, Goodfriend TL, Egnon BM. Increasing plasma fatty acids elevates F₂-isoprostanes in humans implications for the cardiovascular risk factor cluster. *J Hipertens* 2002; 6:1215-21.
49. Ascherio A. et al. A prospective study of nutritional factors and hypertension among US men. *Circulation* 1992; 86:1475.
50. Neves NMS. Os elementos da dieta no tratamento da doença cardiovascular. In: *Nutrição e Doença Cardiovascular*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1997.
51. Zanella MT, Ferreira SRG, Ribeiro AB. Hipertensão arterial e diabete melito. *Hipertensão* 1998; 2:55-60.
52. Kohlmann Jr. Resistência à insulina e hipertensão arterial: relevância clínica. *Hipertensão* 1998; 2:50-4.
53. Gus M, Fuchs FD. Obesidade e hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 1995; 64:565-70.
54. Sabry MOD, Sampaio HAC, Silva MGC da. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. *Rev Nutr* 2002; 2:139-47.
55. Stevens J. Impact of age on association between weight and mortality. *Nut Rev* 2000; 5:129-37.
56. Euronut SENECA investigators. Nutritional status: anthropometry. *Eur J Clin Nutr* 1991; 45:31-42.

57. World Health Organization. Obesity-preventing and managing the global epidemic WHO offset publication, Section B—Establishing the true costs of the problem of overweight and obesity. Geneva 1997.
58. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin B. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA(org). Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.247-55.
59. Rudman & Cohan ME. Nutrição na terceira idade. In: Calkins E, Ford AB, Katz PR. Geriatria prática. Rio de Janeiro: Revinter 1997; p.19-33.
60. Organización Panamericana de la Salud. La obesidad en la pobreza: um nuevo reto para la salud pública – Washington DC: OPS, 2000. 132p. (Publicación Científica nº 576)
61. Ribeiro AB, Zanella MT. Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso. Rev Bras Hipertens 2000; 2:172-8.
62. Poehlmann ET. Nível de atividade física e controle de peso em idosos. In: Bouchard C ed. Atividade física e obesidade. São Paulo: Manole; 2003. p.303-20.
63. Cabrera ASM, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. Arq Bras Endocrinol Metab 2001; 5:494-501.
64. Stamler J. The Intersalt study: background, methods, findings and implications. Am J Nutr 1997; vol: 626S-642S.
65. Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: na international study of electrolyte excretion sodium and potassium excretion.Br Med J 1998; 297:319-28.

66. Santello JL. Sal e hipertensão arterial: o grande elo entre a evolução e a evidência. *J H A* 2002; 1:3-6.
67. Mancilha-Carvalho JJ, Souza e Silva NA. Os Yanomami no Intersalt. *Arq Bras Cardiol* 2003; 80:289-94
68. Poch E, Gonzalez D, Giner V, Bragulat E, Coca A, De la Sierra A. Molecular basis of salt sensitivity in human hypertension. Evaluation of renin-angiotensin-aldosterone system gene polymorphisms. *Hypertension* 2001; 5:120-9.
69. Sichieri R. Consumo de nutrientes. In: Rosely Sichieri ed. *Epidemiologia da obesidade*. Maceió: UERJ; 1998.p.89-106.
70. National High Blood Pressure Education Program Working (NHBPEP) Groups Report on Hypertension in the Elderly. *Hypertension* 1993; 23:275.
71. Olmos RD, Benseñor JM. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. *Rev Bras Hipertens* 2001; 2:221-4.
72. Sachs FM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001; 1:3-10.

2.2 – Segundo Artigo

Artigo Original

2.2.1 – Crenças em Saúde: Estudo preliminar com idosas

Enviado para a Revista Cadernos de Saúde Pública em
30 de março de 2006, para submissão ao parecer do
Conselho Editorial

ARTIGO ORIGINAL

CRENÇAS EM SAÚDE: ESTUDO PRELIMINAR COM IDOSAS
HEALTH BELIEFS : PRELIMINARY STUDY WITH ELDERLY PEOPLE
CRENÇAS EM SAÚDE: ESTUDO COM IDOSAS

Tânia Campos Fell Amado ⁽¹⁾

Ilma Kruze Grande de Arruda ⁽²⁾

Rogério Anderson Rodrigues Ferreira ⁽³⁾

⁽¹⁾ Professora Adjunto do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Doutoranda em Nutrição /UFPE.

⁽²⁾ Professora Adjunto do Departamento de Nutrição – UFPE. Doutora em Nutrição pela UFPE.

⁽³⁾ Nutricionista. Núcleo de Atenção ao Idoso – UFPE.

Endereço para correspondência:

Tânia Campos Fell Amado

Rua Dr. Sabino Pinho nº 210 aptº. 03 Madalena

Recife/ PE. CEP: 50610380 Telefone:81-21268470 Fax: 81-21268473

e-mail: [tania_nutricao@ yahoo.com.br](mailto:tania_nutricao@yahoo.com.br)

RESUMO

O modelo de crenças em saúde (MCS) destaca-se em pesquisa para entender o comportamento do indivíduo na área de saúde. O objetivo deste estudo foi identificar, em mulheres idosas, as crenças sobre comportamentos de saúde na prevenção de doenças e a percepção de benefícios e barreiras à sua realização. Estudo do tipo qualitativo realizado com 105 pacientes do sexo feminino, atendidas em ambulatório com idades entre 60 e 89 anos e escolaridade entre não alfabetizadas e nível superior. A aplicação do MCS permitiu identificar os benefícios e as barreiras sobre os comportamentos e as justificativas aos mesmos, em relação às pessoas de igual faixa etária, e em relação a elas próprias. Os resultados indicam que cerca de 98% a 100% identificaram como positivas as crenças referentes a todos os comportamentos seguidos por idosos da mesma faixa etária. Quando questionadas em relação ao seu comportamento, as respostas foram negativas para a atividade física, controlar o peso e evitar preocupações, com 58%, 43,8% e 33% respectivamente. As idosas perceberam mais benefícios que barreiras, destacando-se a preocupação com a saúde, como o mais mencionado.

Descritores: idoso, crenças, percepção, benefícios, barreiras.

ABSTRACT

The Health Beliefs Model (HBM) is an outstanding model in Health Research which aims to explain individual's behavior. This study aimed at identifying in elderly women, their beliefs about health related actions in preventing diseases and their perception of benefits and limits presented by such actions. A qualitative study was carried out with 105 female patients who were seen in the ambulatory, ageing between 60 and 89 and with education levels ranging between illiteracy and higher education. A questionnaire was administered, which allowed identification of beliefs and limits about health behaviors and the justification for them, concerning people of the same age and concerning themselves. The results indicated that 98% to 100% of women identified positively the beliefs related to all behaviors to be followed by elderly people of the same age. Nevertheless when questioned about their own behavior, the answers were negative to physical activity, weight control and avoiding preoccupations, with 58%, 43.8% and 33% respectively. The elderly women perceived more benefits than limits, with health concerns standing out as the most cited benefit.

Keywords: elderly, beliefs, perception, benefits, limits.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é hoje um fenômeno mundialmente comprovado. O número de idosos vem apresentando um crescimento elevado em relação aos demais grupos etários, sendo esse crescimento decorrente do aumento da expectativa de vida e da alta fecundidade, que prevaleceu no passado, em comparação à atual e à redução da mortalidade¹.

Atualmente, segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE² (2000) existem no Brasil cerca de 15 milhões de idosos. Projeções recentes indicam que o segmento com 60 anos e mais, poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira no ano de 2020^{1 2 3}.

O rápido e crescente aumento da proporção de idosos no Brasil contribuiu para que as pesquisas e estudos voltados para a terceira idade se tornassem mais comuns no país, no entanto, esses ainda são insuficientes⁴. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e alguns estudiosos do assunto recomendam tais práticas, buscando estabelecer entre outros aspectos, a descrição dos problemas e necessidades desse segmento populacional, com ênfase naqueles que influenciam o estado de saúde e o bem estar geral^{5 6 7}.

Entre os aspectos relacionados ao crescimento da população de idosos, destaca-se uma das grandes preocupações, qual seja, o aumento rápido da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), associadas ao

processo de envelhecimento e responsáveis por quase 60% das mortes em todo o mundo e por 45% da mortalidade global⁷.

Estima-se que 80% dos idosos tenham alguma doença crônica e 30% apresentem três ou mais doenças associadas^{8 9 10}.

A saúde e qualidade de vida estão na dependência de múltiplos fatores psicossociais, culturais e ambientais. O interrelacionamento dos mesmos predispõe, possibilita ou reforça comportamentos do indivíduo¹¹.

Alguns modelos teóricos de pesquisa vêm sendo desenvolvidos para entender o comportamento na área da saúde. Tentam explicar a adoção de comportamentos preventivos ao estabelecer relação entre o comportamento individual e algumas crenças individuais. Dentre esses, merece destaque o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) por sua ampla utilização em estudos nessa área¹².

A literatura refere o trabalho realizado por Dela Coleta (1995)¹³ que testou o MCS aplicado a comportamentos relacionados à prevenção e controle das doenças cardiovasculares, em uma amostra constituída por 237 indivíduos do sexo masculino, na faixa de 40 a 70 anos.

O MCS surgiu no início dos anos 50, desenvolvido por psicólogos sociais, no serviço de saúde pública dos Estados Unidos. Inicialmente foi proposto para explicar comportamentos preventivos e, posteriormente, foi adaptado a comportamentos de busca de diagnóstico e de cura para as doenças¹³.

Segundo Rosenstock¹⁴ (1982), o referido modelo é composto basicamente das quatro dimensões (variáveis) seguintes: *susceptibilidade percebida* – percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença;
severidade percebida – gravidade ou seriedade das conseqüências associadas com aquela doença (dor, morte, gasto material, etc.);
benefícios percebidos - referem-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas conseqüências positivas;
barreiras percebidas – constituem os aspectos negativos, percebidas como impeditivas para a tomada de ação (custo – benefício, dinheiro, esforço, aborrecimentos). Indivíduos que não se sentem vulneráveis à uma doença, não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas¹⁵.

Rosenstock propôs o MCS, para melhor apreensão dos fatores que influenciam a percepção das pessoas sobre as crenças, e para elaborar um planejamento mais efetivo dos cuidados voltados à manutenção ou obtenção da saúde¹⁴.

O estudo desenvolvido com um grupo de idosas teve como objetivo identificar as crenças sobre a prática de comportamentos de saúde na prevenção de doenças e a percepção sobre os benefícios e barreiras à sua realização.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e local de realização

Estudo qualitativo, desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço ambulatorial que integra o Programa do idoso (PROIDOSO), da PRÓ-REITORIA de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e está localizado no Campus Universitário. O NAI tem por finalidade prestar atendimento em saúde a pessoas idosas (60 anos e mais), com atuação multidisciplinar.

População de Estudo

Constituída por 127 pacientes do sexo feminino com 60 anos e mais, inscritas no NAI e atendidas em 1ª consulta geronto-clínica, no período de maio de 2004 a maio de 2005.

A amostra estudada correspondeu a 105 idosas, resultante das perdas ocorridas durante o desenvolvimento do estudo, incluindo o não preenchimento do questionário aplicado (10), o não retorno à unidade (07), doenças (04) e óbito (01).

Foram utilizados os dados sociodemográficos referentes à idade e escolaridade, obtidos do prontuário de atendimento.

Crêterios de inclusão

Para participa o no estudo, foram considerados os seguintes cr terios: idade mínima igual ou superior a 60 anos, estar inscrita no NAI no período do estudo, ter realizado uma avalia o geronto-clínica na unidade (1^a consulta), anterior   consulta de nutri o, e concordar em participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos de coleta

Para obten o dos dados, o estudo teve como base o “Questionário sobre Saúde” (“Pesquisa de opinião sobre questões de saúde”) utilizado por Dela Coleta¹³ (1995). A coleta foi realizada por ocasião da consulta de nutri o, com o preenchimento individual de um questionário utilizado como instrumento e que continha questões sobre comportamentos de saúde (crenças em saúde) recomendados para preven o de doenças (cardiovasculares e outras). Essas questões buscavam saber na opinião do indivíduo: (1) se cada comportamento deveria ser seguido por pessoas de sua idade e por que (justificativas), e (2) se ela própria o fazia, por que sim (benefícios percebidos) ou por que não (barreiras percebidas).

Quanto às justificativas das respostas aos “porquês”, foram agrupadas e tabuladas pela freq ncia de ocorrência.

Com relação às idosas não alfabetizadas, o entrevistador responsável fazia a leitura de cada questão, anotando as respostas exatamente como eram emitidas, sem qualquer interferência que pudesse influenciá-las, visando manter a uniformidade entre as respostas de todas as idosas.

O estudo foi dividido em 2 etapas: a primeira constando da análise de 35 questionários aplicados para levantamento das crenças relativas aos comportamentos de saúde a partir das respostas obtidas e as justificativas das mesmas. As análises foram realizadas por 02 nutricionistas (pesquisador e colaborador), 01 psicóloga (Mestre) e 01 analista de sistema (estes últimos não participantes do Estudo), para a construção e codificação das categorias de crenças. Foi adotado o critério de escolha de todas as crenças, considerando-se desta forma, que um indivíduo poderia emitir uma justificativa que se enquadraria em mais de uma categoria codificada pelo pesquisador.

Em uma segunda etapa, os demais questionários foram codificados tomando-se como parâmetro o resultado da primeira análise (35 quest.). Posteriormente foram identificados os benefícios e barreiras percebidos na emissão dos comportamentos.

As respostas que não se inseriam nas categorias sugeridas (*idiossincráticas*), foram denominadas como “outros”. Caso sugerissem algum padrão semântico, uma nova categoria era construída.

Análise dos dados

Para análise dos dados, agrupamos os conteúdos das justificativas das respostas em categorias para facilitar a codificação. A análise quantitativa por meio de frequência foi processada utilizando-se o Programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* for Windows versão 11.5.

O presente estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, atendendo às exigências da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Em relação aos dados sóciodemográficos da amostra (N= 105), a idade média foi de 69,2 anos, com variação de 60 a 89 anos, estando 62,9% na faixa etária de 60 a 69 anos. Quanto à escolaridade, 31,4% tinham o 1º grau incompleto, 43,8% eram não alfabetizadas e/ou alfabetizadas e 24,8% tinham entre o 1º grau completo até o 3º grau.

Podemos verificar quanto às crenças aos comportamentos de saúde (positivas e negativas), 98% a 100% das idosas estudadas referiram como sendo positivas para as pessoas de sua faixa etária, todas as crenças, notadamente: “comer comida com menos gordura”, “ter tempo para descansar e relaxar”, “não fumar/parar de fumar”, “evitar bebidas alcoólicas”, “medir a pressão arterial” e “tomar remédios receitados pelo médico quando doente”.

Com relação ao próprio comportamento (“você faz?”), foram dadas respostas negativas às crenças: “fazer exercícios várias vezes por semana” (58%), “controlar o peso” (43,8%) e “evitar preocupações” (35%), (Gráfico 1).

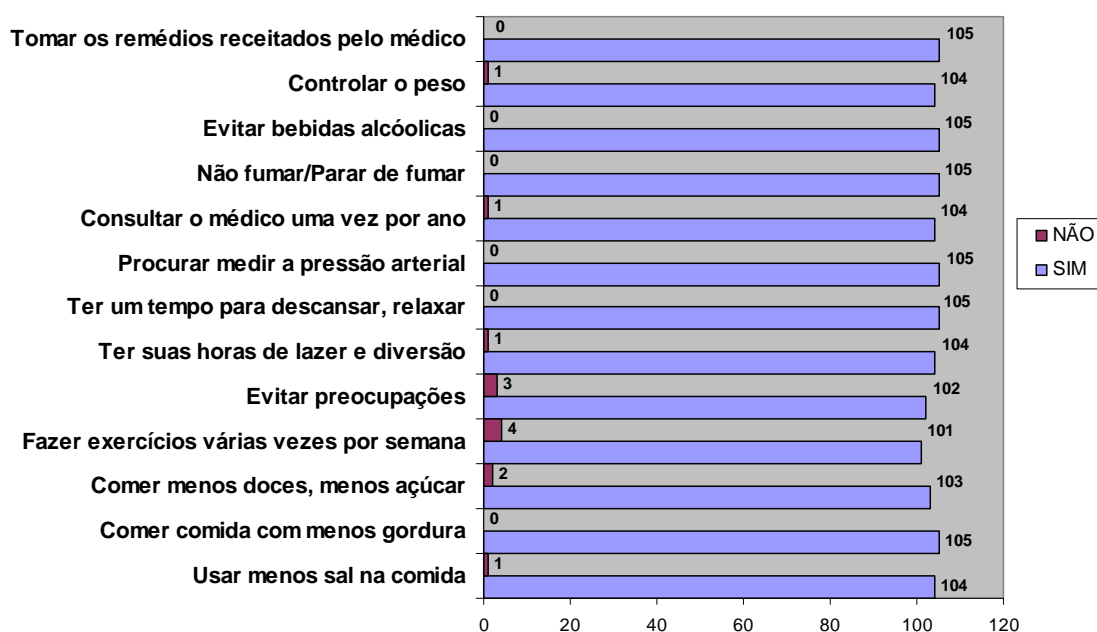


Figura 1 – Frequência relativa de crenças positivas e negativas aos comportamentos de saúde emitidos pelas idosas do Núcleo de Atenção ao Idoso, Recife/2005.

Quanto às justificativas ao comportamento “fazer dieta”, os indicadores abordados foram: restrição de sal (122 justificativas), restrição de gordura (121 justificativas) e de açúcar e/ou doce (117 justificativas). A Tabela 1 evidencia a maior frequência de justificativas para os indicadores: restrição de sal e restrição de doce/açúcar. Quanto à restrição de sal, 48% das justificativas das respostas referiram a preocupação com a pressão, para os idosos de mesma faixa etária e, quanto ao próprio indivíduo, 44% das justificativas mostraram a mesma preocupação. Para a restrição de açúcar/doce, 52% e 28% das

justificativas em relação aos idosos e ao próprio indivíduo respectivamente, apontaram a doença propriamente dita, ou seja, por causa da diabetes.

Tabela 1 – Frequência relativa das justificativas de idosas em referência ao comportamento Fazer dieta. Núcleo de Atenção ao Idoso, Recife/2005.

Indicador	Justificativa	N	%	você faz	N	%
1. Usar menos sal	Para não alterar a pressão	59	48	Por causa da saúde	27	23
	Por causa da saúde	48	39	Não gosto de sal	08	7
	Por causa da idade	11	9	Porque altera a pressão	52	44
	Manter o sabor	1	1	Aconselhamento profissional	05	4
	Não se deve	02	2	Manter o sabor da comida	04	3
	Outros	01	1	Por causa da idade	01	1
				Informações de terceiros	08	7
Hereditário				02	2	
Outros				10	9	
2. Comer menos doce/açúcar	Estética	06	5	Hereditariedade	07	6
	Por causa da diabetes	61	52	Por causa da idade	17	15
	Por causa da idade	06	5	Não gosto	13	11
	Por causa da saúde	23	20	Gosto de doce	09	8
	Aconselhamento	03	3	controle da glicose	12	10
	controle da glicose	14	12	Por causa do diabetes	31	28
	Não gosto	01	1	Estética	04	3
	Outros	03	3	Por causa da idade	03	3
Não tenho problemas				04	3	
Aconselhamento profissional				8	7	
Outros				7	6	

No comportamento “fazer dieta”, foi abordado ainda o indicador restrição de gordura, destacando-se com maior frequência (33%), as justificativas

referentes a alteração das taxas sanguíneas e por causa da saúde, e, com menor frequência (1%), a resposta, não gosto, em relação aos idosos. Quando questionadas em relação ao próprio comportamento, a maior frequência (35%) foi a preocupação com a saúde e a menor (1%), a preocupação com a idade.

Quanto ao comportamento nomeado como “atividade física”, podemos verificar que a frequência das justificativas das respostas estão demonstradas na Tabela 2, totalizando 113 justificativas. Tanto no que diz respeito à opinião das idosas em relação à faixa etária, quanto em relação a si próprias, a preocupação com a saúde apresentou maior frequência (58% e 21%, respectivamente).

Tabela 2 – Frequência relativa das justificativas de idosas em referência ao comportamento Atividade física. Núcleo de Atenção ao Idoso, Recife/2005.

Indicador	Justificativa	N	%	 você faz	N	%	
Exercícios várias vezes por semana	Faz bem para a articulação	17	15	Falta disposição	12	11	
	Por causa da saúde	67	58	Problemas de saúde impedem	22	20	
	Estética	04	4	Faz bem à saúde	24	21	
	Aconselhamento profissional	02	3	Para relaxar	01	1	
	Mais disposição e bem estar	05	4	Falta tempo/oportunidade	20	18	
	Controle das taxas sanguíneas	04	4	Estética	03	3	
	Por causa da idade	01	1	Faz bem, para a articulação	04	4	
	Outros		13	11	Mais disposição e bem estar	07	6
					Controle das taxas sanguíneas	05	5
					Aconselhamento profissional	03	3
				Outros	10	9	

Em relação ao comportamento denominado “combater o estresse”, os indicadores utilizados foram: evitar preocupações (114 justificativas), ter horas de lazer e diversão (110 justificativas) e ter um tempo para descansar e relaxar (122 justificativas). A Tabela 3 apresenta como indicadores de maior frequência

de justificativas: evitar preocupações e ter horas de lazer e diversão. Sob a ótica das idosas, evitar preocupações apresentou 48% das justificativas relacionadas à preocupação com a saúde, para idosos de mesma idade, enquanto que em termos de horas de lazer /diversão, 65% das justificativas referiram bem estar.

Tabela 3 – Frequência relativa das justificativas de idosas em referência ao comportamento Combater o estresse. Núcleo de Atenção ao Idoso, Recife/2005.

Indicador	Justificativa	N	%	você faz	N	%
1. Evitar preocupações	Traz problema com sistema nervoso	13	11	Não há como evitar	35	31
	Por causa da saúde	55	48	Bem estar	24	22
	Bem estar	22	19	Por causa da saúde	35	31
	Por causa da idade	12	10	Por causa da idade	04	4
	Não há como evitar	03	3	Estética	01	1
	Não é bom	04	4	Não tem preocupação	02	2
	Outros	05	4	Outros	10	1
2. Ter suas horas de lazer e diversão	Bem estar	72	65	Problemas impedem	07	6
	Por causa da idade	1	1	Por causa da saúde	08	7
	Por causa da saúde	18	16	Bem estar geral	39	35
	Permite interação com outras pessoas	02	2	Porque gosto	14	13
	Outros	17	15	Falta oportunidade	18	16
				Mudar a rotina	05	4
			Por causa da idade	01	1	
			Falta de interesse	04	4	
			Outros	14	13	

Ao se referirem ao indicador evitar preocupações em relação a si próprias, não há como evitar e por causa da saúde, corresponderam a maior freqüência das justificativas (31%), juntamente com a referência de bem - estar geral (35%), para as horas de lazer e diversão.

Ainda no comportamento “combater o estresse”, o indicador ter um tempo para descansar, relaxar, apresentou uma maior freqüência de justificativas (44%), referindo-se ao bem-estar e uma menor freqüência (2%), em relação a prolongar a vida e merecimento pelo que já fez, quando falavam dos idosos. Com relação à própria atitude, a maior freqüência de justificativas foi de 44% para bem-estar e quanto a menor, 1% por causa da idade.

Quanto aos comportamentos relacionados a alguns fatores responsáveis por uma melhor “qualidade de vida”, foram utilizados os seguintes indicadores: parar de fumar/não fumar (110 justificativas), evitar bebidas alcoólicas (115 justificativas) e manter o peso ideal (113 justificativas). A Tabela 4 evidencia a maior freqüência de justificativas para os indicadores não fumar/parar de fumar (82%) e evitar bebidas alcoólicas (76%). Observa-se que a preocupação com a saúde, ou melhor, ter saúde é um fator de grande importância para a terceira idade em termos de qualidade de vida. Os hábitos de fumar e de tomar bebidas alcoólicas, com justificativas de 52% e 60% respectivamente, não faziam parte da vida do grupo estudado.

Tabela 4 – Frequência relativa das justificativas de idosas em referência ao comportamento Qualidade de vida. Núcleo de Atenção ao Idoso, Recife/2005.

Indicador	Justificativa	N	%	você faz	N	%
1. Parar de fumar/não fumar	Por causa da saúde	90	82	Influência familiar	01	1
	Prejudica o pulmão	14	13	Por causa da saúde	21	18
	Prolongar a vida	02	02	Não fumo/não gosto	59	52
	Por causa da idade	01	1	Continuo fumando	05	4
	Outros	03	3	Parei de fumar	20	18
				Convicção religiosa	02	2
				outros	05	4
2. Evitar bebidas alcoólicas	Por causa da saúde	88	76	Bebo socialmente	10	9
	Prejudica o fígado	03	3	Nunca bebi/não gosto	66	60
	Prolongar a vida	01	1	Prolongar a vida	03	3
	Não trás benefícios	09	8	Por causa da saúde	22	20
	Por causa da idade	06	5	Outros	07	6
	Outros	04	3	Por causa da idade	02	2
	Evitar ficar viciado	02	2			
	Evitar perturbação mental	02	2			

Também foi abordado nesse comportamento, o indicador manter o peso ideal, apresentando uma maior frequência de justificativas (67%) em relação à preocupação com a saúde e menor frequência (2%) para a estética, quanto ao comportamento a ser observado pelos idosos. Quando relacionados à própria atitude, as justificativas emitidas com maior frequência (16%), não consigo emagrecer/engordar e menor frequência para a estética (3%).

Em relação ao comportamento “aspectos clínicos”, com os indicadores: procurar medir a pressão arterial (PA) de vez em quando (105 justificativas),

consultar o médico uma vez por ano (109 justificativas) e tomar remédios receitados pelo médico quando doente (111 justificativas), a maior frequência de justificativas foi relacionada ao controle da pressão (68%), conhecer o estado de saúde é necessário (61%) e para ficar curado. (43%) respectivamente, para os idosos de mesma faixa etária.

A menor frequência de justificativas apresentada foi 3% por causa da idade, para o indicador consultar o médico uma vez por ano e 1% remédio faz mal a saúde em relação ao indicador tomar os remédios receitados pelo médico.

Quando a questão se relacionava ao próprio comportamento, a maior frequência de justificativas emitidas para os indicadores foram, 51% para controle da pressão, 25% para conhecer o estado de saúde e 51% para ficar curado". Ocorrendo assim nos dois tipos de justificativas (pessoas e indivíduo).

Percepção dos benefícios aos comportamentos

Ao se referir à prática de usar menos sal, menos gordura e menos açúcar e/ou doce na comida, para as pessoas de sua faixa etária e para elas mesmas, a maioria das idosas percebeu como benefícios: *por causa da saúde, para não alterar a pressão, por causa da idade, aconselhamento profissional, informações de terceiros, hereditariedade, altera as taxas sanguíneas, prejudica o organismo, por causa da doença (diabetes) e controle da glicose.*

Sobre o comportamento “fazer exercícios várias vezes por semana”, os benefícios percebidos em relação à faixa etária e os indivíduos, foram: *por causa da saúde, faz bem às articulações, mais disposição e bem-estar, estética, controle das taxas sanguíneas e aconselhamento profissional.*

Vários benefícios foram percebidos quanto ao comportamento “combater o estresse”, tais como: *por causa da saúde, bem-estar geral, mudar a rotina e por causa da idade.*

Em relação ao comportamento referido como “qualidade de vida”, os benefícios percebidos em relação às pessoas idosas, e às justificativas emitidas em relação a elas mesmas, foram destacados: *por causa da saúde, prejudica o pulmão, não fumo/não gosto, parei de fumar, nunca bebi, não gosto, prejudica o fígado, não traz benefícios, por causa da idade, controle de peso, prejudica os movimentos, bem-estar e disposição, estética e estou no peso ideal.*

Percepção de barreiras aos comportamentos

Como percepção das barreiras, observamos que as mais freqüentemente apontadas pelas idosas (você faz?) com referência à “prática de atividade física”, foram: *problemas de saúde impedem (20%), falta tempo/oportunidade (18%), e falta disposição (11%).*

Sobre o comportamento “combater o estresse”, as barreiras mais referidas quanto ao “você faz?” foram respectivamente, *não há como evitar* 31%, *falta oportunidade* 16%.

Destacamos ainda a percepção de barreiras a respeito do próprio comportamento, quanto ao indicador manter o peso ideal: 16% *não consigo emagrecer/engordar*, 16% *por descuido* e 8% *falta de conhecimento*.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública, com impacto direto na prestação de serviços relacionados à mesma. Os idosos apresentam mais problemas de saúde, de longa duração, as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com importantes repercussões econômicas, destacando-se como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo^{16 17 21}.

Segundo a literatura o MCS entre outros modelos de pesquisa, vem sendo aplicado em vários trabalhos para entender o comportamento humano com relação ao processo saúde-doença^{12 18 14}.

No presente estudo o emprego do MCS apresentou algumas limitações, entre as quais destacamos principalmente, a insuficiência de estudos envolvendo comportamentos de saúde, estilo de vida e hábitos alimentares, escolaridade (19% não apresentaram escolaridade formal), além das dificuldades no trato

com pacientes idosos, com particularidades inerentes ao envelhecimento, como: impossibilidade de comparecer ao ambulatório, necessitando da companhia de terceiros, tratamento prolongado de doenças associadas à idade, necessidade de prestar assistência familiar; óbitos, entre outros.

Do ponto de vista da Saúde Pública, os mais importantes fatores de risco para as DCNT são o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a obesidade ou sobrepeso, a hipertensão e a dislipidemia¹⁹. Incluem-se ainda: vida sedentária, história familiar antes dos 65 anos (cardiopatia) e estresse. Esses fatores estão inseridos no estilo de vida adotado pela maioria dos indivíduos.

De acordo com Mahan²⁰ (2005), o uso de serviços preventivos, a eliminação dos fatores de risco e a adoção de comportamentos de estilo de vida saudáveis, constituem alguns dos principais determinantes para uma melhor qualidade de vida ao envelhecer.

“O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos de vida”^{8 21}.

A preocupação com o rápido crescimento da população de idosos tem levado Órgãos internacionais a buscarem meios de se alcançar um envelhecimento mais saudável, com melhor qualidade de vida^{22 23 7}.

O aumento da expectativa de vida se dá de forma diferenciada por gênero, sendo maior para as mulheres do que para os homens. Vários estudos enfatizam esse aspecto, mostrando que esta diferença explica em parte, a chamada feminização da velhice no Brasil^{6 3 19}. Apresentar maior sobrevida faz com que muitas mulheres idosas busquem assistência à saúde de forma sistemática e contínua ao longo da vida, justificando dessa forma a predominância das mesmas nos serviços de saúde, aspecto observado entre os usuários do NAI²⁴.

Em nosso estudo predominaram idosas na faixa de idade entre 60 e 69 anos e que, segundo Veras²⁵ (1994), são classificadas como idosas jovens corroborando com outros estudos, onde a maior frequência de indivíduos se concentra nessa mesma faixa etária²⁴.

Quanto à média de idade das idosas (69 anos), está compatível com a expectativa média de vida do brasileiro, que segundo dados do Censo de 2000² é de, 68,6 anos.

Em relação à escolaridade, observamos que 19,0% das idosas não tinham escolaridade formal (não alfabetizadas), sendo compatível com estudo realizado por Anderson⁵ (1998), sobre o perfil do idoso brasileiro. O referido estudo evidenciou que no Nordeste, aproximadamente 65 em cada 100 idosos, não sabiam ler ou escrever.

Marques²⁴ (2004), estudando o perfil sociodemográfico de idosas inscritas no NAI (100) refere que, “habitualmente nesse segmento mais envelhecido da população brasileira, as mulheres são maioria entre os idosos que não sabem ler ou escrever”.

Analisando os dados apresentados no estudo, podemos observar que as crenças identificadas pelas idosas como positivas para as pessoas da mesma faixa etária, compatibilizam-se com o estudo original de Dela Coleta¹³ (1995). Quanto às crenças positivas e negativas emitidas sobre elas mesmas, não houve concordância nas justificativas apresentadas, corroborando com o que foi evidenciado nesse mesmo estudo de base.

Em relação à percepção das conseqüências positivas e aspectos negativos, foram identificados mais benefícios que barreiras à prática dos comportamentos apresentados pelas pessoas de mesma idade, predominando sempre a preocupação com a saúde, notadamente com respeito à atividade física, evitar preocupações, com as taxas sanguíneas, com o controle da pressão arterial, com o bem-estar, conhecer o estado de saúde (médico), não fumar, evitar bebidas alcoólicas e manter o peso ideal.

As mais importantes barreiras apontadas pelas idosas (você faz?), para o indivíduo praticar atividade física foram: *a falta de tempo e oportunidade, problemas de saúde e falta disposição*. A primeira tem sido referida na literatura como indicador de barreira à prática desse comportamento¹⁹.

De acordo com Prado et al¹⁸ (2004), a falta de interesse ou comprometimento, ao invés da falta de tempo para realizar a atividade física, pode ser um fator predisponente a não adesão ou inatividade.

Quanto ao combate ao estresse, é provável que as barreiras referidas por algumas idosas como *falta oportunidade* para lazer/diversão, descanso e *não há como evitar*, para as preocupações, estejam relacionadas com situação sócio-econômica, responsabilidades familiares, ambiente familiar, entre outras causas.

As barreiras identificadas para *manter o peso ideal* retratam bem as dificuldades em seguir esse comportamento, uma vez que envolve vários fatores como a falta de conhecimento, força de vontade, hábitos alimentares não saudáveis, maior consumo de alimentos de grande densidade energética, ricos em gorduras e açúcares, não esquecendo a falta de atividade física, pelos motivos expostos anteriormente.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que as crenças identificadas a respeito dos comportamentos de saúde, evidenciaram total positividade em relação à sua prática por pessoas idosas; as idosas perceberam mais benefícios que barreiras, o que mostra a preocupação com a saúde principalmente em relação aos fatores de risco, concordando que para prevení-los, torna-se necessário mudar o estilo de vida e adquirir hábitos alimentares saudáveis.

O MCS segundo refere a literatura, apresenta-se como um instrumento conceitual de valor para compreensão de comportamentos relacionados à saúde, alternativa que merece a atenção de estudiosos que buscam atuar em pesquisa ou intervenção na área de saúde.

Diante dos resultados encontrados, futuros estudos e pesquisas devem ser realizados utilizando o MCS com as escalas *likert* e de medidas válidas para percepções de severidade, susceptibilidade, benefícios nos comportamentos de saúde e barreiras percebidas aos comportamentos de saúde, contribuindo para uma análise mais criteriosa do Modelo voltado para as questões de saúde, possibilitando a adoção de medidas que poderiam nortear as intervenções necessárias para uma assistência de melhor qualidade ao idoso.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, Elizabete Viana de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 58-71.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000.
3. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. 5-92.
4. Assis M de, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2004, 9 (3): 557-81.
5. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. *Textos Envelhecimento.*, Rio de Janeiro, 1998, (1): 7-22.
6. Berquó E. Algumas considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: *Anais do I Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*. Brasília: MPAS/SAS. 1996.
7. World Health Organization. The use of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO, 1984. (*Technical Reports Series*, 706).

8. Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira Psiquiatria* 2002; 24(1).
9. Lameu E, Buksman S, Hagemeyer V. Geriatria. In: *Clínica Nutricional* . Ed.Revinter, Rio de Janeiro: Revinter, 2005, 911-20.
10. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003; 19(3): 793-98.
11. Temporini ER, Armond JE. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34 (1): 9-14.
12. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 193-201.
13. Dela-Coleta MF. O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular [Tese] .Brasília (DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 1995.
14. Rosenstock IM. The Health belief model and nutrition education. *J Can Diet Assoc* 1982; 43(3): 184-92.

15. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Education Q* 1984; 11: 126-32.
16. Fernandes M da GM, Gonçalves M da C R, Gadelha CS, Andrade IA. Diagnóstico socioeconômico e de saúde em idosos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2002; 6 (1):63-74.
17. Nicola IP. Formação de recursos humanos para uma ação educativa gerontológica. *Gerontologia* 1999; 7(4): 168-78.
18. Prado MAS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Revista Latino-am Enfermagem*, 2004; 12(3): 494-502.
19. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências de mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004; 13(4): 217-28.
20. Mahan LK, Stump SE. *Alimentos, nutrição & dietoterapia*. São Paulo: Ed. Roca, 2005. 11^a Edição.

21. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública* 1987; 21(3): 211-24.
22. Lebrão ML & Laureti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8.(2):127-41.
23. Palloni A, Peláez M. SABE: *Survey on Health and Well-Being of Elders*: preliminary report Washington DC: Organizáccion Panamericana de la salud, 2002.
24. Marques AP de O. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. *Envelhecimento, sobrepeso em mulheres idosas e fatores associados*. Tese [Doutorado], Recife, 2004.
25. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro Relume-Dumará/UERJ, 1994.

2.3 – Terceiro Artigo Artigo Original

2.3.1 – Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife-PE/2005.

Enviado para a Revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición em 25 de julho de 2006, para submissão e apreciação do citado periódico.

**Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de
Atenção ao Idoso – NAI, Recife – PE/2005.**

Alimentary, nutritional and health aspects of elderly women in attendance at the Núcleo
de Atenção ao Idoso, Recife – PE/2005

Tânia Campos Fell Amado¹

Ilma Kruze Grande de Arruda²

Rogério Anderson Rodrigues Ferreira³

Endereço para correspondência:

Tânia Campos Fell Amado

Rua Dr. Sabino Pinho nº 210 aptº. 03 Madalena

Recife/ PE. CEP: 50610380 Telefone:81-21268470 Fax: 81-21268473

e-mail: tania_nutricao@yahoo.com.br

Título abreviado: Aspectos alimentares e nutricionais de idosas

Short title: Alimentary and nutritional aspects of elderly women

Autoria

⁽¹⁾ Professora Adjunto do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Doutoranda em Nutrição /UFPE. Revisão bibliográfica, coleta, codificação, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

⁽²⁾ Professora Adjunto do Departamento de Nutrição – UFPE. Doutora em Nutrição pela UFPE. Delineamento do estudo, assessoria na análise e interpretação dos dados, revisão crítica do texto e aprovação final da versão a ser publicada.

⁽³⁾ Nutricionista. Núcleo de Atenção ao Idoso – UFPE. Participação na coleta de dados, revisão bibliográfica e elaboração de gráficos e tabelas.

RESUMO

O envelhecimento populacional se apresenta atualmente como um fenômeno mundial. Este estudo teve como objetivo identificar aspectos alimentares, nutricionais e de saúde em idosas, considerando o consumo por grupos de alimentos e as recomendações sugeridas pelo Guia Alimentar da Pirâmide para idosos. Estudo transversal desenvolvido em 2005 com 106 idosas > 60 anos atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, da Universidade Federal de Pernambuco. Foram investigadas as variáveis clínicas e sócio-demográficas, estado nutricional pelo IMC (OMS e Lipschitz) e frequência de consumo por grupos de alimentos. Os resultados evidenciaram 38,7% de idosas com pré-obesidade (OMS) e 47,2% com excesso de peso (Lipschitz). Quanto à PA, 69% eram hipertensas e 31% normotensas. A média do IMC das idosas hipertensas e normotensas foi estatisticamente significativa ($p=0,027$). O grupo dos cereais e dos pães foram os mais consumidos todos os dias pelas idosas, 89% e 82% respectivamente. O grupo das leguminosas esteve presente na alimentação de 53% das idosas, as verduras 61%, e frutas, 66%. Em relação à ingestão de água, 51,9% referiram consumir 1 a 4 copos por dia. Houve correlação positiva entre IMC e as pressões sistólicas (PS) e diastólicas (PD) / $p<0,001$. Os níveis de PS e PD, não apresentaram correlação com o consumo de alimentos estudados. Os resultados indicam uma população com excesso de peso e com inadequado consumo alimentar o que reforça a necessidade de ações mais efetivas no controle e/ou prevenção, principalmente em idosos considerados jovens.

Palavras chaves: envelhecimento, obesidade, consumo alimentar.

ABSTRACT

The population aging process presents itself as a global phenomenon. The current study aimed at identifying the alimentary, nutritional and health aspects of elderly women, taking into consideration their consumption by food groups and the recommendations suggested by the Food Guide Pyramid for seniors. A transversal study was developed in 2005 with 106 elderly women aged above 60 years, who were in attendance at the Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, at the Universidade Federal de Pernambuco, Brazil. Clinical and sociodemographic variables were investigated, along with the nutritional state by the BMI (WHO and Lipschitz), and the frequency of food intake by food groups. Results evinced 38.7% of pre-obese women (WHO), and 47.2% of above weight women (Lipschitz). The blood pressure evaluation indicated that 69% were hypertense and 31% were normotense. The BMI mean difference between hypertense and normotense was statistically significant ($p = 0.027$). The food groups of cereals and breads were the most frequent, being consumed daily by the elderly women, 89% and 82% respectively. The leguminous group was present in the diet of 53% of the participants, the vegetables in 61%, and the fruits in 66%. In relation to the water intake, 51.9% reported to ingest 1 to 4 glasses per day. There was a positive correlation between the BMI and the systolic and diastolic pressure ($p < .001$). The studied food intake didn't present a correlation with the systolic or diastolic pressure. The results indicate an above weight population with inadequate food consumption, reinforcing the necessity of more effective actions towards diet control and/or prevention of obesity, especially in young elderly people.

Key-words: Ageing, obesity, food intake.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento das populações se apresenta atualmente como um fenômeno mundial. O Brasil, assim como os demais países latino-americanos, está passando por um rápido e intenso processo de crescimento da população de idosos decorrente do aumento da expectativa de vida, que está diretamente ligado à melhoria nos parâmetros de saúde, melhores condições sanitárias e maior acesso aos serviços de saúde (1,2,3).

As alterações corporais, funcionais e do estado nutricional, próprias do envelhecimento, os fatores como a pobreza, o analfabetismo, a cultura, a solidão, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e ainda o uso de inúmeros medicamentos com efeitos adversos, podem de forma direta ou indireta alterar a quantidade e qualidade de alimentos consumidos, comprometendo assim, o estado de saúde e a necessidade nutricional do indivíduo idoso (4,5,6,7).

O interesse pela nutrição desse segmento populacional, tornou-se maior devido ao grande aumento desse grupo etário na população em geral e suas implicações nos cuidados com a saúde (8). A nutrição, a saúde e o envelhecimento estão relacionados entre si, logo, a manutenção de um estado nutricional adequado e a alimentação equilibrada, estão associados a uma vida mais saudável (9).

Desta forma, a utilização de medidas antropométricas simples, como peso e estatura para diagnóstico do estado nutricional e a aplicação de questionários de consumo alimentar empregados na pesquisa populacional, constituem meios para se conhecer o

perfil de alimentação e nutrição do idoso. O Índice de Massa Corporal (IMC), conhecido usualmente como índice de Quételet é um dos indicadores antropométricos mais simples e mais utilizados em pesquisas com idosos (8,10).

É importante ressaltar que, a variação na prevalência de sobrepeso e na de baixo peso na população idosa demonstrada em alguns estudos, deve-se à utilização de diferentes pontos de corte, os quais na sua maioria são os mesmos utilizados para adultos, não sendo específicos para idosos (11,12,13).

O perfil nutricional dos idosos brasileiros, descrito a partir dos dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN/1989, mostrou uma prevalência geral de sobrepeso o que vem sendo demonstrado em diferentes estudos, onde a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade predominam sobre os indivíduos eutróficos (5,11,14,15).

O excesso de peso corporal e a obesidade levam a ocorrência de distúrbios das condições de saúde, além de aumentar o risco de doenças de grande morbi-mortalidade como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias doenças cardiovasculares e câncer. (16,17,18,19)

De fato, o estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias (gorduras, principalmente as de origem animal, açúcar e alimentos refinados) em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade energética como as frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos (20).

A mudança no consumo alimentar além de contribuir para o aumento expressivo da obesidade e mesmo sua coexistência com o baixo peso constitui um dos fatores mais importantes para explicar o aumento da carga das DCNT, principalmente na maioria dos países em desenvolvimento e vem se constituindo como risco para a saúde dos idosos (21,22,23).

Tendo em vista a vulnerabilidade das pessoas idosas no âmbito nutricional, foi desenvolvido um modelo adaptado ao Guia Alimentar original, com ênfase em alguns princípios básicos para a alimentação desse segmento e suas peculiaridades fisiológicas. Mesmo assim, o consumo alimentar em pessoas idosas constitui um tema ainda pouco investigado (24,25).

Visando contribuir com subsídios para uma adequada orientação nutricional à clientela estudada, este trabalho teve como objetivo, identificar aspectos alimentares, nutricionais e de saúde em idosas atendidas no NAI, considerando a ingestão por grupos de alimentos e as recomendações e/ou modificações sugeridas pelo Guia Alimentar da Pirâmide para idosos.

METODOLOGIA

Estudo transversal desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE, unidade ambulatorial que se destina ao atendimento em saúde de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, consideradas idosas segundo a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94 – art.2º (26)

A amostra foi constituída por 106 pacientes do sexo feminino, que ingressaram na unidade para primeira consulta, no período de maio/2004 a maio/2005.

Como critérios para a participação no estudo foram considerados: idade igual ou superior a 60 anos, estar inscrita no NAI no período do estudo, ter realizado uma avaliação geronto-clínica (1ª consulta), anterior à consulta de nutrição, não apresentar comprometimento de preservação da memória, conforme avaliação médica e concordar em participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram investigadas as seguintes variáveis clínicas: pressão arterial, uso de medicamentos e constipação intestinal, além das variáveis sociodemográficas: idade (distribuída em grupos: 60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 anos e mais), escolaridade (não alfabetizado, alfabetizado, 1º grau incompleto, 1º completo, 2º grau incompleto, 2º completo, 3º grau) e situação conjugal (solteira, casada, viúva, separada/divorciada). Com exceção da constipação intestinal referida durante a consulta de nutrição, as demais variáveis foram transcritas do prontuário das pacientes. Foram ainda estudados:

o estado nutricional, consumo por grupos de alimentos e o número de refeições e lanches realizados.

Para obtenção dos dados utilizou-se um questionário constituído de perguntas sobre consumo alimentar semanal elaborado com os grupos de alimentos representados por: leite e derivados; carnes/ovos; vísceras; embutidos; verduras; frutas/sucos naturais; cereais; leguminosas; gorduras; doces/bolos/balas; pães/bolachas e biscoitos/preparação com milho; raízes, tubérculos e banana comprida; salgados (pipoca, pipos, coxinha empada, pastel) e bebidas não alcoólicas.

Além do consumo também foram pesquisadas as questões referentes ao uso de mais sal na comida servida, troca de almoço e/ou jantar por lanches, ingestão de água/dia e consumo de bebidas alcoólicas. Foi questionado ainda, se as idosas haviam recebido orientação nutricional por médico e/ou nutricionista.

Em relação ao estado nutricional, foram consideradas as medidas antropométricas peso e altura, obtidos na consulta de nutrição pelo pesquisador principal e por um colaborador nutricionista do NAI. Para aferição do peso foi utilizada balança FILIZOLA modelo, com capacidade de 150 Kg e precisão de 100 gramas. As idosas foram pesadas trajando roupas leves e sem sapatos. A altura foi medida utilizando-se um antropômetro vertical fixo à balança, com a idosa descalça, de costas para o seu marcador, com os pés unidos, braços estendidos ao longo do corpo e olhar fixo na altura da linha do horizonte.

O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal de Quételet (peso/altura²), e como critério de classificação, as recomendações da OMS (16) e a utilizada por Lipschitz (27).

A PA foi classificada utilizando-se os critérios das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (28). Dessa maneira, foram considerados hipertensos aqueles que apresentaram uma PA persistentemente alta, definida como Pressão arterial sistólica (PAS) = ou > 140 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica (PAD) = ou > 90 mmHg.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa Statistical Package for Social Sciences - SPSS for Windows, versão 13.1 (SPSS Inc., Chicago, IL). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis PAS e PAD tiveram distribuição não Gaussiana e foram descritas sob a forma de mediana e seus intervalos interquartílicos. Utilizou-se o teste “t” de *student* para comparação das médias com variáveis de distribuição normal e, nas variáveis cujo critério de normalidade e/ou homocedasticidade não foi atingido, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney; os dados também foram submetidos à análise pela correlação de Spearman. Foi utilizado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese nula.

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, atendendo as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Das 106 idosas entrevistadas, a média de idade foi de 69,2 anos. Em relação aos dados sócio-demográficos, a idade variou de 60 a 88 anos, com 59,43% na faixa etária de 60 a 69 anos, 31,14% de 70 a 79 anos e apenas 9,4% entre 80 e 88 anos. O IMC médio encontrado foi 27,7 Kg/m². Quanto à escolaridade, apenas 31,4% tinham até o 1º grau incompleto, 43,8% não possuíam escolaridade formal e 24,8% tinham do 1º grau completo até o 3º grau. O estado civil predominante foi o da viuvez, com 34,9% do total da amostra.

O comportamento da amostra em relação ao IMC, utilizando-se as classificações da OMS e de Lipschitz sugere uma mesma tendência, considerando-se os respectivos pontos de corte. Vale ressaltar que o percentual de baixo peso pela OMS apresenta-se bastante reduzido enquanto por Lipschitz corresponde a 12,3%. Já em relação ao ganho de peso, observa-se que o percentual de excesso de peso encontrado (47,2%) de acordo com Lipschitz, é quase duas vezes maior do que quando se considera a classificação de obesos pela OMS (26,4%) (Tabela 1).

Tabela 1
Distribuição percentual do Estado Nutricional (IMC) de acordo com a classificação da OMS e Lipschitz de idosas do Núcleo de Atenção ao Idoso. Recife, 2005. (N=106)

FAIXA ETÁRIA (anos)	OMS*								LIPSCHITZ**					
	B. P†		Eutrofia		P.Ob‡.		Obesidade		Magreza		Eutrofia		Ex. P††	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60 – 69	0	0	19	30,2	24	38,1	20	31,7	5	7,9	27	42,9	31	49,2
70 – 79	2	6,1	13	39,4	13	39,4	5	15,2	7	21,2	13	39,4	13	39,4
80 e +	0	0	3	30,0	4	40,0	3	30,0	1	10,0	3	30,0	6	60,0
TOTAL	2	1,9	35	33,0	41	38,7	28	26,4	13	12,3	43	40,6	50	47,2

* OMS, 1998.

** LIPSCHITZ, 1994.

† Baixo peso

‡ Pré-obesidade

†† Excesso de peso

De acordo com a classificação da OMS, observou-se: maior ocorrência (39,4%) de pré-obesidade na faixa de 70-79 anos, excluindo-se as mais idosas (80 e +) e quanto a obesidade, a ocorrência foi de 31,7%, entre idosas consideradas jovens (60-69 anos). Com relação à classificação por Lipschitz, excluindo-se a faixa etária de 80 e mais, o excesso de peso apresentou-se com maior percentual, 49,2% na faixa de 60-69 anos.

Com relação às características clínicas da amostra, de acordo com a classificação da hipertensão pelas IV Diretrizes Brasileiras, 31% das idosas apresentavam PA normal e 69% apresentavam valores alterados para PAS > 140 mmHg ou PAD > 90 mmHg, enquanto 22,6% foram classificadas como HSI. Em relação à constipação intestinal referida, 35,8% das idosas apresentavam o problema e 79,2% faziam uso de um ou mais medicamentos.

Analisando os dados da tabela 2, verifica-se que a média do IMC para as idosas hipertensas foi de 28,7 Kg/m², enquanto que em relação à idade, as hipertensas apresentaram uma média de 69,7 anos. Esses resultados evidenciam que a diferença entre a média do IMC nos dois grupos, foi estatisticamente significativa ($p = 0,027$). Em relação à da idade houve similaridade entre os dois grupos ($p = 0,203$).

Tabela 2

Distribuição do Índice de Massa Corporal e da Idade na condição de Hipertensão Arterial em idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso. Recife, 2005.

Variáveis	Hipertensão Arterial		p-valor (*)
	Hipertenso	Normotenso	
	Média ± D.P.	Média ± D.P.	
IMC	28,7 ± 7,6	25,5 ± 4,4	0,027
Idade	69,7 ± 6,6	68,0 ± 6,2	0,203

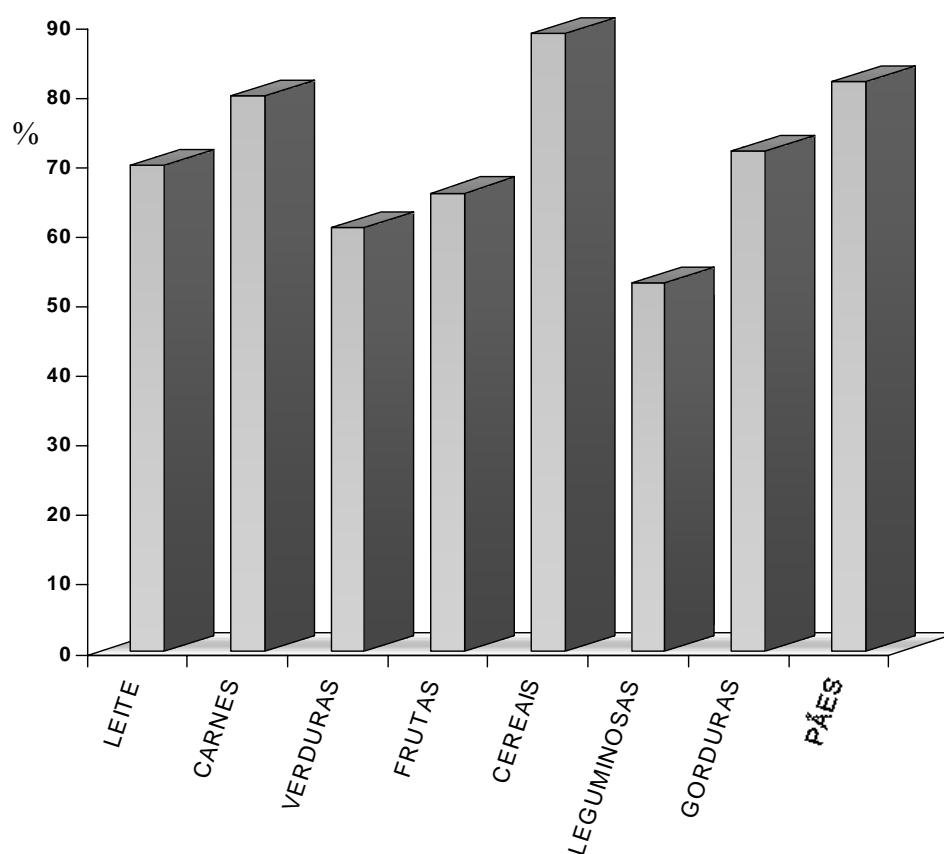
(*) teste *t-student*

DP – desvio padrão

A figura 1 apresenta os 08 grupos de alimentos mais consumidos diariamente pelas idosas durante a semana. Destacam-se como de menor consumo os grupos de leguminosas (53%), de verduras (61%), e de frutas (66%). Quanto aos mais consumidos, citam-se o grupo de pães e cereais 82% e 89%, respectivamente. Os resultados aqui apresentados mostram um consumo mais elevado de alimentos com maior densidade energética em detrimento daqueles de baixa densidade em energia, porém mais nutritivos.

FIGURA 1

Frequência diária de alimentos consumidos por idosas cadastradas no NAI, Recife, 2005



A tabela 3 demonstra o consumo de frutas, verduras, cereais e pães pela população estudada em relação aos níveis pressóricos de PAS e PAD. Não mostraram relação com o consumo de alimentos dos grupos estudados.

Tabela 3

Distribuição dos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, segundo o consumo de frutas, verduras, pães e cereais, de idosas do Núcleo de Atenção ao Idoso. Recife, 2005.

Consumo Alimentar	N	PAS†				p**	n	PAD‡			
		Mediana	P* ₂₅	P* ₇₅				Mediana	P* ₂₅	P* ₇₅	p**
Verdura											
≤ 3 vez	30	140	120	160	0,442	30	80	80	90	0,300	
> 3 vezes	76	130	130	150		76	80	80	90		
Fruta											
≤ 3 vez	19	140	130	160	0,251	19	80	80	90	0,883	
> 3 vezes	87	130	120	150		87	80	80	90		
Cereais											
≤ 3 vez	6	135	120	140	0,542	6	80	77,5	80	0,073	
> 3 vezes	100	135	120	150		100	80	80	90		
Pães											
≤ 3 vez	7	130	130	140	0,676	7	80	75	90	0,294	
> 3 vezes	99	140	120	150		99	80	80	90		

*percentil

**Mann-Whitney

† Pressão Arterial Sistólica

‡ Pressão Arterial Diastólica

Considerando-se os graus de correlação observados na tabela 4, os valores de IMC,

PAS, PAD, apresentaram correlação positiva significativa.

Tabela 4

Coefficiente de correlação (*rho*) entre as variáveis biológica, nutricional e clínicas, de idosas atendidas no NAI - Recife, 2005.

	Idade	IMC†	PAS‡	PAD ††
Idade	-	-0,136	0,089	-0,093
IMC	-0,136	-	0,279**	0,269**
PAS	0,089	0,279**	-	0,507**
PAD	-0,093	0,269**	0,507**	-

Correlação de Spearman (*rho*) **p<0,001

†IMC; Índice de Massa Corporal.

‡PAS; Pressão Arterial Sistólica.

††PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Quanto ao número de refeições, 87,7% das idosas realizavam três refeições diárias, incluindo desjejum, almoço e jantar, quanto aos lanches, 43,4% tomavam dois nos intervalos das refeições. Com referência a ingestão de água, 62% das idosas informaram consumir entre um a quatro copos por dia e 34,0% consumiam 8 ou mais copos, de acordo com as recomendações propostas na pirâmide alimentar modificada para a população idosa.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, vale destacar que 79,2% das idosas referiram nunca ter feito uso de qualquer bebida com teor alcoólico e cerca de metade da amostra 50,9%, relatou o não consumo de bebidas do tipo sucos industrializados, refrigerantes, toddynho, dentre outros.

O costume de trocar o almoço ou jantar por lanches não era hábito de 85,8% das idosas. Em relação ao sal, 94,3% referiram o não costume de colocar mais sal na comida servida em seu prato e apenas 5,7% informou fazer uso desse hábito. Quando questionadas se receberam orientação nutricional, 54,7% responderam positivamente e dentre essas, 86,2% afirmaram que receberam orientação do profissional nutricionista.

DISCUSSÃO

Cuidar da saúde do idoso não consiste apenas em um tratamento eficiente de suas enfermidades, mas, inclui também a prevenção daquelas que resultam de carências e/ou deficiências nutricionais. Portanto, uma orientação nutricional adequada é eficaz para prolongar a vida e dar qualidade à mesma. Nesse contexto há maior necessidade em aprofundar a compreensão sobre o papel da nutrição na promoção da saúde dos idosos (29,30).

Estudos epidemiológicos retratando a população idosa se confrontam com algumas limitações, como: poucas investigações no campo da alimentação e nutrição, dificuldades no lidar com pacientes idosos, considerando certas particularidades individuais inerentes ao envelhecimento, entre as quais, enfermidades associadas à idade, dependência de terceiros para acompanhá-los à consulta, necessidade de apoio a familiares, mudança de endereço para locais distantes e óbitos (11,15,30).

A média de idade das participantes está próxima à expectativa média de vida do brasileiro, segundo dados do Censo de 2000, que é de aproximadamente 70 anos (31). Com relação ao gênero, a literatura refere uma maior longevidade feminina, o que explica a predominância de mulheres na busca de uma assistência sistemática e contínua à saúde. Essa diferença explica em parte, um dos fenômenos típicos em todo o mundo, ou seja, a chamada feminização da velhice, (32,33,34,35).

A forte representação das mulheres entre os idosos vem sendo atribuída a diversos fatores, entre os quais o Ministério da Saúde (36), destaca: maior proteção cardiovascular realizada pelos hormônios femininos; menor exposição a riscos relativos a acidentes de trabalho e de trânsito; menor índice de mortalidade por causas externas; imunidade superior em relação aos fatores biológicos (imunidade superior); maior preocupação e atenção aos problemas de saúde e à prevenção de doenças, além de melhor assistência gineco-obstétrica (32,37,38,39).

Ainda com relação à faixa etária, a população estudada apresentou em sua maioria, idosas consideradas jovens de acordo com Veras (40), com idade entre 60 a 69 anos, constituindo um achado comum em outros estudos (37,41,42).

Quanto à escolaridade, os resultados foram compatíveis com o perfil do idoso brasileiro na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição- PNSN, em que as mulheres são maioria entre os idosos que não sabem ler ou escrever (11,38,42). Berquó (43) assinala a predominância desse perfil de escolaridade entre os idosos de maneira geral. Segundo alguns autores a escolaridade é um importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se às possibilidades de acesso à renda, a utilização dos serviços de saúde e adesão aos programas educacionais e sanitários (44,45).

Em relação à situação conjugal, observa-se percentual considerável da condição de viuvez, situação comumente encontrada na maioria das mulheres idosas brasileiras e determinada pela maior longevidade das mesmas, o que contribui para a existência de

um quantitativo significativo de mulheres vivendo sozinhas, principalmente nas idades mais avançadas (40,43).

Quanto a HAS, observou-se que os casos referidos extrapolam a ocorrência desse quadro em pessoas acima de 60 anos e que segundo alguns pesquisadores está em torno de 65%. Vale salientar que o referido valor poderia ser supostamente maior, considerando-se que algumas idosas faziam uso de antihipertensivos (eficazes, porém de alto custo, alguns com efeitos colaterais, levando ao abandono do tratamento). Esses achados ratificam os resultados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) sobre a prevalência de hipertensão, de 1988 a 1991 que aumentou mais de seis vezes, a partir da sexta década (46,47,48,49).

A Hipertensão Sistólica Isolada (HSI) é típica dos idosos e afeta mais de dois terços de todos os indivíduos com HAS com idade entre 65 e 89 anos (50). Consiste na elevação somente da PAS, com manutenção de níveis normais de PAD. Medidas de prevenção devem ser tomadas, agindo sobre os fatores de risco, desde idades mais jovens, assim como instituir tratamento farmacológico adequado assim que a doença for detectada (51).

Os resultados encontrados para o uso de medicamentos pelas idosas mostraram um percentual elevado, 79,2%. Sabe-se que os idosos em geral têm por hábito fazer uso de, em média, 2 ou mais medicamentos. O uso de múltiplos produtos, prescrição inadequada e a utilização de dois ou mais fármacos com a mesma atividade

farmacológica, favorecem o aumento de efeitos adversos e interações que interferem na digestão, absorção e metabolismo de nutrientes.(52)

Nesse estudo verifica-se que a média do IMC da população classifica-se como pré-obesidade segundo a OMS, sendo concordante com a classificação de Lipschitz para excesso de peso. O número reduzido de idosas com baixo peso (n=2) em relação às idosas com pré-obesidade e obesidade, ratificam os resultados do estudo de Marques et al, (53) com 188 idosas, realizado em 2004 neste mesmo local, verificou que 25,6% eram obesas. A maior frequência de sobrepeso/obesidade na amostra estudada foi observado também por Santos e Sichieri (54) na Pesquisa de Saúde e Nutrição no Município do Rio de Janeiro, desenvolvido entre 1995/96 estudando 419 idosas (60 e +) em que cerca de 54,6% delas apresentaram o $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$.

Resultados semelhantes a esse estudo foram encontrados por Lolio et al. (55), no estado de São Paulo, que observaram uma prevalência de sobrepeso (40%) e obesidade (22,2%) em mulheres com idade entre 65 e 74 anos superior à do sexo masculino.

O IMC apesar de constituir-se uma técnica simples e de grande utilidade, quando empregada na avaliação do estado nutricional de idosos, apresenta limitações como qualquer outro indicador antropométrico. A essas limitações, somam-se as mudanças que ocorrem na composição corporal com o envelhecimento, tais como, perda de massa magra, aumento da gordura corpórea, modificações na curvatura da coluna vertebral com implicações na redução da estatura, entre outras, que têm conseqüências quando o

IMC é aplicado referente a validade/poder preditivo às medidas antropométricas tradicionais (56,57).

Segundo referência, ainda não foi estabelecida uma definição clara dos limites de corte de IMC para classificar o estado nutricional do idoso. Apesar da OMS sugerir a utilização dos pontos de corte propostos para adultos jovens, porém, essas são utilizadas sem considerar as alterações na distribuição de gordura e outras mudanças que ocorrem com o envelhecimento (58).

Deve-se ter a preocupação de adequar os mesmos pontos, que reflitam os menores riscos para a saúde do indivíduo idoso. Supõe-se que valores superiores sejam mais adequados, já que o idoso necessita de uma reserva maior para prevenção de desnutrição.

Lipschitz (27) propôs uma classificação que considera as modificações na composição corporal do indivíduo idoso e recomenda como pontos de corte para baixo peso e sobrepeso, respectivamente, IMC abaixo de 22Kg/m^2 e acima de 27kg/m^2 .

Os dados encontrados nesse estudo e em outros referidos na literatura, preocupam todos os pesquisadores, já que a obesidade, tanto em indivíduos adultos, mais ainda em crianças e adolescentes e nos idosos, pela influência adversa que exerce em relação à pressão arterial, metabolismo da glicose e lipídeos sanguíneos, podendo levar ao aparecimento de desordens crônicas nas diversas fases da vida (59,60).

O aumento significativo da prevalência de pré-obesidade e obesidade e o registro de um declínio da desnutrição constituem características marcantes da transição nutricional brasileira referidos por Popkins (20) em 2001, ou seja, alterações nos padrões nutricionais como conseqüência de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos, associadas às mudanças econômicas, sociais e demográficas relacionadas à saúde.

O consumo semanal de leguminosas verificado neste estudo assemelha-se ao relatado por Frank (61) em 1996, sobre o consumo dietético de 68 idosas do Programa de Reabilitação Cardíaca, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que verificou baixa ingestão tanto para as leguminosas como para as hortaliças. Sabe-se que, a utilização insuficiente desses alimentos acarreta prejuízos nutricionais para o organismo, pois diminui o aporte de proteínas de boa qualidade, fibras, vitaminas e minerais.

Vale salientar que o consumo inadequado desses alimentos pode agravar e/ou propiciar sintomas clínicos da constipação intestinal, quadro este comum nos idosos e observado neste estudo, onde cerca de 36% das idosas referiram apresentar este problema. Sabe-se que outros fatores devem ser considerados em relação à constipação intestinal.

Quanto às verduras e frutas, o consumo semanal pelas idosas não foi satisfatório, embora pouco mais da metade, 61% e 66% respectivamente, consumissem esses grupos de alimentos todos os dias. Esses resultados ratificam aqueles encontrados por Frank e também os referidos por Marques et al., em seus estudos sobre consumo alimentar de mulheres idosas com sobrepeso, assistidas em unidade ambulatorial, no qual verificaram

reduzida participação de alimentos desse grupo, preocupação existente, tendo em vista o reconhecimento do fator de proteção exercido por elas às ocorrências das doenças cardiovasculares.(53,61,62).

Apesar da referência pela literatura sobre a importância do consumo de frutas e verduras como fator de proteção (62) para problemas cardiovasculares, em nosso estudo, o consumo não apresentou correlação quanto aos níveis pressóricos (PAS e PAD), o que pode ter sido motivado pelo modelo de questionário aplicado, o que limitava em termos quantitativo e qualitativo o consumo alimentar da população estudada. O mesmo resultado foi observado em relação ao consumo de cereais e pães.

O Guia da Pirâmide para o idoso destaca a importância do consumo do grupo dos vegetais frutas e verduras, enfatizando-se aquelas fortemente coloridas, frescas, congeladas ou enlatadas por serem fontes ricas de vitaminas, minerais e fibras. Os vegetais crucíferos como brócolis, repolho, couve entre outros, também contribuem com fitoquímicos com propriedades antioxidantes tais como os flavonóides e os isotiocianatos, alguns com propriedades antioxidantes (25,62).

Evidências indicam que dietas ricas em leguminosas, verduras e frutas estão associadas à proteção contra doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (pulmão, cólon, esôfago e estômago). Embora não estejam totalmente esclarecidos os mecanismos em relação a esta associação, sabe-se que essas dietas além de fontes de excelente valor nutricional são usualmente pobres em gordura saturada (63).

O consumo semanal dos grupos cereais e pães observados neste estudo foram os mais referidos, constituindo presença freqüente na alimentação das idosas. Esses resultados ratificam os de outros autores como os de Marucci (63) em 1992, em estudo sobre consumo de alimentos energéticos em 308 idosos do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde identificou os cereais e derivados (pães e arroz) como os mais referidos e o estudo de Najas (1988/1989), com uma amostra de 283 idosos, dos quais 54% do sexo feminino que identificou o arroz e o pão, como os mais consumidos diariamente por elas. Observaram ainda, que havia uma tendência de redução no consumo do pão nos níveis socioeconômicos mais baixos.(56,63)

Schlenker (64) em 1994 refere que, a ingestão de carboidratos aumenta com a idade, já que provém de alimentos de baixo custo e mais populares entre os idosos que apresentam problemas mastigatórios, como é o caso de pães e cereais. Desta forma, a ingestão de alimentos fonte de carboidratos complexos como cereais, arroz, macarrão, pães e algumas hortaliças são importantes carreadores de vitamina do complexo B, imprescindíveis ao funcionamento do metabolismo energético de certos minerais e de fibras alimentares. É necessário então, que esses alimentos devam constar na alimentação dos idosos, porém de uma forma equilibrada e ajustada.

Analisando-se os resultados da ingestão de água, observou-se que uma grande maioria de idosas apresentaram um consumo entre um a quatro copos diários, enquanto apenas 34% consumiram 8 copos. Esse resultado difere do que foi observado por Marques et

al., ao avaliarem o consumo alimentar de 100 idosas nesse mesmo local, no ano 2002, verificando que apenas 11% referiram consumir 8 ou mais copos de água por dia.(53).

Vale considerar que, embora não seja denominada como nutriente, a água é muito importante na saúde dos idosos. O estado de hidratação pode ser muito influenciado por fatores como, o próprio processo de envelhecimento, quantidade de atividade física, medicação, função renal e mecanismos homeostáticos, como redução na sensação de sede e também como fator contribuinte na constipação (29).

Desta forma, para pessoas de idade, a água representa uma verdadeira necessidade e segundo a RDA, devem ser tomados cerca de 1,5 a 2 litros de líquidos, dos quais 8 copos de água diários são indicados pela recomendação do Guia (25). Portanto, atenção especial deve ser dada a pessoas idosas no sentido de estimular o aumento do consumo de água, mesmo que elas não sintam sede.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a grande maioria das idosas deste estudo referiram nunca ter feito uso desse hábito. Embora seja aconselhado o uso moderado de bebida alcoólica como o vinho na Dieta do Mediterrâneo, vale destacar que essa recomendação não é específica para o idoso, como também não está totalmente elucidado o real efeito hipotensor determinado pela reduzida ingestão de bebidas alcoólicas, apesar de sua composição em antioxidantes esteja confirmada (65).

O Guia alimentar recomenda que o álcool, café e chá, não devem ser calculados como contribuintes da ingestão hídrica do idoso, considerando-se que pelos seus efeitos

diuréticos, podem de certa forma contribuir para aumentar o declínio na água corporal total (25).

Os aspectos relacionados à prática da adição do sal no prato servido e a substituição de refeições por lanches, considerada usual não foi evidenciado neste estudo, já que 94,3% e 85,8% das idosas respectivamente, não tinham por hábito esse comportamento. Possivelmente, isto pode ser explicado tendo em vista que praticamente metade da amostra estudada recebeu orientação nutricional e o que é mais importante 86,2% do atendimento foi realizado pelo nutricionista.

De acordo com o Relatório do Grupo Técnico Assessor do MS para análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, o consumo diário de sal da população brasileira em 2000 era de 15,08 g/dia considerado alto principalmente quando comparado com o consumo dos países industrializados (66). O fato de que neste estudo não tenha sido quantificado o teor de sódio consumido pelas idosas, poderia se configurar como uma limitação, dada a importância não só do consumo de sódio mas também de potássio na regulação da pressão sanguínea. Porém, podemos referir apenas, como citado anteriormente, as idosas além de não terem como hábito acrescentar sal à comida, informaram que não faziam uso freqüente de salgados e embutidos (80,2% e 73,6% apenas 01 x semana respectivamente) na sua alimentação.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os avanços científicos e as intervenções médicas têm possibilitado maior longevidade à população, porém não impedem as mudanças fisiológicas, próprias do envelhecimento, devido a complexidade dos múltiplos fatores a que os idosos estão expostos.

Os dados apresentados conferem à população estudada atenção especial, principalmente para o controle do ganho de peso excessivo como fator de risco ou consequência relativas às doenças crônicas não transmissíveis que podem afetar o consumo alimentar, podendo acarretar um grande impacto no estado nutricional.

É imprescindível a compreensão das características e das transformações que passam os indivíduos com o avanço da idade o que reforça a necessidade de ações mais efetivas no controle e/ou prevenção dos fatores relacionados à saúde na terceira idade que resultam do estilo de vida, principalmente em idosos considerados jovens.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 725-33.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
3. Silva RB, Rauen MS, Moreira EAM. Hábitos alimentares na terceira idade. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica* 2005; 20(4): 246-50.
4. César TB, Wada SR, Borges RG. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. *Revista de Nutrição, Campinas* 2005; 18(3): 357-65.
5. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição no idoso. *Revista de Nutrição, Campinas* 2000; 13(3): 157-65.
6. Najas MS, Pereira FAI. Nutrição. In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002: 838-44.
7. Marucci MFN, Gomes MMBC. Interações droga-nutriente em idosos. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997. 273-83
8. Cervi A, Franceschini S do CC, Priore AS. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Revista de Nutrição, Campinas* 2005;18(6):765-75.

9. Ferreira MT, Braggion GF, Matsudo SM. Necessidades Nutricionais no idoso ativo. Anuário Nutrição esportiva 2004; Edição 23: 35-41.
10. Organización Mundial de la Salud. Física: uso e interpretación de la antropometria. Genebra: OMS; 1995. p.452. OMS, Series de Informes Técnicos, 854.
11. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15(4): 759-68. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 15 maio 2006.
12. Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Cervato AM. Estado nutricional de grupamentos sociais da área metropolitana de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15(1): 71-8.
13. Lerario DDG, Gimeno SG, Franco LJ, Lunes M, Ferreira SRG. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. Revista de Saúde Pública. 2002; 36(1):4-11.
14. Pereira RA. Avaliação antropométrica do estado nutricional. In: Sichieri R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: UERJ, 1998: p.43-63.
15. Marques AP. Envelhecimento, sobrepeso em mulheres idosas e fatores associados [Tese Doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2004.
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva: 1998.
17. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body mass index an mortality in a prospective cohort of U.S. adults. In: Cabral PC, Melo AMCA,

- Amado TCF, Santos RMAB. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. *Revista de Nutrição*, Campinas 2003; 16(1):61-71.
18. Krummel D. Nutrition in Hypertension. In: Mahan LK, Escott-Stump S (ed). *Krause's f, nutrition and diet therapy 10thed*. Philadelphia. 2000, p.596-10.
 19. Gus M, Moreira LB, Pimentel M, Gleisener ALM, Moraes RS, Fuchs FD. Associação entre diferentes indicadores de obesidade e prevalência de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 1998; 70(2):111-14.
 20. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*, 2001;131(3): 871-873
 21. Florentino AM. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: Frank AA, Soares EA. *Nutrição no envelhecer*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.3-11.
 22. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(3):817-27.
 23. Fung TT, Rimm EB, Spiegelman D, Rifai N, Tofler GH, Willet WC and Hu FB. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001; 73 (1): 61-7.
 24. Ribeiro BG, Frank AA. *Nutrição aplicada à Dietética – Bases para um planejamento alimentar*. CC & P, Rio de Janeiro, 1998.

25. Russel RM, Rasmussen H, Lichtenstein AH. Modified food guide pyramid for people over seventy years of age. *Journal of Nutrition* 1999; 129:751-53.
26. Brasil. Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
27. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, 1994; 21(1):55-67.
28. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2002. In: *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2004; (82): suplemento IV.
29. Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González-M, Joyanes M, Marques-Lopes I et al.. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr.Hosp. Madrid* 2003, 18:109-37.
30. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Revista de Nutrição, Campinas* 2004; 17(4): 507-14.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Estatístico. Brasília; 2000.
32. Fernandes MGM, Gonçalves MCR, Gadelha CS, Andrade IA. Diagnóstico socioeconômico e de saúde em idosos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2002; 6(1):63-74.
33. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005;8(2): 127-41

34. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24(Supl I): 3-6.
35. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento Rio de Janeiro* 2005; 8(1).
36. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
37. Cabrera MAS, Filho WJ. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2001; 45(5): 494-501.
38. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. *Textos Envelhecimento* 1998; 1(1):1-13.
39. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti JÁ, Ramalho MH, Sassi A, BGorges MN. A realidade do idoso institucionalizado. *Textos sobre Envelhecimento* 2004; 7(2): .
40. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 3.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994. 224p.
41. Santos DM. Avaliação antropométrica de idosos do município do Rio de Janeiro. [Dissertação - Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro 1998.
42. Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento* 2003; 1(6): 43-59.
43. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Néri AL, Debert GG. *Velhice e Sociedade*. Campinas Papyrus 1999, cap.1, p.11-40

44. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?-Inquérito de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004;13(4):201-08.
45. Telarolli Júnior R et al. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1996;30(5):485-98.
46. Brandão AA, Wajngarten M, Freitas EV. Hipertensão Arterial no Idoso. Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia, mód.2, fasc.8, p.33-8, 2004.
47. Taddei CFG, Ramos LR, Moraes JC de, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC et al. Estudo Multicêntrico de Idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 1997; 69:327-33.
48. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25:305-13.
49. Shoji VM, Forjaz CLM. Treinamento físico da hipertensão. In: Zaitune MPA, Barros MBA, César et al. Arterial hypertension in the elderly: prevalence, associated factors, and control practices in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(2):285-94.
50. Wilking SVB, et al., Determinants of isolated systolic hypertension. *The Journal of the American Medical Association* 1988; (260): 3451-5.

51. Ramos LR, Miranda RD. Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. *Revista Brasileira de Hipertensão* 1999; 6:370-5
52. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 717-24.
53. Marques APO, Arruda IKG, Santo ACGE, Guerra MD. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. *Textos sobre Envelhecimento* 2005; 8(2)
54. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(2): 163-8.
55. Lolio CA, Latorre MRDO. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 1991; 25(1):33-6.
56. Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1994; 28(3): 187-91.
57. Delarue J et al. Anthropometric values in an elderly French population. *British Journal of Nutrition* 1994; 71:295-302.
58. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Revista de Nutrição* 2004; 17(4): 507-14.
59. Heymsfield SB, Wang J, Lichtman S, Kamen Y, Kehayas J, Pierson RN Jr. Body composition in elderly subjects: a critical appraisal of clinical methodology. *American Journal of Clinical Nutrition* 1989; 50(5 Suppl):1167-75.

60. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: condições nutricionais da população brasileira – adulto e idoso. Brasília: INAN 1991.p.39.
61. Frank AA. Estudo antropométrico e dietético de idosos. [Dissertação de mestrado] Instituto de Nutrição Humana, UFRJ 1996.
62. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. In: Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR & McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. Bulletin of the World Health Organization 2005, 83(2).
63. Marucci MFN. Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos matriculados em ambulatório geriátrico [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1992.
64. Schlenker ED. Nutrición en el envejecimiento. Madrid: Mosby/Doyma Libros 1994, 324p.
65. Yang S. Setting the recipe straight: forget pasta if you want real Mediterranean food. In: Oliveira PA, Cukier C, Magnoni D. Nutrição no idoso: indicação e discussão de “dietas da moda” em geriatria. Revista Brasileira de Nutrição Clínica 2006; 21(1):48-53.
66. Relatório do Grupo Técnico Assessor do Ministério da Saúde para Análise da estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2005; 14 (1): 41-68.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento das populações, em particular, da população brasileira, constitui uma realidade cada vez mais preocupante considerando-se o aumento da expectativa de vida e a conseqüente expansão do número de idosos. As projeções demográficas estimam que em 2025 o país terá uma das maiores populações de idosos do mundo.

Esse quadro tem modificado o perfil epidemiológico da população brasileira, pois se observa a redução da incidência das doenças infecto-contagiosas, que passam a dar lugar às doenças crônicas não transmissíveis, próprias do envelhecimento, dentre as quais, destacam-se a hipertensão, a obesidade e o diabete mellitus.

Em decorrência dessa situação, nas últimas décadas, estudiosos, pesquisadores, órgãos nacionais e internacionais, têm voltado a atenção para as questões da saúde, em especial para aquelas ligadas à nutrição da população idosa e suas necessidades particulares. As diversas alterações fisiológicas próprias do envelhecer afetam direta ou indiretamente o estado nutricional desse grupo, tornando-o mais vulnerável às carências e/ou aos excessos alimentares.

Os dados apresentados mostram um quadro compatível com a realidade brasileira, ou seja, a redução da desnutrição/baixo peso e o aumento do sobrepeso/obesidade. Apesar dos esforços e campanhas no sentido de reduzir ou atenuar os fatores de risco e as comorbidades, a situação ainda requer estudos e intervenções mais efetivas de modo a

conscientizar a população, acerca dos riscos modificáveis que contribuirão para um estilo de vida saudável. Esse estilo de vida está relacionado a um envelhecimento bem sucedido, meta que está contemplada no Plano de Ação, dentro das estratégias regionais da OPAS para o envelhecimento sadio. Portanto, o alcance de mais anos de vida, é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só, deve-se sim, conseguir agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Atualmente um dos problemas enfrentado pelos profissionais de saúde dedicados à Geriatria e a Gerontologia, é identificar os idosos que estão sob risco nutricional, que poderiam beneficiar-se das intervenções nutricionais, não necessitando serem submetidos à bateria de medidas antropométricas, alimentares e testes laboratoriais para avaliar o estado nutricional. Outrossim, a grande maioria dos programas de avaliação geriátrica não conta com métodos validados e confiáveis para estabelecer essa avaliação.

Outra questão que merece ser destacada é a da nutrição como sendo um dos indicadores de qualidade de vida, sobretudo pelo seu papel multidimensional, que é o de contribuir para o bem estar físico, psicológico e interpessoal do indivíduo. O papel da alimentação deve ser revisto não somente pela limitação dos instrumentos utilizados para sua avaliação, mas, para que, devido à sua relevância, seja desenvolvido após uma completa avaliação de padrões requeridos para a mesma, e de razões que possam direta ou indiretamente influenciar na aceitação ou efetivação da dieta com uma abordagem multidisciplinar, compreensiva e integradora.

6 - ANEXOS

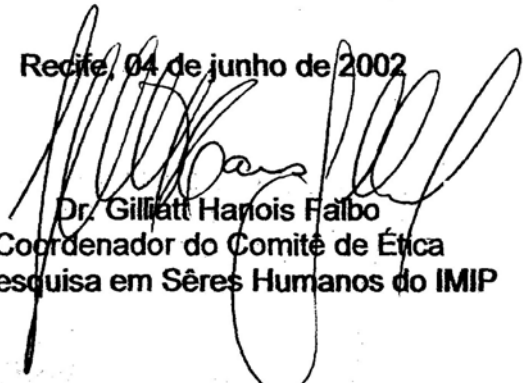
**Instituto Materno Infantil
de Pernambuco
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica**



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa de **Tânia Campos Fell Amado**, intitulado: **“Sobrepeso, obesidade e hipertensão. Estudo de prevalência em idosos cadastrados no Núcleo de Atenção ao Idoso NAI/UFPE”** foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, em sua reunião em 03 de junho de 2002.

Recife, 04 de junho de 2002


Dr. Gilliett Hanois Falbo
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Sêres Humanos do IMIP

Revista Brasileira de
NUTRIÇÃO CLÍNICA

Brazilian Journal of
CLINICAL NUTRITION

Revista Brasileña de
NUTRICIÓN CLÍNICA

Volume 19 – No. 2 • Abril, Maio, Junho • 2004

EDITORIAIS

A ética na terapia nutricional

Ethics in nutritional therapy
Ética en la terapia nutricional
Isac Jorge Filho

Ética em pesquisa clínica

Ethics in clinical research
Ética en investigación clínica
Joel Faintuch e Mário Cicero Falcão

ARTIGOS ORIGINAIS

Effect of sucrose and sweetener on appetite sensation and energy expenditure in normal weight and overweight subjects

Efeito da sacarose e de adoçante no apetite e gasto energético de homens com sobrepeso e peso normal
Efectos metabólicos de la oferta intravenosa de L-alanyl-glutamina en la sangre e hígado de ratas sometidas a hepatectomia parcial
Denise Machado Mourão, Josefina Bressan Resende Monteiro, Helen H. M. Hermsdorff, Marta C. T. Leite

Efeitos metabólicos da oferta endovenosa de L-alanyl-glutamina no sangue e fígado de ratos submetidos a hepatectomia parcial

Metabolic effects of endovenous offer of L-alanyl-glutamine on blood and liver of rats submitted to partial hepatectomy
Efectos metabólicos de la oferta intravenosa de L-alanyl-glutamina en la sangre e hígado de ratas sometidas a hepatectomia parcial
Artur Guimarães Filho, Sérgio Botelho Guimarães, Paulo Roberto Cavalcante de Vasconcelos, Paulo Roberto Leitão de Vasconcelos

Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica

Nutritional status and its evolution in medical clinic in-patients
Estado nutricional y su evolución en pacientes internados en clínica médica
Rosa Wanda Diez Garcia, Vânia Aparecida Leandro-Merhi, Alexandra Missio Pereira

Perfil dos pacientes hospitalizados com úlcera de pressão

Profile of patients hospitalized with pressure ulcer
Perfil de los pacientes hospitalizados con úlcera de presión
Simone Côrtes Coelho, Renata Costa da Silva

Suplementação nutricional em pacientes com doença do neurônio motor/ esclerose lateral amiotrófica

Nutritional supplements in patients with motor neuron disease/ amyotrophic lateral sclerosis
Nutrición suplementar en pacientes con enfermedad neuromotora/ esclerosis lateral amiotrófica
Patrícia Stanich, Aline Maria Luiz Pereira, Ana Lúcia de Magalhães Leal Chiappetta, Marcelo Nunes, Acary de Souza Bulle Oliveira, Alberto Alain Gabbai

ARTIGOS DE REVISÃO

Alterações do estado nutricional e dietoterapia na infecção por HIV

Nutritional status alterations and diet therapy in the HIV infection
Alteraciones del estado nutricional y dietoterapia en la infección por VIH
Viviane Ozores Polacow, Fernanda Baeza Scagliusi, Laura de Souza Marques Furtado, Mario Luiz Carré, Gabriela Machado Pereira, Camila Giovanini Avileis, Daniel Guidin, Sonia Buongiorno de Souza, Maria de Fátima Nunes Marucci

Evolução histórica dos valores de referência para perfil lipídico: o que mudou e por quê

Historical evolution of reference value for lipid profile: what changed and why
Evolución histórica de los valores de referencia para el perfil lipídico: lo que cambió y por qué
Helen Hermana Miranda Hermsdorff, Maria do Carmo Gouveia Pelúzio, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Sílvia Eloiza Priore

Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados

Arterial hypertension in the elderly and associated risk factors
Hipertensión arterial en el anciano y factores de riesgo asociados
Tânia Campos Fell Arnado, Ilma Kruze Grande de Arruda

Os carotenóides no tratamento e prevenção do câncer

Carotenoids in treatment and prevention of cancer
Los carotenoides en el tratamiento y la prevención del cáncer
Tatiana Pereira de Paula, Wilza Arantes Ferreira Peres, Maria das Graças Tavares do Carmo

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
(SBNPE) e da Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y
Enteral (FELANPE)

ISSN 0103-7196

Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados

Arterial hypertension in the elderly and associated risk factors
Hipertensión arterial en el anciano y factores de riesgo asociados

Tânia Campos Fell Amado¹, Ilma Kruze Grande de Arruda²

Resumo

A hipertensão arterial (HA) constitui sério problema de saúde pública em todo o mundo, particularmente no Brasil, pela alta prevalência e por destacar-se como importante fator de risco cardiovascular. O envelhecimento acarreta importantes alterações cardiovasculares, o que explica a freqüente associação da hipertensão às mudanças fisiológicas desse processo. Fatores de risco tais como: sedentarismo, ingestão excessiva de sal, alcoolismo, tabagismo e obesidade entre outros, que estão associados à hipertensão, têm contribuído para o aumento da prevalência dessa doença na população de idosos (>60 anos), levando a implicações médicas e sociais. Esta revisão teve como objetivo apresentar alguns aspectos da HA sob a influência do envelhecimento e os fatores de risco associados. O tratamento para idosos hipertensos deve enfatizar o controle da HA e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Para maior abrangência dos problemas de saúde, em particular a hipertensão, e uma melhor adesão ao tratamento, o idoso deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional. (Rev Bras Nutr Clin 2004; 19(2):94-99)

UNITERMOS: hipertensão arterial, envelhecimento, fatores de risco.

Abstract

The arterial hypertension (AH) constitutes a serious public health problem around the world, particularly in Brazil, due to its high prevalence and because it is considered as an important cardiovascular risk factor. The aging process causes important cardiovascular alterations, which explains why hypertension is often associated to this process. Risk factors associated to hypertension, such as a sedentary life style, excessive salt intake, alcoholism, smoking and obesity, contribute to the prevalence increase of this disease in the elderly population (>60 years old), leading to social and medical implications. This review aims at introducing some of the arterial hypertension aspects during the aging process and the associated risk factors. The indicated treatment must emphasize the hypertension control and the adoption of a healthy life style. In order to comprise the biggest number of health problems and to ensure adherence to the treatment, the elderly should be followed up by a multiprofessional team. (Rev Bras Nutr Clin 2004; 19(2):94-99)

KEYWORDS: arterial hypertension, aging, risk factors.

Resumen

La hipertensión arterial (HA) ha constituido un gran problema de salud pública en todo el mundo, y en particular en Brasil, por su elevada prevalencia y además por su destaque como importante factor de riesgo cardiovascular. El envejecimiento puede traer importantes alteraciones cardiovasculares y en esta forma la hipertensión en los ancianos es conocida como una de las modificaciones fisiológicas en este proceso. Factores de riesgo como sedentarismo, ingestión excesiva de sal, alcoholismo, tabagismo y obesidad, entre otros, están asociados a los ancianos (>60 años) conduciendo a implicaciones médicas y sociales. El objetivo de esta revisión fue evidenciar aspectos de la HA bajo la influencia del envejecimiento y los factores de riesgo asociados. El tratamiento para ancianos hipertensos busca enfatizar el control de la HA y la adopción de hábitos de vida saludables. Para tener mayor abranjencia de los problemas de salud, en particular de la hipertensión, y una mejor adhesión al tratamiento, el anciano deberá ser acompañado por un equipo multiprofissional. (Rev Bras Nutr Clin 2004; 19(2):94-99)

UNITÉRMINOS: hipertensión arterial, envejecimiento, factores de riesgo.

1. Doutoranda em Nutrição – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Coordenadora da Residência em Nutrição Clínica do Hospital das Clínicas – UFPE - Especialista em Alimentação Institucional pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE; 2. Doutor em Nutrição pela UFPE - Professor Adjunto do Departamento de Nutrição – UFPE - Diretora Geral do Controle Acadêmico - UFPE

Endereço para correspondência: Tânia Campos Fell Amado 1 Rua Dr. Sabino Pinho 210 Aptº 03 – Madalena, Recife-PE CEP 50610-380 - e-mail: tania.fell@bol.com.br

Submissão: 14 de maio de 2003

Aceito para publicação: 26 de janeiro de 2004

LEVANTAMENTO DAS CRENÇAS

Esta é uma Pesquisa de Opinião

Os médicos costumam dar conselhos às pessoas em geral, para que tenham saúde e uma vida longa. Alguns destes conselhos nos parecem fáceis de seguir, outros mais difíceis e outros impossíveis. Eu gostaria que você respondesse algumas perguntas sobre isso.

Você acha que as pessoas da sua idade deveriam...

1) usar menos sal na comida? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

2) comer comida com menos gorduras? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

3) comer menos doce, menos açúcar? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

4) fazer mais exercícios, várias vezes na semana? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

5.a) evitar preocupações? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

5.b) ter suas horas de lazer e diversão? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

5.c) ter um tempo para descanso, sossego,

relaxamento ou meditação?

SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

6) Procurar medir sua P. A. de vez em quando? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

7) Consultar o médico uma vez por ano? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

8) não fumar / parar de fumar? SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso? SIM NÃO

Por quê? _____

9) evitar bebidas alcóolicas?

SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso?

SIM NÃO

Por quê? _____

10) manter o peso ideal para a idade e altura?

SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso?

SIM NÃO

Por quê? _____

11) tomar os remédios receitados pelo médico,
quando doente?

SIM NÃO

Por quê? _____

Você faz isso?

SIM NÃO

Por quê? _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

CONSUMO ALIMENTAR

NOME: _____

CÓDIGO: _____

1. Quantas vezes por semana você come / bebe:

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA				
	0	1	2 - 3	4 - 6	Todos os dias
Leite e derivados (leite, iogurte, coalhada, queijo)					
Carnes / ovos (boi, frango, peixe, bode, charque, sol, etc.)					
Visceras (fígado, miúdo, bucho, rins, etc.)					
Embutidos (mortadela, salame, salsicha, etc.)					
Verduras (abóbora, cenoura, outras)					
Frutas / sucos naturais					
Cereais (arroz, macarrão, farinha)					
Leguminosas (feijão, fava)					
Gorduras (óleo, banha, manteiga, margarina)					
Doces bolos e balas					
Pães/ bolachas e biscoitos/ Preparação com milho (tapioca, cuscuz, canjica, etc.)					
Raízes, tubérculos, inhame, macaxeira, batata-doce, banana comprida					
Salgados (pipoca, pipos, coxinha, empada, pastel)					
Bebidas não alcoólicas (sucos industrializados, refrigerantes, toddynho, etc.)					

2. Já recebeu orientação nutricional?

) Sim

) Não

Caso positivo:

Médico () ou Nutricionista ()

3. Você costuma colocar mais sal na comida que está no seu prato?

Sim

Não

4. Você costuma trocar o almoço ou jantar por lanches?

Sim

Não

5. Quantos copos de água você bebe por dia?

0

menos de 1

1 a 2 copos

3 a 4 copos

8 ou mais

6. Você costuma consumir bebidas alcoólicas?

diariamente

semanalmente

mensalmente

raramente

nunca

7. Uso de medicamentos?

Sim

Não

Caso sim, cite qual: _____

8. Constipação intestinal

Sim

Não

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](#)