

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

SABRINA VERVLOET ROSSMANN

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ENVELHECIMENTO:
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E ALIMENTAR EM IDOSOS
HIPERTENSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

VITÓRIA
2013

SABRINA VERVLOET ROSSMANN

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ENVELHECIMENTO:
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E ALIMENTAR EM IDOSOS
HIPERTENSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Profª Mirian Patrícia C. P. Paixão

VITÓRIA

2013

SABRINA VERVLOET ROSSMANN

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ENVELHECIMENTO:
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E ALIMENTAR EM IDOSOS
HIPERTENSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

Trabalho de conclusão do Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em _____ de _____ de 2013, por:

Professora orientadora – Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão, FCSES

Karina Silva Schumacker - Nutricionista

Renata Simões - Nutricionista

AGRADECIMENTOS

Agradeço, principalmente, a Deus e aos meus pais que foram meus maiores exemplos. Obrigada pelos incentivos e motivações durante todos esses anos que dediquei para que pudesse chegar aqui, mesmo com tantas dificuldades, mas foi possível superar tudo com o apoio de vocês.

Aos demais familiares, por todo amor, carinho, paciência e compreensão, pois sempre estiveram presentes, mesmo com toda distância que nos separam.

À professora Michelle Vieira Barrella que iniciou a orientação deste trabalho e participou da minha formação acadêmica com muita dedicação e carinho.

À professora Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão que, com muita paciência e atenção, dedicou parte de seu valioso tempo para dar continuidade à orientação deste trabalho.

À Coordenadora do Curso de Nutrição, Alessandra Rodrigues Garcia dos Santos, por toda atenção e dedicação nesses anos que se passaram. Também aos demais professores e funcionários da FCSES pela contribuição e influência na minha vida acadêmica e pela força e conselhos que me fizeram mais forte.

Aos meus colegas de classe, em especial Michely Fraga, Luciana Freitas e Beatriz Gaudio, a quem aprendi a amar e construir laços eternos de amizade. Obrigada por todos os momentos. Em vocês encontrei companheirismo nos momentos mais difíceis. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Aos meus demais amigos por todo apoio e por sempre estarem presentes em todos os momentos de minha vida.

E obrigada a todas as pessoas, que de alguma forma, contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Tenham a certeza que sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares de idosos hipertensos, frequentadores do Centro de Convivência da Terceira Idade, localizado no Bairro Jardim da Penha, Vitória/ES, por meio de avaliação antropométrica e hábitos alimentares associados a outros fatores de estilo de vida. O estudo foi realizado com 20 idosas hipertensas. Os dados foram coletados no Centro de Convivência da Terceira Idade em Jardim da Penha, Vitória. As participantes foram questionadas sobre dados demográficos (gênero, estado civil, idade), história clínica, dados antropométricos, dados de estilo de vida (tabagismo, álcool e atividade física) e hábitos alimentares (refeições realizadas, controle alimentar para hipertensão, conhecimento sobre quantidade de sódio nos alimentos). O estado nutricional foi avaliado utilizando-se medidas antropométricas (peso, altura, circunferência do braço, circunferência da cintura, porcentagem de gordura corporal e porcentagem de hidratação). A média de idade encontrada foi de 69,65 anos (DP: \pm 5,18). Dentre os pesquisados, 95% apresentaram alguma doença além da hipertensão. Quanto à atividade física, todas realizam uma ou mais atividades. Foi encontrado IMC médio de 28,88 kg/m² (DP: \pm 8,05) entre a amostra, sendo 70% sobrepeso, 20% eutrofia e 10% baixo peso. A circunferência da cintura denunciou risco muito elevado para 75%. A %CB resultou em 10% de obesidade. A %GC mostrou que 40% estão com percentual elevado e 75% com a %hidratação abaixo dos níveis recomendados. Foi possível concluir que grande parte da amostra apresentou-se acima do peso (70%) e com excesso de gordura abdominal, somando risco aumentado e muito aumentado de 90%, representando riscos para o surgimento de doenças cardiovasculares. Com isso, vê-se a relevância de as políticas públicas, bem como todos os órgãos envolvidos na área de saúde, visarem métodos que intensifiquem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, melhorando assim, o perfil de saúde da população, com base na prevenção do surgimento de DCNTs nas gerações futuras.

Palavras chave: Idosos. Envelhecimento. Hipertensão. Avaliação nutricional.

ABSTRACT

This study aimed to assess the nutritional status and dietary habits of elderly hypertensive goers Living Center Senior Citizens, located in the District Jardim da Penha, Vitoria/ES, using anthropometric and dietary habits associated with other lifestyle factors. The study was conducted with 20 elderly hypertensives. Data were collected in the Living Center of the Third Age in Jardim da Penha, Vitoria. The participants were asked about demographics (gender, marital status, and age), clinical history, anthropometric data, lifestyle data (smoking, alcohol and physical activity) and dietary habits (meals eaten, food control for hypertension, and knowledge about quantity sodium in food). The nutritional status was assessed using anthropometric measurements (weight, height, arm circumference, waist circumference, body fat percentage and hydration percentage). The average age found was 69,65 years (SD \pm 5,18). Among those surveyed, 95% had some disease than hypertension. As for physical activity, all carry one or more activity. Found an average BMI of 28,88 kg/m² (SD \pm 8,05) between the sample, 70% overweight, 20% normal weight and 10% underweight. Waist circumference reported very high risk to 75%. The %CB resulted in a 10% obesity. The %GC showed that 40% are with high percentage and 75% with %hydration below recommended levels. It was concluded that majority of the sample presented overweight (70%) and excess abdominal fat, adding increased risk and greatly increased by 90%, representing a risk for the incidence of cardiovascular diseases. With it, you can see the relevance of public policies, as well as all agencies involved in health, to pursue methods to intensify adopting healthy eating habits, thus improving the health profile of the population, based on preventing emergence of NCDs in future generations.

Keywords: Elderly. Aging. Hypertension. Nutritional assessment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características de idosas hipertensas segundo estado civil e profissão .	63
Tabela 2 – Características da alimentação das idosas hipertensas segundo a quantidade de refeições realizadas	65
Tabela 3 – Características da alimentação das idosas hipertensas segundo o uso de temperos, controle de sal na alimentação, conhecimento da quantidade de sódio nos alimentos e a importância da alimentação na hipertensão.....	67
Tabela 4 – Características do estilo de vida das idosas hipertensas segundo o consumo de bebida alcoólica e cigarro	68
Tabela 5 – Características quanto às doenças associadas e hereditariedade da hipertensão das idosas entrevistadas	71
Tabela 6 – Características quanto à prática de atividades físicas e a frequência com que são realizadas pelas idosas hipertensas entrevistadas.....	73
Tabela 7 – Caracterização da amostra: estatística descritiva segundo as variáveis antropométricas e biológicas das idosas entrevistadas	74
Tabela 8 – Testes de média e mediana segundo a frequência de atividade física correlacionada às variáveis antropométricas	78
Tabela 9 – Teste de Fisher aplicado às variáveis de hábitos de vida correlacionando-os à frequência de atividade física	79

LISTA DE SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CC – Circunferência da Cintura

CB – Circunferência do Braço

Dants – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DNA – Ácido desoxirribonucléico

ESC – Sociedade Européia de Cardiologia

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESH – Sociedade Européia de Hipertensão

HA – Hipertensão Arterial

HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Indicadores e Dados Básicos

IESS – Instituto de Estudo de Saúde Suplementar

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

QHA – Questionário de Hipertensão Arterial

SABE – Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

Sisdant – Sistema de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - World Health Organization

%GC – Porcentagem de Gordura Corpora

%Hidratação – Porcentagem de Hidratação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 JUSTIFICATIVA	24
1.2 HIPÓTESE	25
1.3 OBJETIVOS	25
1.3.1 Objetivo geral	25
1.3.2 Objetivos específicos.....	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	27
2.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E SENSORIAIS NO ENVELHECIMENTO	31
2.3 O ENVELHECER E OS GASTOS DO SISTEMA DE SAÚDE.....	33
2.4 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SEUS DESAFIOS NA SOCIEDADE.....	34
2.5 PROBLEMAS, PREVENÇÕES E AÇÕES NO ALCANCE DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	36
2.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	41
2.7 HIPERTENSÃO: DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL QUE ACOMETE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	44
2.8 FATORES NUTRICIONAIS QUE AFETAM A SAÚDE DO IDOSO	47
2.8.1 O envelhecer e sua relação com a desnutrição	50
2.8.2 A epidemia da obesidade atinge a terceira idade.....	51
3 METODOLOGIA.....	56
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	56
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	56
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	57
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	57

3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	60
3.7 FLUXOGRAMA DA PESQUISA	60
4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE	98
APÊNDICE A – Carta de autorização para realização da pesquisa.....	98
ANEXOS	99
ANEXO A – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2009/2011	99
ANEXO B – População residente, por grandes regiões, segundo o sexo e os grupos de idade – 2009/2011.....	100
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	101
ANEXO D – Questionário de Hipertensão Arterial (QHA)	102

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o país tem demonstrado uma acelerada transição demográfica e, com isso, notavelmente, também, um rápido e crescente número da população idosa (BARBOSA, 2009).

Os idosos representam a camada da sociedade que mais se expande em termos de número de indivíduos ao passar dos anos no mundo. Para tal afirmação, pesquisas apontam que no ano de 2020, a estimativa é que a parcela relativa à terceira idade chegue a 28,3 milhões habitantes no Brasil (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008a).

Com esta ampliada população no país, emerge também a maior demanda pelos serviços de saúde, já que essa faixa etária é mais propícia para desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e outras complicações inevitáveis da idade, conseqüentes do próprio envelhecimento (VERAS, 2009).

A somatória de anos adicionais para a contemporânea sociedade reflete para que os olhares estejam desviados da mortalidade e focados na ciência de prevenção, na atenção básica, visando não somente maior expectativa de vida, mas sim que a mesma esteja saudável e com qualidade para a população, sobretudo, com dedicação na manutenção da saúde do idoso (PARAHYBA; VERAS, 2008).

Esta atual demografia é consequência de mudanças nas políticas públicas do passado refletindo no presente, e que ainda vem se tornando mais visíveis e mais eficientes, aproximando mais a população dos serviços de saúde e assistência social, melhorando as condições de moradia e renda familiar (NERI; SOARES, 2007).

A saúde na terceira idade é, também, marcada e influenciada por diversos elementos presentes no meio onde se inserem esse grupo social. Com isso, é necessário que esses aspectos sejam estudados e discutidos em conjunto, intercalando e aproximando mais os vários detalhes, apontando sempre para uma mesma direção: mostrar a realidade atual desta população (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

O envelhecimento é um sinal de que a longevidade está sendo alcançado cada dia mais. Porém, essa acelerada população que emerge, demanda maior inovação e

dedicação do sistema de saúde, pois junto com essa parcela de idosos vêm crescendo o número de casos de doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial (HA). Com isso, vê-se a necessidade de investir em novos meios de prevenção e cuidado da saúde do idoso, para que essa “juventude idosa” possa desfrutar e gozar de uma boa qualidade de vida por longos anos (VERAS, 2009).

Então, com esse manifestante aumento do envelhecimento, a preocupação está voltada para um maior investimento e eficiência para garantir a saúde e bem-estar dos idosos, um verdadeiro desafio para o campo científico da saúde. Uma vez que esse despontante evento social demandará maiores gastos, caso nenhuma atitude inovadora seja definida e aplicada (VERAS; PARAHYBA, 2007; PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

E para romper esse embate entre o envelhecimento e os gastos pelo sistema de saúde, deve haver investimentos em políticas de promoção à saúde, valorizando a melhora na qualidade de vida da população (CAMPOS et al., 2006).

A alimentação saudável é uma promoção à saúde que faz grande diferença em todas as fases da vida, portanto, é também crucial sua qualidade na terceira idade. Logo, vê-se a importância de transmitir o conhecimento sobre hábitos alimentares corretos, propiciando maneiras onde a população possa receber essas informações, fazendo correlações entre alimentação, saúde e prevenção (VILLAGELIM et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dietas inadequadas, sem cor e variedade aliada à falta de atividade física são fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que são doenças adquiridas ao longo da vida, relacionadas à genética, estilo de vida, hábitos alimentares, sexo, idade, sendo características pela cronicidade, ou seja, não possui cura, apenas tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Dessa forma, é visível que uma boa alimentação, uma dieta adequada para cada faixa etária, são promoções de saúde viáveis às pessoas, e comprovadamente eficazes na prevenção da Hipertensão Arterial (HA), por exemplo, que é uma doença típica do envelhecimento (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

Portanto, o desenvolvimento de projetos e estratégias visando adotar bons hábitos alimentares, são essenciais e cabíveis para diminuir os índices de complicações na parcela referente aos idosos, como em todas as faixas etárias, com ênfase não somente no tratamento, mas, principalmente, na prevenção de doenças crônicas e outras complicações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em meio a todas essas transformações da sociedade moderna, com um envelhecimento mais destacado, têm-se duas vertentes problemáticas em relação aos hábitos alimentares: a desnutrição e a obesidade. Ambas com características peculiares e com ações distintas, tanto no organismo quanto no modo de vida dos idosos. Para tanto, ambos os fatores estão relacionados com o surgimento de doenças crônicas e complicações cardiovasculares, contribuindo para o crescente gráfico de mortalidade no país (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

O estado nutricional leva em conta vários marcadores, como a correta utilização de energia proveniente da alimentação ao longo do dia nas diversas atividades exercidas pelo corpo, tanto atividades metabólicas, decorrentes do funcionamento interno corporal, quanto de movimentos externos, como a força demandada de uma caminhada, por exemplo. Porém, a investigação do estado nutricional em idosos é mais complexa em relação às outras faixas etárias, pelo fato de que na terceira idade, tem-se o maior acúmulo de gordura na região central do corpo. Assim também, têm-se os indicadores de hidratação, onde os idosos, pelas modificações fisiológicas da própria idade, têm a percepção de sede diminuída, ocasionando menor ingestão hídrica, resultando em valores baixos de hidratação (RIBEIRO et al., 2011).

A classificação do estado nutricional é o resultado da aplicabilidade de várias ferramentas informativas que vão detectar os principais problemas e carências nutricionais de uma determinada população. Nos idosos, devem ser levados em consideração vários critérios durante esta classificação, como no caso a idade, onde os resultados parâmetros serão diferentes para cada faixa etária. A antropometria é um dos métodos utilizados para verificar modificações corporais e, como consequência, avaliar os resultados e relacioná-los aos possíveis riscos que podem gerar para a saúde mais fragilizada dos idosos (CAMPOS et al., 2007).

Sabe-se que o envelhecimento traz consigo diversos fatores que sensibilizam a saúde do idoso, bem como aumentam os números de casos de DCNTs, principalmente a Hipertensão Arterial (HA), sendo esta uma das morbidades mais comuns, atualmente, entre os idosos. Com isso, geram maiores despesas financeiras para o sistema de saúde, uma vez que o não-tratamento da Hipertensão Arterial pode levar a várias outras complicações, como: insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e infarto cerebral (CARLOS et al., 2008).

No entanto, é possível reduzir os custos do setor de saúde, utilizando medicações corretas associadas com medidas simples e preventivas, buscando o controle e a prevenção da HA, para que a população que ainda venha preencher a camada relativa à terceira idade tenha uma vida mais saudável e incentivar o monitoramento e controle da pressão arterial para aqueles que já são hipertensos (CARLOS et al., 2008).

Portanto, valer-se de esforços para prevenir as DCNTs na terceira idade é um método eficaz que reflete não só na saúde do idoso, mas no perfil de saúde da população brasileira. Então, vê-se a importância de avaliar a saúde do idoso hipertenso, identificando os riscos nutricionais, bem como as condições alimentares desta população que emerge em um ritmo tão acelerado no país (CARLOS et al., 2008).

1.1 JUSTIFICATIVA

A coleta de dados que irá compor os resultados deste trabalho será realizada em um Centro de Convivência da Terceira Idade. Estes tipos de Centros estão previstos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), cuja finalidade é integrar a Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), visando o bem-estar e melhor interação dos idosos no meio social (BRASIL, 2004).

O Centro de Convivência de Jardim da Penha, localizado no município de Vitória/ES, onde serão coletados os dados desta pesquisa, são desenvolvidas diversas atividades com os idosos, como: danças, alongamento, pilates, hidroginástica, teatro, artesanato, musculação, aulas de inglês, espanhol e informática, ioga, dentre outras diversas práticas interativas. Estas atividades são destinadas às pessoas

acima de 60 anos de ambos os sexos que residam no bairro de Jardim da Penha e bairros vizinhos. As atividades são realizadas com o intuito de proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida, com vista na prevenção e manutenção da saúde física e mental, dando a eles a oportunidade de um envelhecimento saudável, com convívio social, valorizando a autoestima e reforçando cada vez mais os laços familiares e sociais, evitando o isolamento do idoso (VITÓRIA, 2012).

1.2 HIPÓTESE

Vários estudos comprovam a importância de se ter uma vida ativa durante a terceira idade, já que são inúmeros os benefícios da prática de atividade física, tanto no âmbito da prevenção quanto na diminuição de efeitos decorrentes do processo do envelhecimento (MATSUDO, M.; MATSUDO, R.; BARROS NETO, 2000; SPIDURSO, 2005).

Portanto, além do controle alimentar, redução do uso de sódio, bebidas alcoólicas e cigarro, a atividade física também é essencial na prevenção e controle da hipertensão arterial e outras comorbidades, uma vez que treinamentos regulares permitem a promoção de um efeito hipotensor após algumas semanas da prática física, sendo indispensável o acompanhamento de profissional e/ou educador físico que ajustará a frequência e a intensidade de cada tipo de atividade (BARROSO et al., 2008).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Avaliar o estado nutricional e hábitos alimentares de idosos com 60 anos ou mais, portadores de Hipertensão Arterial, frequentadores do Centro de Convivência da Terceira Idade, localizado no Bairro Jardim da Penha, Vitória/ES.

1.3.2 Objetivos específicos

Realizar avaliação antropométrica nos idosos.

Avaliar a composição corporal dos idosos segundo o percentual de gordura e percentual de hidratação por bioimpedância.

Classificar o estado nutricional.

Identificar os idosos hipertensos e a correlação com o estado nutricional.

Analisar os hábitos alimentares dos idosos.

Identificar e avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Atualmente, o Brasil encontra-se voltado para uma demografia mais envelhecida, onde o número de idosos cresce constantemente, resultante do avanço na melhoria das condições sociais e acesso ao sistema de saúde. Uma das grandes conquistas já alcançadas foi o Estatuto do Idoso (instituído em 1988), que defende os vários direitos daqueles que fizeram e fazem parte da história do país, que contribuíram para o crescimento e desenvolvimento populacional. Os idosos, a partir da criação desde Estatuto, garantem dentre diversos direitos, a defesa contra agressões, onde penas são aplicadas a quem agredir e mal tratá-los (BRASIL, 2010a).

Ainda, assegurando o compromisso com a saúde e o bem-estar na velhice, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, Art. 3º (BRASIL, 2010a, p.11), diz:

Art. 3º. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O envelhecer é considerado parte criteriosa da evolução demográfica atual, onde diminuem os números de natalidade e mortalidade e, conseqüentemente, aumentam o número de pessoas idosas. Para ser considerado um idoso, este deve pertencer à classificação por apresentar idade igual ou superior a 60 anos cronológicos. Essa expectativa de vida elevada sugere acontecimentos ao longo dos anos, que resultou em melhores condições de se alcançar a “melhor idade”. Dentre os critérios sujeitos para tal auge, está a evolução no campo da ciência da saúde, com maior proximidade das pessoas com o sistema de saúde, seja público ou privado. Já que a modificação da demografia demanda inovações sociais, políticas e culturais é sempre necessário estar acompanhando o crescimento da população idosa, criando estratégias de combate e prevenção contra doenças típicas da idade (MEIRELES et al., 2007).

O envelhecimento pode ainda ser destacado por profundas modificações no organismo do ser humano, com mudanças comportamentais, sociais, de modo individualizado, sendo muito peculiar de pessoa para pessoa. Ainda, como uma linha

de seguimento às transformações do envelhecimento, a altura e o peso desses indivíduos, na maioria das vezes, tendem a diminuir. Há também outras transformações corporais bem visíveis, como pele enrugada com menor hidratação, mobilização e localização de gordura abdominal, descoloração dos pigmentos capilares, surgindo os fios brancos, diminuição da percepção dos sentidos (audição, visão, olfato e paladar), dentre outras alterações que diferem e caracterizam as faixas etárias (MEIRELES et al., 2007; MENEZES; MARUCCI, 2005).

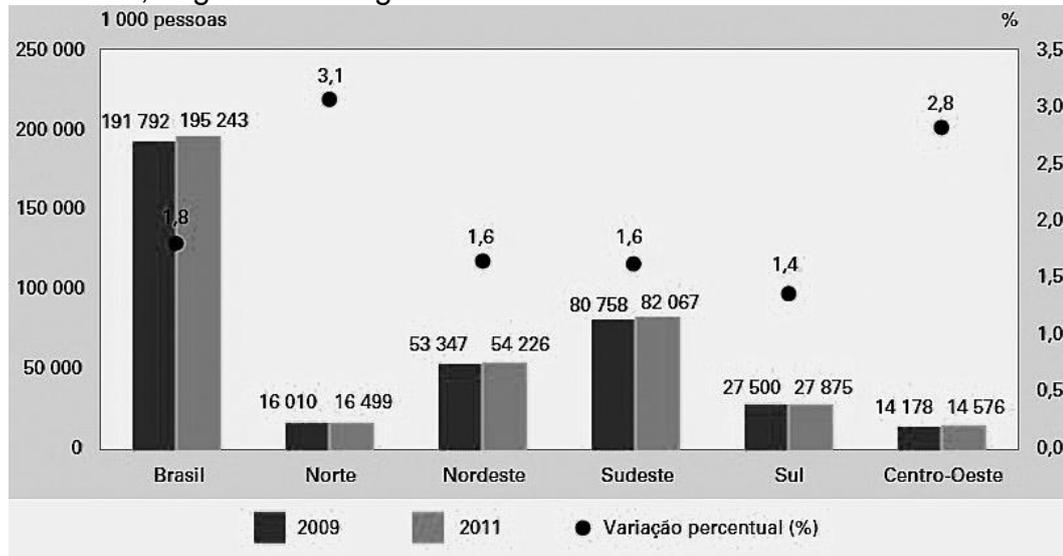
Sabendo que os idosos poderão alcançar o surpreendente número de 12,9% dos habitantes brasileiros em 2020, fazem-se necessários maiores investimentos e estudos a cerca deste fenômeno demográfico e de suas modificações. Bem como, também, as alterações em parcelas pertencentes ao processo de envelhecimento, como: a família, os grupos sociais, os sistemas de saúde e o próprio indivíduo de forma isolada, ou seja, estudá-lo e entendê-lo no decorrer do envelhecimento, observando as modificações e as diversas demandas desse processo (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Alcançar uma idade superior aos 60 anos com saúde e vitalidade está cada vez mais próximo da realidade. Porém, para tal evento desejado, é preciso pesquisar e estudar o modo de vida dos idosos na atualidade, visando à prevenção de complicações decorrentes do envelhecimento. Então, é necessário tanto depoimentos como vivência com essas pessoas, estudando o agir no dia-a-dia, o comportamento em si e no meio social, como também, a mudança dos hábitos alimentares (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Uma das ferramentas que geram resultados a nível nacional com intuito de verificar as condições de vida da população brasileira é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que avalia, além do número populacional dividido e classificado por sexo, faixa etária e regiões, importantes aspectos como: escolaridade, condições financeiras, taxas de fecundidade, condições de saúde e alimentares da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Segundo resultados da última Pesquisa (PNAD, 2011), a população brasileira era de, aproximadamente, 195,2 milhões de habitantes (Gráfico 1), 1,8% a mais de pessoas em comparação à Pesquisa de 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Gráfico 1 – População residente e variação percentual da população residente, segundo as Regiões brasileiras – 2009/2011



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2012).

É possível perceber, ainda segundo dados desta pesquisa, que em 2009 a população jovem era maior e os idosos representavam menor número. Já em 2011 o quadro se inverte, e os idosos passam a liderar os números da pesquisa (ANEXO A). Relacionado ao resultado da PNAD de 2011, o total de idosos no Brasil somava, em torno de, 23,536 milhões habitantes, correspondendo a 12,1 % da população total (ANEXO B). Comparando as duas Pesquisas, observa-se o comprovado e crescente aumento da população idosa no País (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Em nível estadual, o Espírito Santo, localizado na região sudeste do Brasil, mostrou que na última pesquisa de Indicadores e Dados Básicos (IDB), realizado em 2011, somava uma população de 3.514,952 milhões de capixabas. Outro item da pesquisa avaliava o Índice de Envelhecimento, que no estado era de 44,1% (BRASIL, 2011a).

Em proporções nacionais, ampliando os dados, é possível notar que o Brasil está passando por um evento chamado de transição demográfica, onde antes se tinha um “país jovem” e, agora, desloca-se para um ascendente crescimento da população com 60 anos ou mais, e queda da parcela relativa às faixas etárias mais novas. É possível observar claramente esta transição pelos resultados do IBGE em 2008 (Figura 1 abaixo), onde a pesquisa aponta que o aumento da população idosa poderá aumentar 256,1% até o ano de 2050 (MELO, 2011).

Figura 1 – Projeção da população brasileira 2008-2050

Anos	População Total	Menos de 18 anos	60 anos ou mais
2008	189.612.814	60.019.562	17.984.922
2020	207.143.243	51.672.639	28.231.799
2030	216.410.030	44.701.632	40.472.804
2039	219.124.700	40.461.423	50.793.941
2050	215.287.463	34.693.159	64.050.980

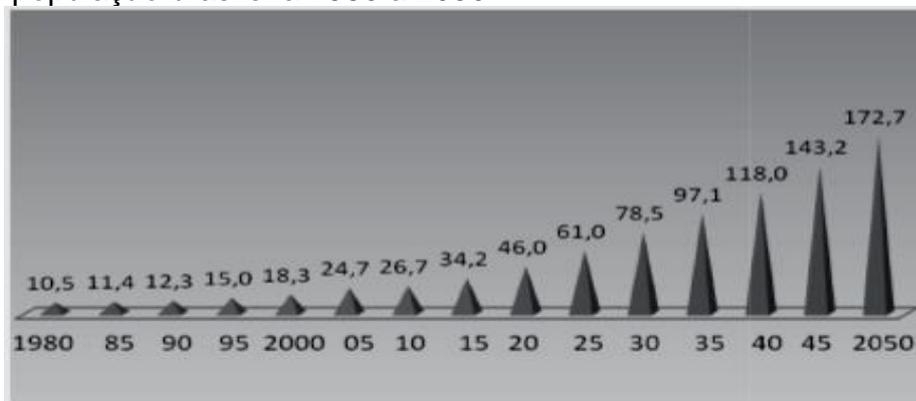
Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (apud MELLO, 2011, p. 11).

Reforçando o conceito de transição demográfica: em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) computou uma população com faixa etária inferior a 18 anos equivalente a 60.019,562 milhões de habitantes no país. Este número terá uma queda de, aproximadamente, 42,2% em 2050, onde a população jovem somará 34.693,159 milhões e a população com 60 anos ou mais, poderá somar quase o dobro da população jovem no mesmo ano, alcançando o surpreendente número 64.050,980 milhões de idosos brasileiros (MELO, 2011).

Segundo estudos da OMS, no ano de 2025, o Brasil poderá ocupar o 6º lugar no ranking dos países mais envelhecidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Pesquisas relacionadas ao índice de envelhecimento do país, no ano de 2008, o Brasil possuía uma proporção entre crianças (0 a 14 anos) e idosos (com idade superior a 65 anos) de 100:24,7, respectivamente. Estima-se que, no ano de 2050, essa proporção se inverta, onde existirão brasileiros mais idosos (170% a mais) e uma redução de aproximadamente 42,2% da população infantil, podendo chegar a 172,7 idosos para cada 100 crianças, como mostra o Gráfico abaixo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008b; BRASIL, 2010b).

Gráfico 2 – Evolução do índice de envelhecimento da população brasileira 1980 a 2050



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (apud BRASIL, v.12, 2010b, p. 14).

Percebe-se, então, que a velhice é um termo atualmente relevante e que as políticas públicas do país, juntamente com os governos estaduais, devem indagar suas diversas faces, conceitos e acontecimentos, uma vez que o alcance da maior idade passa a ser, visivelmente, mais comum ao longo dos anos. E este é um evento que não se distingue muito entre classes sociais ricas ou pobres, países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. Os idosos estão em constante crescimento nos diversos continentes, o que caracteriza o envelhecimento como um processo globalizado, a nível mundial (VERAS et al., 2008).

2.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E SENSORIAIS NO ENVELHECIMENTO

O envelhecer da população brasileira é decorrente da queda da mortalidade e da alta taxa de fecundidade registrada nos anos anteriores, em especial nas décadas de 50 e 60. Levando em consideração a importância do passado para a atualidade, o envelhecimento também é resultado de etapas e processos vividos ao longo dos anos e de modificações, tanto físicas quanto fisiológicas, no qual o corpo vai passando por transformações, externas e internas. Em paralelo, o fato de envelhecer é um processo organizado em fases, onde cada fase expõe experiências novas, que vão se acumulando e caracterizando a velhice (ALVES, 2011).

Entre os fatores que moderam a velocidade e os efeitos do envelhecimento estão: o fator biológico (relacionado à parte orgânica do corpo, com modificações nos órgãos normalmente ocorridas ao longo dos anos); fator social (integração social, participação ativa ou não, hábitos e cultura da sociedade onde o indivíduo está inserido); e o fator psicológico (comportamento e manipulação dos fatos frente a algumas mudanças, memória, capacidade de reter informações) (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O envelhecer, no aspecto fisiológico, decorre de modificações corporais e orgânicas resultantes da própria idade mais avançada, causando um desequilíbrio na homeostasia e queda das reservas funcionais em um indivíduo mais instável frente a estas alterações. E um fator muito relevante no ponto de vista fisiológico é o hábito de vida, que se caracteriza ainda na infância ou adolescência, onde o envelhecimento vai ser desencadeado conforme o estilo de vida adotado ainda quando jovem (CANCELA, 2007).

O envelhecimento é marcado como a última fase de um percurso, um trajeto, ou seja, a etapa final de todo um processo sequencialmente já vivido, tendo início com a concepção e o desfecho na morte. E são vários os fatores que determinam o aceleração do envelhecer, dentre eles estão: situações de estresse (seja por traumas físicos ou psíquicos), que alteram o sistema imunológico; exposição às radiações com aumento na produção de radicais livres; cigarro; dietas inadequadas; e desnutrição (TIBO, 2007).

O fato de “ficar velho” é resultado de uma soma de fatores que atuam sobre o corpo humano no passar dos anos, ou seja, uma diminuição das funções internas corporais, orgânicas, que resultam também, em mudanças externas. Um exemplo são as diminuições de percepção do olfato, paladar, visão, que vão se “desgastando” com o tempo, ocorrendo degenerações em diversas estruturas funcionais, até mesmo nas células neuronais, sendo as informações, processadas e absorvidas com maior dificuldade nesta fase da vida (CARDOSO, 2009).

A visão, com o passar dos anos vai sofrendo modificações, como a perda do brilho, e o amarelamento do cristalino, o idoso passa a ter dificuldades para enxergar em ambientes mais escuros, e a percepção para visão longe e perto fica diminuída. Assim também, ocorre a perda auditiva, uma questão delicada, já que muitas vezes, ocorre o isolamento social, pela queda na capacidade comunicativa, gerando transtornos no cotidiano. A perda da sensibilidade do tato envolve tanto dificuldades de percepção de textura, temperatura, distinção de formas e tamanhos, como também de locomoção, onde o apoio com as mãos pode ficar comprometido (GLENN, 2006).

Porém, os fatores sensoriais que mais afetam a saúde, o bem-estar na velhice, são: o paladar e o olfato. Os sensores do paladar, presentes em forma de papilas gustativas na região lingual, bem como, a percepção de cheiro e odores pelas vias aéreas se deterioram muito com a idade. Com isso, os idosos ficam desestimulados, pois o sabor e o cheiro dos alimentos se alteram em relação à percepção, levando os idosos ao comprometimento da ingestão correta de alimentos. Então, um fator muito prejudicial que acaba ocorrendo é o aumento no uso de condimentos, sal, açúcar, pois os idosos não possuem mais a mesma sensibilidade para sentir o gosto salgado e doce nos alimentos, tentando compensar com o uso exagerado (LIMA, 2007).

Outra mudança que ocorre no organismo dos idosos está relacionada ao funcionamento do trato gastrointestinal, onde ocorre redução do peristaltismo por relaxamento da musculatura, diminuição da liberação de enzimas digestivas e comprometimento da absorção intestinal (FERRIOLI; MORIGUTI; LIMA, 2006).

Assim também, as doenças mais comuns da terceira idade são decorrentes, não somente de uma alimentação inadequada ao longo da vida, mas também, resultam de alterações nas funções dos órgãos. Como por exemplo, a Hipertensão Arterial que é acometida por modificações estruturais no sistema cardiovascular (alterações nas estruturas dos vasos sanguíneos, perda da elasticidade) e assim, como consequência, também ocorre uma má reabsorção de cálcio, prejudicando a massa óssea, ocasionando a perda da mesma. Mas, esses fatores também decorrem de uma alimentação desbalanceada, com excesso de sódio nos alimentos consumidos, ocasionando o aumento da pressão arterial (CARDOSO, 2009).

2.3 O ENVELHECER E OS GASTOS DO SISTEMA DE SAÚDE

Para a rede de saúde do governo, esse processo demográfico da população gera grandes gastos, despesas e investimentos, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS), quanto para os próprios indivíduos, com planos privados, já que o acesso a Planos de Saúde está mais próximo ao alcance da população, em especial os idosos. E nesta idade (60 anos ou mais), aumentam a procura pelo sistema de saúde, seja ele público ou privado, pois esta população se contém de uma saúde mais fragilizada, exposta no decorrer dos longos anos já vividos. Com isso, esta faixa etária demanda maiores cuidados, tanto em tratamentos quanto em programas de prevenção, que devem emergir com mais vigor e especificidade a partir de então (BAHIA, 2008).

Os gastos pelo governo com a saúde são conseqüentemente e paralelamente crescentes quando relacionados ao aumento da população idosa, uma vez que este soma o maior público na procura pelos sistemas de saúde. Segundo o Instituto de Estudo de Saúde Suplementar (IESS), entidade responsável por pesquisas na área da saúde, no ano de 2040 os gastos com a saúde dos idosos poderão ser de 40,8% a mais, quando relacionados aos gastos atuais, mostrando o quanto o envelhecimento acelerado dos brasileiros se torna preocupante para a economia do país (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010).

Para 2030, os gastos com a saúde serão de, aproximadamente, 35% a mais, o que representa, em valor, 80 bilhões de reais. Atualmente, os gastos no setor da saúde somam R\$53 bilhões. Com o crescimento, em número de habitante da terceira idade, aumentarão também os investimentos com Planos de Saúde. Segundo os estudos, no ano de 2030, os planos de saúde estarão em posse de 51 milhões de pessoas (BRASIL, 2012a).

2.4 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SEUS DESAFIOS NA SOCIEDADE

A saúde de uma pessoa idosa é sempre um desafio, tanto para a sociedade como para o governo. Pois quando se trata de uma saúde frágil, a demanda para o sistema de saúde aumenta, já que os agravos com doenças são mais comuns nesta idade. Portanto, faz-se necessário entender o decorrer da vida, os problemas mais comuns que surgem durante o passar dos anos, bem como a situação desta população dentro da sociedade onde ela está inserida (VICTOR et al., 2009).

A “substituição” das doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas foi carregada junto à transição demográfica com o aumento da taxa de envelhecimento populacional. Estudos indicam que a maioria das pessoas acima de 60 anos possuem algum tipo de cronicidade patológica, levando algumas dessas pessoas à dependência por perda parcial ou total da funcionalidade corporal. Com isso, em primeiro plano está a família, com a finalidade de auxiliar no cuidado, bem estar e no prolongamento de vida da pessoa idosa. Porém, muitos cuidados e procedimentos ficam limitados aos poucos conhecimentos sobre geriatria pela família, tendo os idosos muitas vezes, que se instalem em instituições de longa permanência (PAVARINIA et al., 2005).

Todo o processo de envelhecimento do país, a urbanização, as atuais estruturas familiares causam repercussão na saúde do idoso. Uma vez que, atualmente, jovens saem de casa mais cedo em busca de estudos, oportunidades de emprego, as mulheres ocupam cargos em empresas, basicamente todos os componentes da família possuem algum emprego, e os idosos acabam ficando sem os devidos e merecidos cuidados (COSTA; CIOSEK, 2010).

Para que a velhice seja uma fase mais amena, devem ser aplicadas intervenções na saúde o mais breve possível, diminuindo os índices de doenças crônicas não

transmissíveis, possibilitando as pessoas idosas uma melhor qualidade de vida, evitando o comprometimento da funcionalidade corpórea, para que não sejam dependentes e possam exercer atividades de lazer com mais vitalidade (PAVARINI et al., 2005).

Uma questão que está em destaque é a longevidade com qualidade, ou seja, alcançar a “melhor idade” com saúde, com melhores condições de vida. E isto é um dos desafios da saúde pública e de toda sociedade. Mas, ao mesmo tempo, torna-se um propósito positivo, um ponto de partida para estudos e projetos que tenham o objetivo de diminuir os índices de complicações nesta fase da vida. Pois as políticas de saúde devem focar na prevenção e no controle de doenças crônicas não transmissíveis, possibilitando que o público em questão veja que é possível levar uma vida mais saudável com pequenas mudanças nos hábitos de vida (ASSIS, 2005).

Portanto, é visível a importância de serem desenvolvidos e aplicados projetos educacionais, abrangendo os principais temas relacionados com a terceira idade, visando à promoção de saúde, com intuito de interagir e levar o conhecimento, mostrando que é possível viver com qualidade acima dos 60 anos de idade (BUENO et al., 2008).

Como toda sociedade almeja alcançar maiores expectativas de vida, os governos, juntamente com a sociedade, deverão iniciar um planejamento, organizando e aplicando estratégias que possam estagnar ou amenizar os gastos decorrentes do processo de envelhecimento. Estas estratégias devem contemplar todas as faixas etárias, realizando a promoção de saúde no decorrer de todas as etapas da vida, para que se alcance a velhice com mais saúde e vitalidade. Mas, se o governo, sociedade querem mesmo alcançar um positivismo em relação ao envelhecimento, deverão integrar em seus planejamentos a expressão “Envelhecimento Ativo”, como importante item para que os objetivos e propósitos sejam alcançados (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Quando se fala no estado de saúde das pessoas idosas, o Envelhecimento Ativo é um termo muito utilizado e abordado. Mas muitos ainda não possuem o devido conhecimento de sua importância e sobre seu significado. Segundo a OMS, a

definição de Envelhecimento Ativo é: “[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A palavra “Ativo” não se refere somente ao estado físico, capacidade de locomoção, mas sim, quer ressaltar que os idosos devem se manter ativos em relação aos acontecimentos e a vida social, participar da economia e outras atividades, com intuito de desviar o pensamento de que os idosos são pessoas incapazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; ASSIS, 2005).

A OMS, nos anos de 1990, implantou este termo “Envelhecimento Ativo” como um meio de chamar atenção para o envelhecimento saudável, baseado na disseminação dos direitos humanos dos idosos. De mesmo modo, teve como objetivo desviar o foco das necessidades para o conhecimento dos direitos a tratamentos e serem incluídos e vistos igualmente, sem discriminação social. O Envelhecimento Ativo possui três pilares: saúde (busca manter as taxas de doenças baixas, para uma melhor qualidade de vida e menores gastos com tratamentos), participação (contínua participação em questões socioeconômicas) e segurança (direitos dos idosos às questões de segurança, dignidade e cuidados gerais de responsabilidade familiar e social) (ALMEIDA, 2007).

Visando assim, prolongar a vida desta população, porém, com qualidade, bem-estar físico, mental e social (definição de saúde segundo a OMS), contemplando todos os idosos, independente de situação de fragilidade e/ou incapacidade física. Portanto, a necessidade de se estabelecerem políticas e projetos para a terceira idade é fundamental, devendo buscar a oferta do convívio social, repercutindo na prevenção e melhora da saúde do idoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

2.5 PROBLEMAS, PREVENÇÕES E AÇÕES NO ALCANCE DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Quando se fala em países emergentes e os relacionam ao processo de envelhecimento, o Brasil, segundo a ANS (2012) encontra-se em primeiro lugar no ranking dos países que mais envelhecem ao passar dos tempos. E com isso, conseqüentemente, ocorrem mudanças nos perfis relacionados à saúde da

população, causando modificações no modo de vida, tanto individual como a nível social (VERAS, 2000).

Desde 1962, a Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, vem desenvolvendo um estudo com base no modo de vida de dois grupos de pessoas, que atualmente estão com mais de 70 anos. Ambos os grupos, no decorrer dos anos, mantiveram hábitos de vida saudáveis, livres de cigarros e outras substâncias tóxicas, do excesso de peso e ativos em relação à atividade física. Os resultados foram surpreendentes, mostrando o retardo de 10 (dez) a 17 (dezesete) anos do aparecimento de doenças típicas do envelhecimento, ou seja, as pessoas podem viver bem e com maior qualidade de vida por mais tempo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

Antes, pensava-se que o envelhecimento dependia, em sua maioria, apenas dos serviços médicos de saúde. Porém, atualmente, o ponto de vista para a resolução de vários problemas provenientes do envelhecimento está voltado para as políticas públicas de saúde com modelos preventivos e para a sociedade como um todo. Com isso, espera-se, principalmente, que sejam produzidos e incluídos alimentos mais saudáveis, melhorando a qualidade de vida das pessoas, bem como, realizar a promoção de uma alimentação mais saudável, modificando assim os hábitos alimentares (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007; BRASIL, 2008).

O editor-chefe do *American Journal of Health Promotion*, pesquisador Michael O'Donnell, relata que "As lanchonetes das grandes redes de comida rápida vendem produtos baratos, mas que não agregam nada à saúde [...]", visando que a má alimentação só trará prejuízos à saúde do indivíduo, e em longo prazo, resultará em gastos pelo sistema de saúde. O'Donnell reforça ainda "[...] Nosso organismo se vicia facilmente em gordura e açúcar que se encontram em profusão nesses alimentos, desenhados exatamente para isso", uma vez que a mídia influencia na ingestão destes alimentos, mas nunca aponta os riscos de consumi-los com frequência e em excesso (O'DONNELL apud AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

A promoção à saúde é um dos componentes e, também, um dos objetivos mais importantes quando se fala em atenção primária à saúde. Portanto, como o sistema

de saúde passa a cada dia ter maiores gastos, a promoção à saúde pode e deve ser utilizada como uma ferramenta primordial no combate e na prevenção de patologias e complicações que surgem na população em fase de envelhecimento. E um dos itens fundamentais da promoção à saúde são a alimentação e a nutrição (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Então, é importante mostrar os riscos e deixar claro à população que o consumo inadequado e exagerado de determinados alimentos, o excesso de sal e condimentos, frituras e/ou gorduras em geral são prejudiciais à saúde. Assim também, o consumo de bebidas alcoólicas e cigarro, acarretam grandes gastos com a saúde, já que estes indivíduos ficam mais expostos a desenvolverem determinadas patologias e complicações decorrentes dos maus hábitos de vida. Se a população adotasse um estilo saudável de vida, com atividade física presente e uma alimentação balanceada, corresponderiam na economia de 70% nos gastos gerados com a saúde. Ou seja, se esses hábitos forem adotados, resultarão em uma sociedade mais saudável e conseqüentemente mais econômica para o governo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

A alimentação de qualidade é um dos benefícios que o Estado, juntamente com a sociedade deve garantir à população, para que tenham um desenvolvimento saudável com repercussão no bem-estar e queda nos índices de doenças acometidas pela má nutrição. No entanto, a considerada “boa nutrição” está ofuscada, à medida que a população alcança melhores condições de vida, financeiramente falando. A alimentação de qualidade dá espaço para preparações rápidas e simples, popularmente conhecida como *fast foods*, e surge então a transição nutricional. A desnutrição ainda permanece visível, porém, não tanto quanto o sobrepeso e a obesidade, decorrentes dos excessos alimentares errôneos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Assim como o envelhecimento, o sobrepeso e a obesidade vêm se tornando alvo de preocupações pelo sistema de saúde. Estes dois eventos, o envelhecer e a transição nutricional, emergem juntamente, onde o peso ideal, sem excessos, está cada vez mais longe da realidade na terceira idade. Já considerado uma epidemia social, o excesso de peso compromete todo o organismo, tanto psicologicamente quanto na fisiologia, no bom funcionamento do corpo. E este é um ponto de partida

para várias outras complicações e agravos, podendo ser base, por exemplo, para o surgimento da hipertensão (PEREIRA; HELENE, 2006).

A busca pela perda de peso e um estilo de vida saudável vem se tornando uma luta que a sociedade, juntamente com os profissionais de saúde, devem se impor para vencer. São várias as possibilidades de influenciar o positivismo para a adoção de um hábito saudável. A indústria e o comércio têm colocado à disposição das pessoas alimentos que beneficiam e auxiliam no bem-estar. O consumo de alimentos regionais, por exemplo, estimula não somente a busca de uma alimentação equilibrada, mas também, auxilia na manutenção dos hábitos regionais, reforçando a tradição culinária local (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Para os profissionais de saúde, devem valer-se do educar, reeducar, ensinar, transmitir informações de modo a fixá-las e fazer com que as pessoas vivam e executem as informações, partindo da autoconfiança para tomar a decisão de mudar, de praticar uma vida mais natural e saudável, buscando encontrar o bem-estar do próprio corpo e mantê-lo ativo (PEREIRA; HELENE, 2006).

É perceptível que há alguns anos o governo iniciou um investimento no âmbito da saúde e que até os dias atuais faz grande diferença quando relacionado à prevenção e tratamento. Quando se fala em família, o SUS compreende a integralidade da saúde familiar (crianças, adultos, idosos, etc.). Com o passar dos anos, o SUS se renovou, evoluindo com novos conceitos, e estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu em 1994, e tinha como foco a atenção primária (GEUS et al., 2011).

A atenção primária já é conhecida há algum tempo, e fez papéis importantes para com a saúde de muitas pessoas. Porém, assim como outras áreas da saúde evoluem, o campo da atenção primária deveria estar ampliando seu espaço de ação, colocando em prática toda a definição escrita dos seus principais objetivos. Mas, muitas vezes falta o empenho por parte do governo e sociedade, já que para criar grupos de ação, é preciso ter o apoio de pessoas, mobilização dos profissionais de saúde, recém-formados ou não, e o alavancar da sociedade em busca dos seus direitos (GEUS et al., 2011; CONILL, 2002).

O Pacto Pela Saúde, que contém suas Diretrizes na Portaria/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, apresenta-se com três importantes áreas: pela Vida, em Defesa

do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida traz diversos compromissos e prioridades como: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e mama; promoção à saúde; fortalecimento da atenção básica. Estando em destaque no Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece pela primeira vez entre as políticas de saúde do país, demonstrando o início da preocupação com a população idosa do Brasil. A partir de então, foram firmados compromissos com o SUS, tendo como objetivo a melhoria das condições de saúde das pessoas e com visão na saúde do idoso (BRASIL, 2010b).

Porém, balancear os objetivos propostos com o cooperar, integrar e agir das equipes profissionais está cada vez mais difícil, pois muitas vezes faltam conhecimentos específicos e preparação para as novas demandas do sistema de saúde (GEUS et al., 2011).

As alterações na demografia populacional do país têm refletido nitidamente no aumento da demanda de casos de morbimortalidade, resultado da transição epidemiológica, com o aumento no número de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, que estão diretamente relacionadas aos hábitos alimentares e a falta de atividade física (GEUS et al., 2011).

A obesidade, também classificada como uma doença não transmissível acomete desde crianças a idosos. Sabe-se que uma criança obesa, sem cuidados, tem grande possibilidade de se tornar um adulto obeso, persistindo até a terceira idade, causando gastos com a saúde e intervindo na vida social como um bloqueio para algumas atividades de lazer. Mas, a desnutrição ainda se faz presente na sociedade brasileira, com a baixa aquisição de alimentos e a privação de nutrientes para a manutenção orgânica corporal. E assim como a desnutrição, a obesidade também decorre de uma má nutrição, com excessos de gorduras e carboidratos simples, que em geral, são mais acessíveis ao bolso do consumidor. Sendo a obesidade mais vista nas regiões desenvolvidas do Brasil (sul e sudeste) (GEUS et al., 2011).

A nutrição emerge então com um papel crucial, visando na atenção primária do controle e na prevenção de distúrbios nutricionais, que geram gastos para o sistema de saúde. Uma vez que deste quadro nutricional desfavorável decorrem várias doenças, podendo ser evitadas com uma educação ou reeducação alimentar e nutricional aplicada por profissionais da área (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

2.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O Brasil, assim como vários outros países, tem passado por importantes e preocupantes transformações demográficas, onde a taxa de fecundidade e mortalidade caíram, gerando um constante crescimento marca o aumento da expectativa de vida e, como consequência, a rápida progressão do envelhecimento na população brasileira (ALVES et al., 2007).

Este evento que mostra o acentuado aumento da expectativa de vida traz, juntamente, uma carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que acometem os idosos, que mesmo vivendo mais tempo, passam por dificuldades e complicações acarretando o comprometimento funcional, alterando, muitas vezes, atividades do cotidiano, onde tarefas simples não são mais realizadas, gerando uma dependência pelo idoso, implicando nos cuidados pela família, sociedade e pelo governo (ALVES et al., 2007).

Com isso, o processo de envelhecer vem reforçando o quanto é importante manter a saúde durante todas as idades, com hábitos de vida saudáveis. O envelhecimento, por si só, já é um fator que auxilia para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), porém, é visto que uma trajetória de vida mais natural, saudável e com a presença de atividade física regular diminui a frequência e, também, a gravidade de algumas complicações na terceira idade, podendo o idoso desfrutar com mais vitalidade a sua prolongada expectativa de vida (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

Segundo as Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, v. 8, p.15-16, 2008):

As DCNTs se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais.

As DCNTs surgiram com a transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas e parasitárias deram lugar as doenças crônicas, gerando uma alarmante demanda para o Sistema Único de Saúde (SUS) (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

O envelhecer é um acontecimento inevitável, e no decorrer deste processo o corpo vai sofrendo modificações fisiológicas, funcionais e estruturais, levando a uma série

de transformações externas (pele mais ressecada, rugas) e internas (alterações no sistema cardiovascular, ósseo, sensorial), o que favorece o desenvolvimento de doenças, pois o corpo está mais “desprotegido”, e as doenças encontram facilidade para se instalarem (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005).

As doenças crônicas, em especial as que acometem o sistema cardiovascular, aumentam sua incidência conforme a idade, porém, essas e outras complicações podem ter seu surgimento retardado e com menor intensidade nos efeitos (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

Estudos realizados em 193 países pela OMS lista como a maior causa de morte no mundo, responsável por matar cerca de 36 milhões de pessoas em 2008, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). E entre as DCNTs mais prevalentes, encontra-se em ordem de maior causa de morte: as doenças cardiovasculares, o câncer, doenças crônicas respiratórias e diabetes. Os riscos de morte pelas doenças crônicas são três vezes maiores em países pobres, acometendo tanto homens e mulheres, não chegando aos 60 anos de idade (BRASIL, 2011b).

Sendo um problema globalizado, as DCNTs afetam, principalmente, os países economicamente desfavoráveis, ou seja, a carga destas doenças recai principalmente em sociedades menos desenvolvidas. No Brasil, as DCNTs foram a causa de morte de 72% dos óbitos constatados no ano de 2007. Uma vez que vários países, entre eles o Brasil, passaram e estão passando por uma transição nutricional, no qual as pessoas começam a ter acesso aos alimentos industrializados, comidas rápidas em geral, até mesmo pelo conturbado cotidiano, e adquire maus hábitos alimentares, o que leva a uma maior exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (SCHMIDT et al., 2011).

Os fatores responsáveis pelo desencadeamento das DCNTs dividem-se em dois grupos: os fatores modificáveis e os não modificáveis. Os modificáveis estão relacionados aos fatos habituais do dia a dia, como o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, ser tabagista, sedentário e ter uma alimentação desequilibrada e errônea, sendo classificadas como modificáveis, pois há como mudar este quadro para uma melhor qualidade de vida, com vista para a prevenção, são somente das doenças

crônicas, mas de todos os riscos para a saúde humana. Já os fatores não modificáveis, estes não são possíveis de serem alterados para a prevenção, sendo compostos pela genética, sexo e a idade (BRASIL, 2008).

Sabendo que as doenças crônicas, em sua maioria, são decorrentes de fatores associados e cumulativos, a Organização Mundial da Saúde, já no ano de 2002, propôs um método preventivo abordando as diversas faixas etárias, onde a meta era melhorar a qualidade de vida das pessoas, abordando a importância de se evitar alguns maus hábitos, como: consumo de bebidas alcoólicas, nicotina, má alimentação, sedentarismo, acarretando a obesidade. Uma vez que a junção destes hábitos e o não controle e tratamento dos mesmos pode gerar várias complicações no organismo humano, levando a vários riscos, entre eles: o aparecimento de distúrbios metabólicos, predisposição à diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, como a hipertensão, que geralmente desencadeadas nos idosos pela maior fragilidade da saúde (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

E foi com base nos métodos de prevenção da OMS citados acima, que o Ministério da Saúde (MS) teve como ponto de partida para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dants). Este termo Dants está sendo muito utilizado quando se fala em DCNTs. Logo após foi criado o Sisdant (Sistema de Doenças e Agravos Não Transmissíveis) com o intuito de complementar o Dants para melhores resultados. O objetivo integrado destes programas é reunir o máximo de informações sobre as DCNTs, como: populações e fatores de risco, condições ambientais, e socioeconômicas que possam culminar no surgimento das doenças crônicas, visando à prevenção com a implantação de políticas de públicas com visão na promoção à saúde, criando estratégias e planos de ações com visão preventiva e de controle (CASADO; VIANNA; THULER, 2009; BRASIL, 2012b).

2.7 HIPERTENSÃO: DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL QUE ACOMETE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo pelo qual há desgastes do sistema fisiológico, sendo essa condição um evento inevitável e com progressão gradual cada vez mais visto pela população brasileira (OLIVEIRA et al., 2008).

As alterações na pressão arterial são comumente observadas na terceira idade, sendo um dos fatores que levam essa população a um quadro de morbidade e mortalidade, e os primeiros sinais e alterações fisiológicas que levam ao aumento da pressão arterial já surgem a partir dos 50 anos de idade. Isso ocorre, pois nessa faixa etária o corpo passa a sofrer modificações internas mais intensas, levando a uma rigidez dos vasos sanguíneos e artérias, tornando-os menos “elásticos”, ou seja, não ficam flexíveis diante de diferentes fluxos do sangue, aumentando assim a pressão dentro dos vasos, caracterizada por Hipertensão Arterial (HA) (LIBERMAN, 2007).

Quanto às causas da Hipertensão Arterial (HA), elas podem ser divididas em duas variáveis: modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis são todos aqueles relacionados aos hábitos de vida dos indivíduos, que se não forem alterados a tempo, trarão consequências imediatas ou tardias, sendo projetadas no envelhecimento. São elas: bebidas alcoólicas, cigarros, excessos de gorduras e sal na alimentação, ingestão inadequada de nutrientes e fibras, sedentarismo, diabetes e obesidade. Já os fatores não modificáveis estão na herança genética, sexo, idade e raça (OLIVEIRA et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde definiu que o consumo máximo recomendado de sal por dia, para que não haja comprometimento e desencadeamento da elevação da pressão arterial, é de 5g por dia. Nestes 5g de cloreto de sódio (sal de cozinha) estão contidos 2g de sódio, sendo então, o limite permitido para um consumo saudável. No entanto, a população brasileira tem consumido o dobro desta recomendação, estando mais expostos aos riscos de desenvolverem Hipertensão Arterial (HA) e, conseqüentemente, agravos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2007, foi registrada que a internação de idosos decorrentes de problemas cardiovasculares foi de 27,4% em todo o país (SCHMIDT et al., 2011).

Os níveis de pressão arterial considerado normal para o ser humano, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 125 mm/Hg por 80 mm/Hg, sendo este o valor limítrofe para a normalidade da pressão sistólica e diastólica, respectivamente mencionadas. A Sociedade Européia de Cardiologia (ESC) e a Sociedade Européia de Hipertensão (ESH), já no ano de 2007, definiram que o quadro de Pressão Arterial elevada seria dado com os valores da pressão sistólica entre 130 a 135 mm/Hg e de 85 mm/Hg para a pressão diastólica (WILLIAMS, 2010).

Outros fatores que, além do envelhecimento, estão associados com o desencadeamento da Hipertensão Arterial (HA), é a obesidade aliada ao sedentarismo, que, conseqüentemente, aumentam os riscos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de doenças isquêmicas do coração (MONTENEGRO NETO et al., 2008).

No Brasil, o dia 26 de abril é dado como o Dia de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial (BRASIL, 2011c).

A Hipertensão Arterial atinge um surpreendente número: 600 milhões de pessoas no mundo são hipertensas. No Brasil, a parcela de pessoas hipertensas é de, aproximadamente, 25% da população total. Infelizmente, as alterações da pressão arterial já atingem, em média, 5% das crianças e adolescentes no país, o que representa um fato muito preocupante. Nos idosos, o número de acometidos pela doença chega a superar os 50% (BRASIL, 2011c).

Com o intuito de prevenir e monitorar não só a Hipertensão Arterial, mas também o Diabetes na população brasileira, o Ministério da Saúde, no ano de 2002, criou o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), visando reduzir o número de complicações decorrentes destas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), bem como evitar o surgimento das mesmas. Portanto, ao ser diagnosticado nas unidades de saúde, hipertensos e diabéticos são incluídos no programa HiperDia, onde são disponibilizados também os medicamentos necessários no tratamento e é realizado o acompanhamento,

gerando um importante banco de dados referente à prevalência dessas doenças na população (MONTENEGRO NETO et al., 2008; JARDIM; LEAL, 2009).

Para que o envelhecer seja mais saudável, com melhores condições de vida, lazer, bem-estar, deve haver um empenho multiprofissional nesta etapa da vida. Pois ela decorre de múltiplos fatores, exigindo, então, orientações e cuidados de vários profissionais, relacionado não só com a Hipertensão Arterial (HA), mas todas outras complicações, para que o seu tratamento e prevenção sejam efetivos. Devendo assim, buscar e propagar meios de melhoria no cotidiano dos idosos, proporcionando e a eles e a sociedade uma redução da morbidade e isolamento social, para que isso não afete negativamente esta fase da vida, evitando o desencadeamento de DCNTs (OLIVEIRA et al., 2008).

Além disso, espera-se para 2020 que 73% das mortes no mundo sejam decorrentes de DCNTs (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

A porcentagem de óbitos decorrentes de DCNTs que acometem os brasileiros soma 72%, estando em primeiro lugar no ranking as complicações do aparelho circulatório, representando 31,3% das mortes (SCHMIDT et al. apud MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

O Ministério da Saúde já implantou, com o apoio de diversas instituições, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022”. Visto a grande importância, este documento foi divulgado na Reunião de Alto Nível da ONU, nos dias 19 e 20 de setembro de 2011, e desde então, tornou-se ponto de debates em diversas conferências e congressos no âmbito da saúde. A elaboração deste documento foi um método de apoio e compromisso dos diversos órgãos que gerem o SUS para com a população (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Este Plano proposto pelo Ministério da Saúde deve preparar o Brasil e mobilizar a sociedade em geral, para que todos estejam preparados para não só enfrentar, mas prevenir as DCTNs para os próximos anos. Ainda, reforça que a alimentação e a atividade física dos brasileiros estão abaixo das recomendações, sendo um dos principais fatores de risco para as DCNTs (BRASIL, 2011e).

Portanto, vê-se que a equipe multiprofissional deve estar composta não somente por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, agentes sociais, mas também, ter um

nutricionista como peça fundamental. Pois a partir de um diagnóstico nutricional, é possível realizar intervenções nos hábitos alimentares, visando o menor consumo de sódio na alimentação. É importante realizar uma anamnese alimentar, observando a frequência e quantidade dos alimentos ingeridos, bem como a procedência dos mesmos, se naturais ou industrializados, alertando e realizando uma educação nutricional com esses idosos, membros da família e/ou cuidadores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2.8 FATORES NUTRICIONAIS QUE AFETAM A SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento, dentre tantas variáveis, decorre de alterações nos processos fisiológicos do corpo e das ações de fatores ambientais sobre o indivíduo ao longo dos anos. Há estudos que indicam o envelhecimento como resultado de uma replicação comprometida do DNA (Ácido Desoxirribonucleico), levando ao desgaste celular com comprometimento de suas funções e, conseqüentemente, afetando os órgãos em geral. Mas, correlacionam ainda, o fato de envelhecer com a ação de radicais livres (que são moléculas que possuem um elétron não pareado, não reduzindo todo oxigênio durante a reação, podendo agredir outras células e até mesmo o DNA) e alterações do metabolismo corpóreo (MONTEIRO, 2009; PEREIRA, C.; PEREIRA, C. T., 2012).

Os idosos são, dentre todas as outras faixas etárias, a que se encontra em maior situação de risco em relação às condições nutricionais. Os riscos aumentam à medida que surgem as dificuldades de mobilidade, consciência e alterações emocionais, pois tanto há impasse na aquisição e preparação das refeições, como no seu consumo, pois pode surgir um quadro de anorexia frente a estresses e alterações de humor, e o idoso não consome o necessário para manter seu metabolismo ideal. Ainda há alterações dos sentidos como o olfato, paladar e a visão, que de certa forma, prejudicam o ato de se alimentar adequadamente, tendo a diminuição das percepções que caracterizam o alimento a ser consumido. E a partir daí, se manifestam as alterações na composição do corpo, no metabolismo e na saúde do idoso (MONTEIRO, 2009).

O paladar e o odor são os dois sentidos que mais comprometem a ingestão adequada de alimentos. Ao passar dos anos, a distinção do doce, amargo, ácido e

salgado vão se perdendo, pois as papilas gustativas (localizadas na língua e responsáveis pela distinção dos sabores) vão se “desgastando”, uma vez que as células do corpo têm suas funções diminuídas por ações de radicais livres, medicamentos e outros fatores ao longo dos tempos. Esse fato é mais comum após os 60 anos, e trazem além da perda de sensibilidade em relação ao sabor, prejuízos na ação do ácido clorídrico e secreções pancreáticas, levando às dificuldades e comprometimento do consumo de alimentos em proporções adequadas, gerando privações de nutrientes essenciais para a manutenção e preservação das funções vitais (MONTEIRO, 2009; CARDOSO, 2009).

Uma nutrição de qualidade aliado a atividade física é indispensável em todas as fases da vida, refletindo de modo positivo na velhice. Em relação à necessidade energética, esta é facilmente alterada, pois no envelhecimento ocorre à dificuldade de mastigação, deglutição, absorção, podendo os tecidos e órgãos não utilizar esses substratos de forma completa para suas funções. Esse quadro pode levar a uma “desorganização” de todo o sistema endócrino e emocional, que refletirão em um estado nutricional desfavorável (MONTEIRO, 2009).

Relacionada à Hipertensão Arterial, a qualidade de vida e saúde dos idosos podem ser melhoradas tendo alguns cuidados com alguns hábitos alimentares, nutricionais (IMC adequado) e atividade física, que são consideradas intervenções não-medicamentosas, promovendo benefícios no estado nutricional e no controle da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Alguns destes cuidados nutricionais e mudanças no hábito de vida para o controle da Hipertensão durante a terceira idade são (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999; GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007):

- a) Manter o IMC entre 22 a 27 kg/m³ (uma vez que a pressão arterial se eleva paralelamente ao aumento do IMC);
- b) Reduzir no consumo de sal para 2,4g/dia;
- c) Moderar o consumo de bebidas alcoólicas (30 ml de etanol para os homens (300 ml de vinho, por exemplo) e 15 ml para mulheres);
- d) Consumir uma dieta rica em fibras, com cereais integrais, frutas, legumes e verduras todos os dias;

- e) Evitar alimentos gordurosos, ricos em gordura saturada (o consumo deve ser inferior a 10% do total de gordura da dieta) e colesterol (recomenda-se que o consumo seja inferior a 300mg/dia);
- f) Optar por leite e derivados com um teor reduzido de gordura (semi-desnatados ou desnatados);
- g) Evitar ou parar de fumar (uma vez que a nicotina, presente nos cigarros, aumenta a frequência cardíaca e a pressão arterial, pela ação de catecolaminas);
- h) Praticar atividade física (aumenta os níveis de HDL e atua no controle da pressão arterial, diminuindo os riscos de complicações coronarianas. A massa óssea também tem sua densidade aumentada na presença de exercício físico, o que auxilia no tratamento da osteoporose e na coordenação dos movimentos e aumento da força muscular).

Quando se fala em concentração de sódio nos alimentos, os principais que devem ter seu consumo moderado ou evitado, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia (1999) são:

- a) Temperos, condimentos e alimentos industrializados (enlatados, molhos, preparações semi-prontas);
- b) Embutidos (presunto, salsicha, linguiça);
- c) Alimentos em conserva;
- d) Carnes secas, defumados em geral, bacalhau;
- e) Queijos, manteigas com sal.

O controle da ingestão de sal é tanto benéfico para promover a redução da pressão arterial, quanto para prevenir o surgimento da osteoporose, uma vez que ao diminuir o consumo de sal, ocorre a diminuição da excreção de cálcio na urina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999).

2.8.1 O envelhecer e sua relação com a desnutrição

A desnutrição é um desbalanço negativo entre necessidade energética do corpo e aquisição e utilização de nutrientes, sendo consequência da baixa e/ou inadequada ingestão alimentar. A desnutrição é ainda umas das complicações nutricionais que mais afetam a saúde do idoso, podendo desencadear, dentre outras complicações, distúrbios nutricionais levando a riscos elevados de infecção, queda da qualidade de vida/saúde, surgimento de doenças e aumento da mortalidade (SOUSA; GUARIENTO, 2009).

O diagnóstico nutricional na terceira idade é essencial para o controle e a prevenção da desnutrição. O conhecimento da histórica social e os dados antropométricos são métodos simples e fundamentais para aplicar às pessoas fora do ambiente hospitalar. A antropometria é um método não invasivo, de fácil e rápida aplicação, baixo custo e conta com resultados simples, porém, correlacionando seus dados é possível chegar a um diagnóstico, possibilitando traçar planos de ação para o controle e/ou correção dos distúrbios nutricionais (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007).

As aplicações dos métodos antropométricos podem englobar: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferências da cintura, quadril, braço e taxa de gordura corpórea. Com relação a esses dados antropométricos, a desnutrição pode ser facilmente diagnosticada por alguns parâmetros, como: perda de peso superior a 5% dentro de um mês; Índice de Massa Corporal (IMC) com resultados inferiores a 22 kg/m²; e circunferência muscular do braço com números inferiores ao percentil 10 (SOUSA; GUARIENTO, 2009).

O idoso desnutrido tende a ter maiores chances de desenvolver doenças crônicas e complicações nas doenças agudas, pois a queda do estado nutricional, decorrente da desnutrição, desfavorece o processo de reparação das doenças, e por sua vez, leva a complicações da mesma, debilitando ainda mais a frágil saúde do idoso (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007).

As doenças crônicas não transmissíveis também são desencadeadoras de risco nutricional, uma vez que alteram a fisiologia do organismo, diminuindo muitas vezes a absorção dos nutrientes e sua correta utilização. E na presença de determinadas

doenças crônicas, tem-se a privação da ingestão de alguns alimentos. Então, cria-se um ciclo entre nutrição-doença (MONTEIRO, 2009).

Na fisiologia do envelhecimento têm-se desde as alterações gustativas, com diminuição da percepção de sabores, de sede, motilidade inadequada do intestino levando à constipação, como também as alterações do metabolismo basal e redistribuição da gordura corpórea (SOUSA; GUARIENTO, 2009).

Mas, esse aumento da gordura corporal pode levar o idoso, muitas vezes, às condições de sobrepeso e obesidade, sendo outro fator de risco para a saúde deste público tão susceptível a doenças e infecções. Na obesidade podem ser desencadeadas diversas reações negativas do organismo, dentre elas, novamente encontram-se as doenças crônicas não transmissíveis, sendo elas fruto de alterações nos hábitos saudáveis de vida ao longo das faixas etárias, mostrando seus resultados, quase sempre, no envelhecimento (BUENO et al., 2008).

O envelhecimento é um acontecimento natural dos seres humanos, não podendo ser evitado, mas sim, retardado com relação às suas consequências e complicações. O idoso, a partir dos 60 anos, começa a ter perda de massa magra e concentração de tecido adiposo, principalmente na região abdominal, se tornando fator de risco para desenvolver resistência insulínica, podendo levar ao diabetes. Mas, ainda há alterações dos vasos sanguíneos, o que pode culminar em um quadro hipertensivo (BUENO et al., 2008; MENEZES; MARUCCI, 2005).

2.8.2 A epidemia da obesidade atinge a terceira idade

Já considerada uma doença crônica não transmissível, a obesidade está ocupando o primeiro lugar da listagem das dez principais doenças que acometem o estado de saúde da população, sendo considerada também uma epidemia. Crescente à medida que melhora às condições econômicas da sociedade e paralela ao sedentarismo, a obesidade veio como um problema global, acometendo altos investimentos com o sistema de saúde (CRUZ et al., 2004).

Quando se trata de obesidade na velhice, ela pode ser detectada através de métodos antropométricos simples, como o IMC (Índice de Massa Corporal) e CC (Circunferência da Cintura), uma vez que é típico da idade ocorrer à redistribuição

da gordura corporal e diminuição da estatura, devendo utilizar métodos com resultados cruzados para que se tenha um diagnóstico mais preciso. A obesidade é, primeiramente, diagnosticada no idoso quando o IMC (peso/altura²) ultrapassa 27 kg/m². E é considerado eutrófico o idoso com IMC entre 22 a 27 kg/m² (REIS; BARBIERO; RIBAS, 2008; LIPSCHITZ, 1994).

Segundo estudos realizados com idosos no Brasil, 25% dos homens com Circunferência da Cintura (CC) limítrofe tem riscos de apresentar problemas cardiovasculares. Já em relação às mulheres, os índices são mais preocupantes, onde 50% apresentam riscos cardiovasculares em relação à CC aumentada (MARUCCI; BARBOSA, 2003).

Há estudos que utilizam outros pontos de corte para o IMC do idoso. Em 2003, foi realizado o projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) em São Paulo, onde os valores de referência para IMC, recomendado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), são: baixo peso (IMC inferior a 18,5 kg/m²); eutrofia (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²); pré-obesidade (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²); e obesidade (IMC superior a 30 kg/m²) (MARUCCI; BARBOSA, 2003). Contudo, ainda a caracterização de Lipschitz (1994) é mais empregada em trabalhos científicos, utilizando-se a seguinte classificação: baixo peso (resultado inferior a 22kg/m²), eutrofia (entre 22kg/m² e 27kg/m²) e sobrepeso (acima de 27kg/m²).

A medida circunferência da cintura (CC) é essencial, pois mostra se há ou não localização acumulada de gordura nessa região. A circunferência da cintura expressa valores preocupantes quando, em mulheres acima de 80 cm, e em homens, acima de 94 cm, caracterizado com Risco aumentado. Têm-se ainda valores para Risco muito aumentado para mulheres e homens, sendo de acima de 88 cm e acima de 102 cm, respectivamente. O Risco aumentado já implica no alerta para o perigo do excesso de gordura localizada associando aos riscos cardiovasculares e metabólicos. A circunferência do braço (CB) em idosos tende a diminuir devido à perda de massa magra típico da idade, em compensação, a circunferência da cintura aumenta pelo deslocamento da gordura para região central (MENEZES; MARUCCI, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION apud CALIXTO-LIMA; GONZALES, 2013).

Toda e qualquer análise antropométrica realizada em uma população ou indivíduo idoso deve ser feita com muita cautela, observando vários fatores e comparando os resultados com os pontos de corte (valores de referências padronizados) de acordo com a idade e o sexo, pois este público apresenta uma composição corporal modificada fisiologicamente. No mais, é necessário cruzar informações, como IMC e CC, sendo os resultados finais mais preciso, possibilitando, por exemplo, o diagnóstico para possíveis riscos cardiovasculares (MORETTO et al., 2012)

Os métodos de antropometria atualmente utilizados tiveram origem no final do século XIX, sendo desenvolvidos por antropologistas, cuja finalidade é demonstrar as diferenças no corpo humano. Sendo um método fácil aplicabilidade, de modo não invasivo a quem se submeta e baixo custo de aplicação, a antropometria avalia de forma rápida a altura, peso, proporção e composição corporal. Ainda, os resultados devem ser comparados com as referências padrões tabelados, onde alguns diferem em sexo e idade (ACUÑA; CRUZ, 2004).

Uma publicação da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) mostra um estudo realizado na Clínica Mayo (EUA), onde o resultado de eutrofia na antropometria do IMC em indivíduos que possuem acúmulo de gordura abdominal, chamada de obesidade central, serve como alerta, atenção para as grandes chances de desenvolverem algum problema coronariano. Ainda segundo a pesquisadora, devem ser relacionados os resultados de IMC com outros parâmetros, como a CC, pois algumas pessoas apresentam o peso normal, porém, com redistribuição da gordura para a região abdominal, o que caracteriza um risco de 61% de morte em relação a quem somente possui um IMC elevado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2013).

No 8º Simpósio Latino-Americano de Ciências de Alimentos, foram citados como desencadeadores do processo de obesidade: a indústria, a família, a escola, mercados alimentícios e o próprio indivíduo que consome, que se deixa levar, muitas vezes, por propagandas dos meios de comunicação, outro grande vilão dos maus hábitos alimentares. Estima-se que um quinto da população esteja acima do peso ideal. E parte da culpa por estes resultados insatisfatórios é dos governos, que deveriam investir em campanhas de incentivo ao consumo de produtos naturais, como frutas, legumes e verduras, visando diminuir o surpreendente número de 300

milhões de obesos no mundo. Mas ainda há tempo para fazer. É necessário educar desde cedo, com perspectivas em uma vida saudável e duradoura, exalando vitalidade e bem-estar até a velhice (SANTOS, 2009).

Considerada uma crise global em nível de saúde, segundo a ABESO (2012), a obesidade ultrapassa os indicadores, ficando à frente do número de pessoas que passam fome no mundo. Para se ter uma melhor idéia, no Brasil, os obesos já somam cerca de 10 milhões de pessoas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2012).

E este número tende a aumentar, pois a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), comparou os resultados, onde computaram no ano de 2006 que a população acima do peso correspondia a 42,7% dos brasileiros e, na última pesquisa realizada em 2011, o excesso de peso já atinge, cerca de, 48,5% da população nacional, refletindo nas más condições de vida previstas para a terceira idade (BRASIL, 2013).

A sociedade deve se empenhar na busca pela melhoria das condições de vida dos idosos, com projetos e programas voltados para este público, uma vez que são pessoas que fizeram parte da construção de toda uma história social. A nutrição, então, deve entrar como prioridade na prevenção primária da saúde, não somente do idoso, mas de toda a população. Uma vez que todos envelhecem um dia, fato este que não se pode evitar, mas podem-se minimizar as complicações, adquirindo hábitos saudáveis de vida (livre de cigarro, bebidas, praticando atividades e alimentação saudável) (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009).

Vê-se então a importância de um estado nutricional adequado e correto ao longo da vida, para que se chegue à velhice com saúde e vitalidade. A balança do bem-estar deve manter-se equilibrada, não podendo o idoso estar desnutrido e nem no sobrepeso/obesidade, pois ambos os quadros são responsáveis por desencadear infecções, agravos nas fases agudas de doenças, e surgimento de doenças crônicas (BUENO et al., 2008).

A partir dos conhecimentos prévios dos distúrbios nutricionais que afetam a população idosa brasileira, vê-se a importância de aprofundar os conhecimentos e estudos, com modelos de intervenção na busca pela prevenção de tais fatores que decorrem da má nutrição. Com isso, será possível diminuir as complicações do

envelhecimento, atuando primeiramente no hábito alimentar e sua correlação com as doenças crônicas não transmissíveis, sendo um desafio mundial com “proporções epidêmicas”, como disse Margaret Chan, diretora da Organização Mundial de Saúde (MONTEIRO, 2009; CHAN apud ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa (busca de solução e resultados dos problemas e objetivos propostos) teve por base um estudo transversal, cuja aplicação e resultados foram obtidos no mesmo período histórico, com um corte de tempo na população estudada, caracterizada como amostragem. Ainda foi realizada de forma descritiva, onde na pesquisa foram empregadas técnicas padronizadas, no caso em estudo técnicas antropométricas, que compuseram a coleta de dados (BORDALO, 2006).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população estuda foram os idosos regularmente inscritos e frequentadores ativos do Centro de Convivência da Terceira Idade, localizado no Bairro Jardim da Penha, Vitória/ES. A amostra foi composta por aproximadamente 2,2 % dos frequentadores, que equivale hoje a 20 idosos, obrigatoriamente com idade igual ou superior a 60 anos, sendo eles hipertensos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Após a realização do levantamento teórico do trabalho, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética Plataforma Brasil para análise.

Após aprovação, foi apresentada uma Carta de Autorização (APÊNDICE A) ao Centro de Convivência para que a pesquisa fosse iniciada. Do mesmo modo, foi posto um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (elaborado em conformidade com a resolução CNS 196/96) aos participantes da pesquisa que, voluntariamente, aceitaram participar do estudo.

Os participantes ficaram cientes de que este trabalho não acarretaria nenhum tipo de risco, e também não seria prejudicial a sua saúde, e que poderiam deixar a pesquisa a qualquer momento, e seus dados pessoais não seriam divulgados.

Os referidos documentos estão guardados para eventuais consultas futuras.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram critérios estabelecidos para inclusão: ser frequentador do Centro de Convivência de Jardim da Penha; ser idoso de ambos os sexos tendo idade igual ou superior a 60 anos; possuir doença crônica não transmissível, sendo ela a hipertensão; e ter capacidade física e mental para serem avaliados, pois foram realizadas perguntas que demandaram respostas verbais. Foram excluídos da pesquisa todos aqueles com idade inferior a 60 anos, idosos não hipertensos, e com incapacidade física e mental para fornecerem respostas verbais.

Depois de selecionados, segundo critérios descritos acima, os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C). Este Termo é uma exigência da Resolução 196/96, onde é de uso obrigatório em qualquer trabalho ou pesquisa que tenham como parte a utilização de dados e/ou a participação presencial de pessoas, tendo como respeito os princípios da beneficência e justiça com preservação da ética e moral de todos os participantes (BRASIL, 2012c).

Ficou claro, ainda, o direito em solucionar qualquer tipo de dúvida e fornecer informações concretas e confiáveis, de modo honesto e seguro, para que os indivíduos estejam conscientes da decisão tomada, podendo ou não concordar em participar. Somente após a leitura do mesmo e explicações sobre a pesquisa, os participantes convocados assinaram o Termo e puderam prosseguir na coleta de dados (CONCONE; CERVENY, 2008).

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com base no Questionário de Hipertensão Arterial (QHA) adaptado, validado por Barreto (2000) contendo dados pessoais e dados antropométricos (não invasivos e de fácil aplicação) a serem preenchidos, como Sexo, Idade, Altura, Peso, Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência da Cintura (CC), Circunferência do Braço (CB), Porcentagem de Gordura Corporal (%GC) e Porcentagem de Hidratação (%Hidratação) e algumas questões sobre hábitos alimentares e atividade física (ANEXO D) (MENEZES; MARUCCI, 2005).

A altura dos idosos foi obtida com a utilização de um Estadiômetro da marca Altorexata®, com base metálica para sustentação, e um campo de uso de 0,32 até 2,13 metros, graduado em milímetros, possuindo cursor lateral para leitura. Os idosos ficaram descalços, com as costas e região posterior dos pés em contato com o Estadiômetro, de modo que os pés estiveram paralelamente juntos, com o corpo totalmente erigido em posição ortostática (membros superiores estendidos ao lado do tronco com as palmas das mãos voltadas para frente), cabeça ereta olhando para o plano de Frankfurt (linha imaginária traçada em perfil do ponto mais baixo da margem orbitária ao ponto mais baixo do meato auditivo) (PAZ; FAZZIO; SANTOS, 2012).

Na mensuração do peso, foi utilizada uma balança de bioimpedância portátil, do tipo plataforma, marca Tanita® UM - 061, com precisão de 100g e capacidade para 150 kg, devidamente calibrada. Contendo também eletrodos que entraram em contato com a região plantar dos pés, fazendo a leitura da composição corporal. A balança foi posicionada de modo que ficou afastada da parede, em uma superfície regular lisa, plana e firme. Os participantes da pesquisa foram orientados para que no dia da coleta dos dados estivessem com vestimentas leves, sem qualquer tipo de adorno que possa interferir no peso final e sem calçados e meias. A balança foi programada inserindo no leitor digital a idade, o sexo e a altura de acordo com cada idoso participante. Logo após, cada um foi posicionado na balança, de modo que os pés ficaram na marca delimitada para que a leitura do peso e bioimpedância (com mensuração da %GC e %Hidratação) fosse feita.

Os valores de referência para % Hidratação utilizadas foram: 50 a 65% para os homens e 45 a 60% para as mulheres. Quanto aos valores de Gordura Corporal (CG%) em idosos de 60-69 anos: para mulheres: abaixo de 24% (muito baixo), entre 24 e 35,9% (adequado), entre 36 a 41,9% (elevado), acima de 42% (muito elevado); e para homens: abaixo de 13% (baixo), entre 13 e 24,9% (adequado), de 25 a 29,9% (elevado), e acima de 30% (muito elevado) (GALLAGHER et al., 2000).

O IMC foi calculado a partir da mensuração do peso e altura, utilizando a razão entre os dois fatores: a massa corporal em kg e a altura elevada ao quadrado (m^2), gerando um indicador nutricional, considerado de baixo custo e fácil aplicação (NASCIMENTO; ALENCAR, 2007).

Após a realização dos cálculos, os resultados foram comparados com os valores de referência específicos para a idade. A classificação do IMC do idoso utilizada foi: baixo peso: resultado inferior a 22kg/m²; eutrofia: entre 22kg/m² e 27kg/m²; sobrepeso: acima de 27kg/m² (LIPSCHITZ, 1994; CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005)

A Circunferência da Cintura (CC) foi obtida utilizando uma fita antropométrica inelástica da marca Sanny® *Medical*, com capacidade de 2 metros, graduada em centímetros e precisão de 0,1cm. A circunferência foi realizada com o indivíduo posicionado de pé, braços relaxados e abdome relaxado, com a fita passando na altura da cicatriz umbilical, sem que houvesse compressão da fita sobre o tecido subcutâneo. Tendo a finalidade de verificar a composição de gordura da região abdominal, visto o grande risco para desenvolvimento de complicações cardiovasculares. A classificação da CC se deu da seguinte forma: Risco aumentado (mulheres: >80 cm; homens: >94 cm) e Risco muito aumentado (mulheres: >88 cm; homens: >102 cm) (MENEZES; MARUCCI, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION apud CALIXTO-LIMA; GONZALES, 2013).

A Circunferência do Braço (CB) foi obtida no braço não dominante, estando o mesmo relaxado e estendido na lateral do corpo. Primeiramente, foi marcado o ponto médio do braço, que fica entre o acrômio e olécrano, estando o braço naquele momento em um ângulo de 90°. Após achar o ponto médio entre os extremos, acrômio e olécrano, o indivíduo deixou o braço relaxado, sem contração muscular, sendo a circunferência medida. Foi usada a fita Sanny® *Medical*, com capacidade de 2 metros, graduada em centímetros e precisão de 0,1cm (PAZ; FAZZIO; SANTOS, 2012).

Após as medidas, foi calculada a adequação da CB, pela fórmula apresentada no Quadro abaixo:

Quadro 1 – Percentual de Adequação da CB

Adequação da CB (%)	$CB \text{ obtida (mm)} / CB \text{ percentil } 50 \times 100$
---------------------	--

Fonte: CALIXTO-LIMA; GONZALES (2013).

Os pontos de corte para %CB utilizados foram: <70% (desnutrição grave); entre 70 a 80% (desnutrição moderada); 80% a 90% (desnutrição leve); 90% a 110% (eutrofia);

110% a 120% (sobrepeso); e acima de 120% (obesidade) (BLACKBURN; THORNTON apud CALIXTO-LIMA; GONZALES, 2013).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após coleta, todas as respostas dos questionários foram tabuladas e as análises foram realizadas por meio de estatística descritivas (média, mediana, desvio padrão e mínima, máxima e cruzamento de dados) com auxílio do Excel 2010, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e Action (suplemento R para Excel).

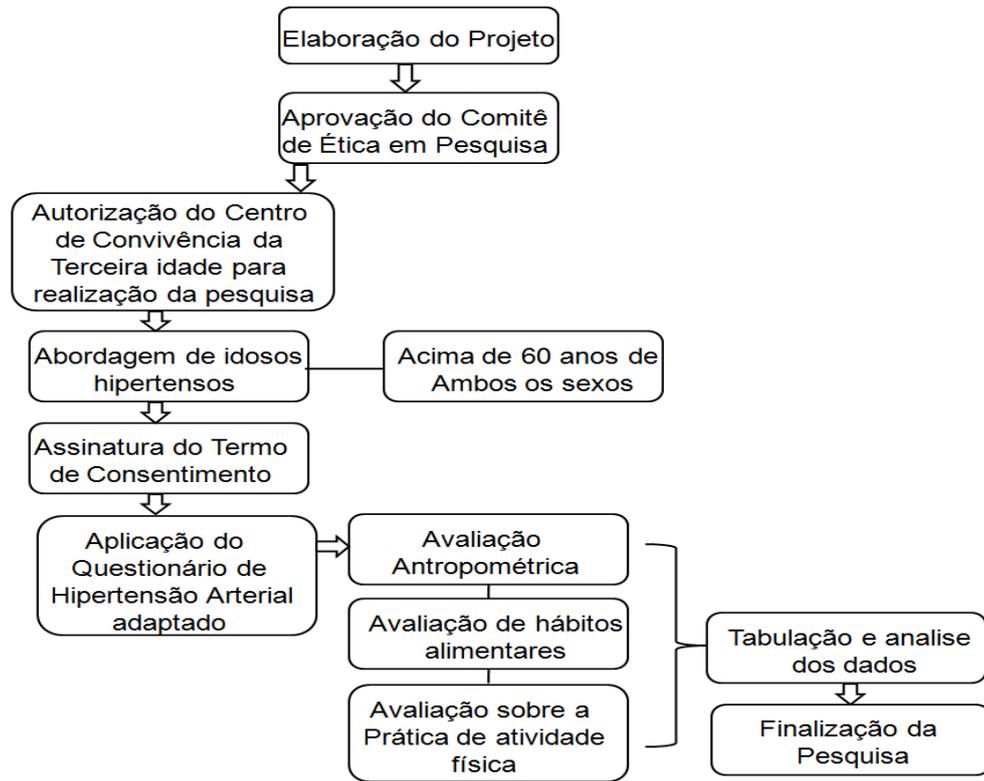
Para o cruzamento entre variáveis categóricas, a técnica estatística empregada para análise das tabelas cruzadas foi o Teste Exato de Fisher. O teste de Fisher é usualmente recomendado para amostras menores que 20 elementos, ele calcula as probabilidades diretamente não fazendo uso de alguma distribuição conhecida. É um recurso também utilizado para amostras maiores que 20 elementos quando o Teste qui quadrado não pode ser aplicado por alguma categoria possui menos de 20% das observações totais inviabilizando sua aplicação.

Outro teste empregado foi o Teste de Médias. Para testar as médias das variáveis contínuas, foram usados dois testes, Teste t-student para comparar dados provenientes de distribuições normais e Teste de Mann-Whitney para testar as variáveis que não puderam ser consideradas normais pelos testes executados (Peso (kg) e IMC (kg/m²)).

3.7 FLUXOGRAMA DA PESQUISA

Todo o processo de pesquisa e estudo, bem como a coleta de dados, tabulação dos resultados e finalização da pesquisa, estão descritos no fluxograma abaixo:

Fluxograma 1 – Processo da pesquisa e elaboração do Projeto final



Fonte: elaboração própria.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

A amostra total do estudo foi composta por 20 mulheres, todas hipertensas, acima de 60 anos de idade, frequentadoras do Centro de Convivência da Terceira Idade e que fazem uso de medicamentos para controle da hipertensão arterial.

As mulheres tem uma maior preocupação com seu estado de saúde (PINHEIRO et al., 2002) e por isso se interessam mais por atividades que busquem o estado nutricional e avaliação dos hábitos alimentares e de vida. Já os homens convidados não se interessaram em participar, mesmo relatando tal importância do estudo.

Contudo, sempre foi de conhecimento que os homens se interessem menos por projetos e estudos na área de saúde, pois há uma resistência por programas relacionados ao cuidado com a saúde, com o corpo, o que é um ponto preocupante para o setor da saúde. O homem, já há muitos anos, é tido como uma figura de força, não admitindo fraquezas, sendo assim representada a masculinidade. Então, para eles, participar de investigações de saúde, como prevalência de doenças é, na maioria das vezes, visto como um ponto de fragilidade, o que remete ao sexo oposto (FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Em relação ao estado civil (Tabela 1) das mulheres submetidas a esta pesquisa, tem-se um valor de 45% para o estado de viuvez, 20% delas são casadas, 20% solteiras e 15% divorciadas. Levando em consideração, em uma proporção geral, 80% das idosas não possuem um companheiro, sendo que a maioria delas relatou viverem sozinhas. Com esse número, pode-se notar que é cada vez mais comum o idoso passar parte do dia sozinho ou mesmo morar sozinho, o que é um fator preocupante, pois a solidão pode desencadear diversos transtornos, principalmente na velhice, já que se trata de pessoas mais frágeis.

Os hábitos alimentares dos idosos são muito variáveis, conforme suas condições de moradia e poder aquisitivo. No entanto, os costumes alimentares estão sempre relacionados a fatores externos e internos. As condições externas remetem ao ambiente e ao alimento e suas características. E o fator interno está ligado à personalidade da pessoa, ao hábito alimentar adquirido na família ao longo dos anos e como esta pessoa está se sentindo emocionalmente (LIMA-FILHO et al., 2008).

Quando os hábitos alimentares estão correlacionados à solidão, é nítida a mudança na escolha e no consumo dos alimentos, já que o “isolamento social” provocado pela

aposentadoria ou pelo desligamento da família faz com que os idosos percam a vontade, o interesse pela alimentação. Uma vez que anteriormente, quando conviviam com a família e/ou amigos no trabalho, as refeições eram realizadas em companhia de alguém, em um ambiente agradável e familiar (ALVARENGA et al., 2009).

Tabela 1 – Características das idosas hipertensas segundo estado civil e profissão

Variáveis	Feminino	
	N	%
Estado civil		
Casada	4	20
Divorciada	3	15
Solteira	4	20
Viúva	9	45
Profissão		
Aposentada	10	50
Autônoma	1	5
Diarista	1	5
Do lar	6	30
Feirante	1	5
Professora	1	5
Total	20	100

Fonte: elaboração própria.

A solidão é tida como um período de dolorosa experiência, vivência, seja pela perda do marido ocasionando um estado de viuvez, do divórcio ou qualquer outra situação que culmine no isolamento de um meio familiar (NETO apud FERNANDES, 2007).

Além disso, um estudo sociológico sobre a solidão mostrou que a família e o emprego são dois pilares que sustentam o ser humano entre o meio social. Ou seja, qualquer abalo em algum destes pilares pode comprometer a essência humana, envolvendo também questões emocionais e gerar assim, um processo que desencadeie a solidão. Porém, o termo solidão pode ser entendido de diferentes formas por cada um e vivido de diversas maneiras, podendo assim, serem os problemas decorrentes deste quadro contornados (USSEL, 2001).

Como o número de idosos tende há crescer cada ano mais e de forma acelerada no país, as questões do isolamento, da solidão, são fatores que devem preocupar cada vez mais. Pois se isolando de uma sociedade ou de um convívio familiar, os idosos acabam perdendo, aos poucos, os conhecimentos que se adquiri na convivência com outras pessoas, e isso irá interferir na qualidade de vida e de saúde (LITVOC; BRITO, 2004; PAPALÉO NETTO, 2002).

Segundo um estudo realizado sobre a solidão entre 132 idosos (LOPES, F.; LOPES, T. F.; CAMARA, 2009), os resultados da pesquisa mostraram que 40,5% vivem sozinhos e se sentem tristes e abandonados a maior parte do tempo, e 80,3% disseram que a tristeza provoca a solidão. Ainda, os resultados desta pesquisa revelaram que 56,1% dos idosos afirmaram que a aposentadoria favorece o estado de solidão.

Na presente pesquisa, em relação a profissão (Tabela 1), obteve-se um percentual de pessoas aposentadas bem acentuado, representado por 50% das idosas entrevistadas. Das que mantêm algum tipo de atividade com retorno financeiro, 5% são autônomas, 5% feirantes, 5% exerce a atividade de professora e 5% trabalham como diarista. Os outros 30% são compostas por idosas que se dizem “do lar”. Somando o número de aposentadas e de donas de casa, são 80% de idosas que não possuem alguma ocupação ou cargo no meio social.

Um fator importante e que gera impacto, sobretudo na quantidade e qualidade da alimentação do idoso é a renda mensal, que na maioria dos casos, é proveniente apenas da aposentadoria, onde alguns custos deverão ser cortados, implicando até mesmo na compra do supermercado ou nos gastos com restaurantes. Então, aumentam o consumo de produtos industrializados, alimentos pré-prontos de baixo custo e de fácil preparo, acarretando danos à saúde do idoso, com privação de nutrientes pela má alimentação (ALVARENGA et al., 2009).

Em relação ao total de refeições realizadas pelas idosas avaliadas (Tabela 2), apenas 20% fazem o consumo correto que é de 6 refeições por dia. O jantar é a refeição mais omitida pelas idosas nesta pesquisa, são 45% o número de senhoras que não possuem o hábito de jantar. Segundo um estudo realizado com 96 idosos, 15,7% deles não jantam, apenas fazem um lanche, alegando ser uma refeição mais leve e de melhor digestão para o horário (LIMA-FILHO et al., 2008).

Tabela 2 – Características da alimentação das idosas hipertensas segundo a quantidade de refeições realizadas

Variáveis	Feminino	
	N	%
Refeições realizadas		
Realiza todas as refeições	4	20
Café da manhã, colazione, almoço, lanche da tarde e ceia	9	45
Café da manhã, colazione, almoço, lanche da tarde e janta	2	10
Café da manhã, colazione, almoço, janta e ceia	2	10
Café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar	1	5
Café da manhã, almoço, lanche da tarde e ceia	1	5
Café da manhã, almoço e ceia	1	5
Total	20	100

Fonte: elaboração própria.

As idosas que omitem a ceia somam 10%, mesmo percentual para aquelas que não realizam o lanche da tarde. A colazione e a ceia deixam de ser ingeridos por 5% das entrevistadas, igualando-se ao número das que não realizam a colazione e o jantar. Assim também, 5% realizam apenas o café da manhã, almoço e ceia, omitindo o restante das refeições.

No entanto, sabe-se a importância do idoso ter uma dieta diversificada e equilibrada, garantindo o aporte correto de nutrientes, para que assim, se alcance maior longevidade com uma qualidade de vida adequada e com melhores condições de saúde (MALTA; PANPINI; CORRENTE, 2013).

Por isso, é necessário que o idoso tenha horários estabelecidos para suas refeições, procurando não deixar de realizá-las. É importante que sejam feitas todas as refeições, já que são distribuídas para que o consumo não fique concentrado apenas em um horário. Deve-se então fazer e/ou oferecer pratos que deixem os idosos atraídos, com bastante cor, bem variado, preparações com temperos naturais, evitando o excesso de sal e temperos industrializados, de acordo com seu costume alimentar, fazendo com que eles tenham prazer em se alimentar (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Dentro de uma alimentação saudável, valer-se de alguns ajustes na quantidade de alguns minerais, pode levar à diminuição da pressão, tanto diastólica quanto sistólica. Como o potássio, por exemplo, presente em legumes, verduras e frutas (WHITNEY; ROLFES apud PONTIERI; CASTRO; RESENDE, 2011). Se tiver sua ingestão aumentada em 1,9g por dia, o potássio é capaz de promover uma redução de 4mm/Hg na pressão sistólica, e a diastólica pode ter uma queda de 2,5mm/Hg, já que este mineral é responsável por facilitar a excreção do sódio pelos rins (GELEIJNSE; KOK; GROBBEE apud SANTO; ABREU-LIMA, 2009).

Contudo, quando questionadas sobre os temperos que utilizam além do sal (Tabela 3), das idosas avaliadas, 50% disseram usar somente temperos naturais na preparação de suas refeições; 25% utilizam, além de temperos naturais, caldo de carne/galinha; 10% não utilizam temperos naturais, dando preferência para os temperos prontos e caldo de carne/galinha; e 15% fazem o uso dos três tipos de temperos (prontos, naturais e caldo de carne/galinha).

É de conhecimento que a Hipertensão Arterial é desencadeada por diversos fatores, dentre eles, o consumo exagerado de sal, muitas vezes mascarado nos alimentos e em grande quantidade nos temperos prontos. A recomendação da OMS para um consumo seguro de sal diz que este deve estar abaixo de 5g/dia (ou 2000mg/sódio), sendo uma importante medida não farmacológica para o controle da hipertensão. No entanto, recentemente foi constatado através de uma pesquisa que o uso sal na alimentação das pessoas ultrapassa o dobro do limite recomendado, onde a média de consumo está entre 12,5 e 13g/dia de sal (AGONDI et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para alcançar o padrão correto da ingestão de sal por dia, faz-se necessário diminuir o consumo ou banir alguns alimentos da lista de compras, como por exemplo, salgadinhos tipo *chips*, carnes defumadas, embutidos, temperos industrializados e alimentos enlatados, que surpreendentemente, podem apresentar 20 vezes a mais a quantidade de sal, do que o alimento *in natura* (SICHERI et al., 2000).

Tabela 3 – Características da alimentação das idosas hipertensas segundo o uso de temperos, controle de sal na alimentação, conhecimento da quantidade de sódio nos alimentos e a importância da alimentação na hipertensão

Variáveis	Feminino	
	n	%
Temperos utilizados nos alimentos que preparam		
Temperos prontos, naturais e caldo de carne/galinha	3	15
Temperos prontos e caldo de carne/galinha	2	10
Temperos naturais e caldo de carne/galinha	5	25
Somente temperos naturais	10	50
Controle de sal		
Controlam o sal nos alimentos	17	85
Não controlam o sal nos alimentos	3	15
Conhecimento da quantidade de sódio nos alimentos		
Tem conhecimento	6	30
Não tem conhecimento	14	70
A dieta é importante no controle da hipertensão?		
Sim	20	100
Não	0	0
Total	20	100

Fonte: elaboração própria.

Quando questionados sobre o controle de sal nos alimentos (Tabela 3), 85% fazem o controle e 15% relataram não realizar nenhum tipo de moderação no uso de sal nas preparações. No entanto, 100% das idosas afirmaram que a dieta é um ponto importante no controle da hipertensão.

Segundo Laureati citado por Lima-Filho e outros (2008) quando é imposta aos idosos uma restrição ou moderação no uso de sal e alimentos que devem ser evitados, sempre haverá uma resistência por parte deles, uma vez que sempre levaram uma vida normal, consumindo todos os tipos de alimentos e, muitas vezes, sem nenhum tipo de moderação. Outro fator que implica em não adotar novos hábitos alimentares é a cultura a qual o idoso está inserido e os hábitos alimentares específicos da família.

Em relação ao conhecimento de sódio nos alimentos (Tabela 3), 70% das entrevistadas disseram não saber a quantidade presente deste composto nos alimentos e 30% relataram que sabem identificar os alimentos com maior teor de sódio.

Estes resultados podem ser comparados com uma pesquisa realizada por Marcon (2010), na qual 84% dos avaliados também disseram não ter noção da quantidade de sódio presente nos alimentos.

A quantidade de sódio em um alimento ou preparação está descrito na Tabela Nutricional, localizada no rótulo dos produtos. Através desta tabela é possível identificar os alimentos com maior teor de sódio, por exemplo, podendo, o consumir, optar por outro produto similar com uma menor concentração do composto. No entanto, ainda são poucas as pessoas que sabem fazer esta identificação. E como ferramenta, é necessário levar às pessoas o conhecimento de como utilizá-la, contribuindo para a escolha correta dos alimentos que colocam á mesa, possibilitando uma alimentação mais balanceada e adequada segundo as recomendações nutricionais (BENDINO; POPOLIM; OLIVEIRA, 2012).

Além da alimentação inadequada e dos excessos cometidos no uso de condimentos e sal, outros dois fatores que alteram a pressão arterial são: a ingestão alcoólica e o hábito de fumar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Tabela 4 – Características do estilo de vida das idosas hipertensas segundo o consumo de bebida alcoólica e cigarro

Variáveis	Feminino	
	N	%
Bebida alcoólica		
Ingere bebida alcoólica	2	10
Não ingere bebida alcoólica	18	90
Cigarro		
Fuma	1	5
Não Fuma	19	95
Total	20	100

Fonte: elaboração própria.

Os resultados segundo critério de estilo de vida, mostrou que 90% das idosas não ingerem álcool. Das 20 entrevistadas, duas (10%) relataram consumir algum tipo de bebida alcoólica.

O número de óbitos causados pelo consumo de álcool é muito elevado, chegando a 2,3 milhões de mortes no mundo, onde mais da metade são decorrentes de complicações por DCNTs, como as doenças relacionadas ao sistema circulatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo Puddey e Beilin (apud SANTOS; ABREU-LIMA, 2009) a pressão arterial de um indivíduo pode aumentar em 1mm/Hg quando este ingere aproximadamente 10g de etanol. Com isso, quando relacionado à hipertensão arterial, o consumo de bebidas alcoólicas representa 16% dos riscos para o surgimento desta DCNT.

Ainda segundo a pesquisa realizada sobre o estilo de vida, 95% das entrevistadas não fumam e apenas uma idosa (5%) tem o hábito de fumar.

Ao tragar um cigarro, a nicotina (composto orgânico que constitui o princípio ativo do tabaco, sendo esta substância responsável pela dependência, já que tem ação nas vias dopaminérgicas, gerando uma boa sensação para quem usa) age nos vasos sanguíneos aumentando a frequência cardíaca, contribuindo para o surgimento da hipertensão arterial, além de ser um dos fatores responsáveis pela aterosclerose. Ao ser absorvida pelos alvéolos pulmonares, a nicotina chega ao cérebro em 10 segundos, interferindo em áreas como o tálamo e o mesencéfalo, alterando o fluxo sanguíneo nestas regiões (SMELTZER; BARE, 2002).

No entanto, a ação da nicotina sobre o aumento da pressão arterial de forma aguda dura, em média, 15 minutos. Várias pesquisas têm demonstrado que não há diferença entre a pressão arterial de pessoas que fumam e daquelas que não fumam. Mas, evidenciam que o tabaco é um grande risco para o desencadeamento de problemas cardiovasculares quando associado a fatores pré-existentes como a hipertensão, por exemplo, devendo, os indivíduos hipertensos, abandonar o mais rápido possível o costume de fumar (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009).

Anualmente, o uso de tabaco faz 80 mil vítimas fatais, ou seja, cerca de 10 pessoas morrem no Brasil a cada hora, vítimas de um hábito de vida, muitas vezes, induzido pela mídia e/ou grupos de amigos. O simples fato de ser um fumante passivo é responsável por 40% das mortes por infarto no país. O hábito de fumar aumenta o risco de um infarto em até 300% (CURY, 2013; BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Levando em consideração as diversas alterações no organismo da pessoa idoso, os hábitos alimentares inadequados, como omissão de refeições, ingestão de comidas pré-prontas, o não controle do sal nos alimentos associados ao uso de medicamentos para hipertensão, isso tudo pode gerar vários agravamentos para a saúde. Todo esse transtorno causando ao organismo do idoso, aliado ao uso de medicamentos levará a prejuízos na absorção e aproveitamento correto dos nutrientes provenientes da alimentação, tornando este corpo mais frágil, necessitando de um maior aporte nutricional, já que ele estará mais susceptível a outras doenças, além da hipertensão (MALTA; PANPINI; CORRENTE, 2013).

Em relação à hipertensão, no Brasil, o número de hipertensos é de, aproximadamente, 17 milhões de pessoas, sendo correspondente àqueles com 40 anos ou mais. E destes 17 milhões, mais de 12 milhões dependem do SUS para tratamentos e acompanhamentos (BRASIL, 2009).

Segundo a pesquisa da VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - programa do Ministério da Saúde) entre 2006 e 2009 o número de pessoas acima de 65 anos com acometidas pela hipertensão aumentou. Em 2006, o percentual de idosos hipertensos era de 57,8%. Porém, em três anos esse número passou para 63,2% (PIZZOLATO et al., 2010).

A hipertensão quando relacionada à hereditariedade (um fator de risco não modificável), mostrou que 80% das idosas submetidas à pesquisa (Tabela 5) relataram ter familiares com hipertensão, 15% disseram não possuir nenhum familiar hipertenso e 5% não soube informar. Entre os níveis de parentescos citados com hipertensão, os três maiores percentuais estão relacionados com a mãe (25%), seguido do irmão (20%) e irmã (10%).

Segundo um estudo realizado por Piatti, Felicetti e Lopes (2009), resultados similares foram encontrados quanto aos antecedentes familiares da hipertensão, onde a grande maioria (70%) relatou possuir algum familiar hipertenso, sendo mais predominante nos irmão (49,0%), pais (30,0%), primos (12,0%) e avós (9,0%).

A hereditariedade da hipertensão está ligada diretamente à genética. Um estudo realizado mostra que indivíduos que possuem pais hipertensos podem ter de 20 a 40% de chances de desenvolverem hipertensão em alguma fase da vida (PIZZOLATO et al., 2010).

Tabela 5 – Características quanto às doenças associadas e hereditariedade da hipertensão das idosas entrevistadas

Variáveis	Feminino	
	n	%
Hereditariedade da hipertensão		
Mãe	5	25
Mãe e irmã	1	5
Mãe, irmã e irmão	2	10
Mãe, pai, irmã e irmão	1	5
Mãe, pai, avô, avó, irmã e irmão	1	5
Irmã	2	10
Irmão	4	20
Ninguém mais apresenta	3	15
Não sabe informar	1	5
Quantidade de medicamentos utilizados no controle da HA		
1 medicamento	16	80
2 medicamentos	3	15
3 medicamentos	1	5
Doenças associadas à hipertensão		
Não apresenta doença associada	1	5
Diabetes	3	15
Diabetes e Osteoporose	1	5
Diabetes e Artrose	1	5
Diabetes e Síndrome do Intestino Irritável	1	5
Osteoporose	7	35
Osteoporose e Colesterol alto	1	5
Osteoporose, Angina e Labirintite	1	5
Artrose e Linfedema	1	5
Colesterol alto	3	15
Total	20	100

Fonte: elaboração própria.

Quanto à quantidade de medicamentos usados no controle da Hipertensão Arterial (Tabela 5), 80% utilizam um medicamento, 15% fazem uso de dois tipos de medicamentos e 5% utilizam três medicamentos.

Das idosas submetidas à avaliação nesta pesquisa, 95% apresentam alguma doença além da hipertensão (Tabela 5). Entre as doenças mais presentes está a

Osteoporose, que isoladamente soma 35% dos casos e associada a outras doenças soma 45%. Já o Diabetes representa 15% e associado a outras doenças soma 30% dos casos.

Segundo um estudo realizado em Minas Gerais, dos 3.662 idosos avaliados, 73,8% possuía Hipertensão Arterial (HA) associada ao Diabetes auto-referido (VEIGAS-PEREIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2008).

As chances de um indivíduo possuir hipertensão associada ao diabetes são de, aproximadamente, 50%. Essas duas doenças são de caráter não transmissível, e podem gerar importantes danos vasculares, sendo um grande fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de doenças cardiovasculares (SILVA et al., 2011; HENRIQUE et al., 2008).

A osteoporose foi uma das doenças associadas mais prevalentes entre as idosas entrevistadas. A perda da densidade mineral óssea (evento que ocorre durante o envelhecimento) é a responsável pelo surgimento da osteoporose, sendo este, um problema que atinge, em média, 10 milhões de brasileiros, e que gerou um gasto de 81 milhões de reais para o Sistema Único de Saúde em 2010 (BRASIL, 2011d).

Segundo a OMS (apud BRASIL, 2011d) a osteoporose acomete em maior parte, o sexo feminino (até 18% das mulheres com 50 anos ou mais). Mas, os homens, principalmente acima de 50 anos, também são atingidos, porém, em um percentual bem menor em comparação às mulheres, ficando entre 3 e 6%. O fato de a osteoporose ser mais frequente entre as mulheres é explicado pelas alterações hormonais e menopausa que levam à diminuição da massa óssea (YASBEK; MARQUES NETO, 2008).

Das idosas avaliadas neste estudo, 100% delas realizam um ou mais tipos de exercício físico, sendo importante na prevenção e tratamento da HA.

Segundo Pate (apud SANTOS; ABREU-LIMA, 2009), muitas são as pesquisas que demonstram a eficácia da prática de atividades físicas (de preferência 30 minutos diariamente) na prevenção das doenças cardiovasculares.

Enquanto à Hipertensão Arterial, estudos revelam que praticar atividades aeróbicas por um período maior de tempo faz com que a pressão diminua de 2,4 a 3mm/Hg pós-atividade, com o indivíduo já em repouso (MANCIA apud SANTOS; ABREU-LIMA, 2009).

Já dizia Guidetti e Pereira (2008) que levar uma vida com maior atividade, conversar com outras pessoas e participar de oficinas melhora a qualidade de vida do idoso, pois afasta o pensamento de isolamento, melhora a auto-estima e evita o surgimento de doenças, esteja elas relacionadas à parte emocional ou não.

Tabela 6 – Características quanto à prática de atividades físicas e a frequência com que são realizadas pelas idosas hipertensas entrevistadas

Variáveis	Feminino	
	n	%
Tipos de atividade física		
Alongamento	2	10
Alongamento e Dança	1	5
Caminhada e Alongamento	2	10
Caminhada e Hidroginástica	2	10
Caminhada e Musculação	1	5
Caminhada e Ginástica	1	5
Caminhada, Hidroginástica e Musculação	1	5
Caminhada, Hidroginástica e Alongamento	1	5
Ginástica	1	5
Ginástica e Dança	1	5
Hidroginástica	1	5
Hidroginástica e Alongamento	1	5
Hidroginástica e Dança	1	5
Hidroginástica, Dança e Alongamento	1	5
Hidroginástica, Dança, Alongamento e Yoga	1	5
Hidroginástica, Musculação e Yoga	1	5
Hidroginástica, Pilates e Alongamento	1	5
Frequência com que realizam as Atividades Físicas		
Diariamente	10	50
3 vezes na semana	7	35
Raramente (às vezes)	3	15
Total	20	100

Fonte: elaboração própria.

Na presente pesquisa, quanto à frequência (Tabela 6), as idosas que praticam atividade física diariamente somam 50%, três vezes na semana 35% e aquelas que

relataram realizar atividades às vezes (raramente) são 15% da amostra total estudada.

Segundo Gus, Fischmann e Medina (apud PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009), essa prática diária de atividade física deve ser incentivada cada vez mais, pois atua como prevenção e tratamento não só da hipertensão com o melhoramento do sistema circulatório, mas também, na saúde muscular, óssea e pulmonar. Além desses benefícios ao organismo, os exercícios físicos auxiliam na perda e manutenção de um peso ideal, garantindo uma melhor condição de saúde, diminuindo os riscos de DCNTs e doenças cardiovasculares pelo excesso de peso.

Quanto às demais variáveis deste estudo, das idosas avaliadas, a idade média encontrada foi de 69,65 anos (DP: $\pm 5,18$). A idade mínima encontrada foi de 60 anos e a máxima, 79 anos. A idade é classificada como um fator não modificável que predispõe a Hipertensão Arterial (LIMA et al., 2006).

Com relação ao excesso de peso, foi possível constatar, neste estudo, que as idosas entrevistadas apresentaram uma média no IMC de 28,88 59 kg/m² (DP: $\pm 8,05$) (Tabela 7). O IMC máximo atingiu 57,93 kg/m² e o mínimo 17,59 kg/m².

Tabela 7 – Caracterização da amostra: estatística descritiva segundo as variáveis antropométricas e biológicas das idosas entrevistadas

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínima	Máxima
Idade	69,65	5,18	69,50	60,00	79,00
Peso	70,30	17,98	69,45	42,80	128,60
Altura	1,56	0,06	1,56	1,46	1,67
IMC	28,88	8,05	27,57	17,59	57,93
CC	93,80	11,87	93,00	74,00	123,00
CB	30,95	4,03	31,00	23,00	40,00
%CB	102,51	13,55	102,31	75,90	133,78
%CG	37,78	6,99	39,10	22,20	48,70
%Hidratação	42,75	3,80	41,85	37,60	50,50

Fonte: elaboração própria.

Quanto à classificação do IMC, a maior parcela registrada entre as idosas foi a de condições de sobrepeso, somando 70% da amostra total. O número de eutróficas foi de 20% e as que se encontraram em situação de baixo peso, apenas 10%.

Um estudo similar, revelando também o quanto o sobrepeso atinge a terceira idade, foi realizado com idosos cadastrados no Hiperdia da Unidade de Saúde da Família Simão Lopes, na cidade de Pelotas/RS. A avaliação nutricional dos idosos constatou que o índice de obesidade foi de 52,3%, enquanto os eutróficos somaram 38,1% e os com diagnóstico de baixo peso, apenas 9,6% (BORBA; MUNIZ, 2011).

Outro estudo feito no Brasil por Bassler e Lei (2008) alertou que a população idosa mostra-se com um padrão mais voltado para o sobrepeso. Esse fato é causado por diversos fatores decorrentes do envelhecimento, como mudança no estilo de vida e no modo de se alimentar. Dos 209 idosos avaliados antropometricamente, 57,4% estavam com sobrepeso.

A OMS já alertou que o número de óbitos decorrentes do excesso de peso no mundo é de, aproximadamente, 2,8 milhões de mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

De acordo com Ramos-Dias, Quilici e Senger (apud PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009) a hipertensão arterial decorrente da obesidade acontece, pois a gordura excessiva no organismo é capaz de alterar importantes funções, como a volemia, o débito cardíaco, além de aumentar as condições de vasoconstrição, elevando assim a pressão arterial, gerando um fator que pode predispor outras doenças cardiovasculares.

Segundo pesquisas, o controle do peso é fundamental na prevenção e no tratamento da Hipertensão Arterial. A obesidade é um dos fatores modificáveis responsável pela elevação da pressão, podendo levar a um quadro de cronicidade que caracteriza a HA. O excesso de gordura no organismo é capaz de agir sobre a atividade simpática, podendo afetar diversas regiões do corpo, como os rins, por exemplo, ocasionando uma retenção de sódio e, conseqüentemente, alterar a pressão arterial (LOPES, 2007).

Quanto à medida da circunferência da cintura (CC) avaliada neste estudo (Tabela 7), obteve-se uma média de 93,80 cm (DP: $\pm 11,87$), onde a circunferência mínima encontrada foi de 74 cm e a máxima 123 cm. Portanto, a maior parte das idosas apresenta risco muito aumentado (>88 cm), representado por 75% do total das entrevistadas. O risco aumentado, ou seja, acima de 80 cm, foi observado em 15% das idosas, e aquelas que ainda estão na faixa aceitável da CC, apenas 10%. Com

isso, vê-se o elevado risco para doenças cardiovasculares nesta população (WORLD HEALTH ORGANIZATION apud CALIXTO-LIMA; GONZALES, 2013; MENEZES; MARUCCI, 2005).

Alguns estudos referem a CC como um marcador mais preciso quando relacionado ao IMC para identificar riscos associados à síndromes metabólicas e complicações cardiovasculares ligados ao excesso de peso (SANTOS et al., 2013).

Pesquisas anteriores já apontavam que a elevada deposição de gordura abdominal é um importante marcador que deve ser criteriosamente observado, mesmo quando os indivíduos apresentarem um IMC adequado, pois a CC acima do ideal é vista como um fator de risco elevado para o surgimento de DCNTs, como a hipertensão, além de doenças cardiovasculares (PEIXOTO et al., 2006; PITANGA; LESSA, 2005).

Fiore e outros (2006) desenvolveram estudo semelhante que avaliou a circunferência da cintura de 44 mulheres idosas e destacaram, também, a alta prevalência do risco muito aumentado (88,6%) entre as avaliadas. O risco aumentado foi de 6,8% e as que não possuíam risco, 4,6%.

Outro estudo realizado na Paraíba, contou com 131 idosos, todos cadastrados no Hiperdia e atendidos em uma Unidade de Saúde de Campo Grande. Dos avaliados, 74,1% eram mulheres e 25,9% homens. Do total de mulheres avaliadas, 95,9% estavam com a CC acima do recomendado. Já o percentual de homens que apresentaram riscos para doenças cardiovasculares foi de 52% (MONTENEGRO NETO et al., 2008).

Quanto à avaliação da Circunferência do Braço (CB) realizada nesta pesquisa, foi obtida uma média de 30,95cm (DP: $\pm 4,03$). A CB mínima encontrada foi de 23 cm e a máxima, 40 cm (Tabela 7).

Conforme Kuczmarski M. e Kuczmarski R. (apud MENEZES; MARUCCI, 2005), no envelhecimento ocorre a redistribuição da gordura corporal e diminuição da massa muscular, sendo comum alteração na CB, que pode ter sua circunferência diminuída.

Um importante marcador para o diagnóstico de desnutrição nos idosos, a CB e a %CB abaixo do ideal podem classificar, juntamente com outros parâmetros, um

estado nutricional desfavorável, pela perda excessiva de massa magra e gordura (FRANK; SOARES apud CANTARELLI et al., 2013).

Com os resultados da CB foi possível obter a Adequação da mesma em porcentagem e a realização da classificação. Conforme a Tabela 7, a média da %CB encontrada foi de 102,51% (DP: $\pm 13,55$), onde o resultado da adequação mínima foi 75,90% e a máxima 133,78%.

Quanto à classificação da %CB, das idosas avaliadas, 10% desnutridas, 65% estão em condições eutróficas, 15% sobrepeso e 10% com obesidade segundo a classificação de Blackburn e Thornton (apud CALIXTO-LIMA; GONZALES, 2013).

Outro método utilizado na avaliação das idosas foi a composição corporal pelo método de bioimpedância, obtendo os dados de Porcentagem de Gordura Corporal (%GC) e Porcentagem de Hidratação (%Hidratação).

Nos resultados da %CG (Tabela 7), a média encontrada foi de 37,78% (DP: $\pm 6,99$). O valor mínimo de gordura corporal encontrado foi 22,20% e o maior percentual de 48,70%.

A classificação da %GC mostrou que 40% das idosas avaliadas encontram-se com o percentual elevado e 25% estão com a gordura corporal muito elevada. Das que estão em condições adequadas quanto à %GC, estas somam 30% da amostra e 5% das idosas estão com um valor muito baixo.

Quanto à %Hidratação (Tabela 7), a média entre as idosas avaliadas foi de 42,75% (DP: $\pm 3,80$), onde a mínima encontrada foi de 37,60% e a máxima de 50,50%.

O percentual adequado de hidratação foi encontrado em apenas 25% das idosas submetidas a este estudo. A grande maioria (75%) está com hidratação abaixo dos níveis indicados.

Já dizia Schoeller (apud CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2006) que a diminuição na porcentagem de hidratação do corpo é um evento naturalmente observado durante o envelhecimento, em especial após os 60 anos, pois há mudanças no conteúdo intra e extracelular.

Quanto às variáveis testadas, abaixo segue a tabela com os resultados obtidos pelo Teste de Médias.

Tabela 8 – Testes de média e mediana segundo a frequência de atividade física correlacionada às variáveis antropométricas

Variáveis	Prática de atividades físicas	N	Média	Desv. Pad.	Intervalo para média		Mín.	Máx.	P_Valor
					L. Inf.	L.Sup.			
Peso (kg)	Até 3 vezes por semana	10	72,34	21,63	56,87	87,81	45,50	128,60	
	Diariamente	10	68,25	14,33	58,00	78,50	42,80	89,60	0,377*
	Total	20	70,30	17,98	61,88	78,71	42,80	128,60	
Altura (m)	Até 3 vezes por semana	10	1,56	,06	1,52	1,60	1,47	1,63	
	Diariamente	10	1,57	,06	1,52	1,61	1,46	1,67	0,819**
	Total	20	1,56	,06	1,54	1,59	1,46	1,67	
IMC (kg/m ²)	Até 3 vezes por semana	10	29,97	10,27	22,62	37,32	21,06	57,93	
	Diariamente	10	27,80	5,34	23,97	31,62	17,59	38,28	0,485*
	Total	20	28,88	8,05	25,12	32,65	17,59	57,93	
Circ. Cintura (cm)	Até 3 vezes por semana	10	91,40	13,80	81,53	101,27	74,00	123,00	
	Diariamente	10	96,20	9,69	89,27	103,13	81,00	112,00	0,380**
	Total	20	93,80	11,87	88,25	99,35	74,00	123,00	
Circ. Braço (cm)	Até 3 vezes por semana	10	30,50	4,53	27,26	33,74	23,00	40,00	
	Diariamente	10	31,40	3,66	28,78	34,02	24,00	38,00	0,631**
	Total	20	30,95	4,03	29,06	32,84	23,00	40,00	
Adeq. da CB (%)	Até 3 vezes por semana	10	101,10	15,36	90,12	112,08	75,90	133,78	
	Diariamente	10	103,91	12,14	95,23	112,60	79,21	125,41	0,655**
	Total	20	102,51	13,55	96,16	108,85	75,90	133,78	
%Gord. Corporal	Até 3 vezes por semana	10	37,58	7,32	32,34	42,82	24,00	48,70	
	Diariamente	10	37,98	7,03	32,95	43,01	22,20	46,10	0,902**
	Total	20	37,78	6,99	34,51	41,05	22,20	48,70	
%Hidrat.	Até 3 vezes por semana	10	42,96	4,03	40,08	45,84	37,60	49,70	
	Diariamente	10	42,54	3,75	39,86	45,22	37,90	50,50	0,812**
	Total	20	42,75	3,80	40,97	44,53	37,60	50,50	

Fonte: elaboração própria.

*Mann-Whitney

**Test-t: amostras independentes

Não houve evidências para rejeitar a hipótese nula de igualdade de médias para nenhuma das variáveis ao nível de significância de 5%.

Ainda, foi possível a aplicação do Teste Exato de *Fisher*, levando em consideração a frequência das atividades físicas relacionando-as às variáveis de hábitos de vida, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 9 – Teste de Fisher aplicado às variáveis de hábitos de vida correlacionando-os à frequência de atividade física

Variável	Categorias	Frequência que praticam atividades		
		Raramente	3x/semana	Diariamente
Quantidade de medicamentos que faz uso	Um	8	8	1,00
	Dois ou mais	2	2	
Quantidade de doenças associadas	Zero a Uma	8	6	0,63
	Duas a Três	2	4	
Quantidade de atividades	Uma a Duas	10	4	0,01
	Três a Quatro	0	6	
Refeições	Três a Quatro	2	1	1,00
	Cinco a Seis	8	9	
Faz controle alimentar para hipertensão?	Não	1	2	1,00
	Sim	9	8	
Temperos prontos	Não	8	7	1,00
	Sim	2	3	
Temperos naturais	Não	0	2	0,47
	Sim	10	8	
Caldo de carne	Não	5	5	1,00
	Sim	5	5	
Tem conhecimento da quantidade de sódio nos alimentos?	Não	7	7	1,00
	Sim	3	3	
Acha que a dieta é importante no controle da hipertensão?	Não	0	0	1,00
	Sim	10	10	
Fuma?	Não	9	10	1,00
	Sim	1	0	
Consome álcool?	Não	9	9	1,00
	Sim	1	1	

Fonte: elaboração própria.

Segundo o teste de Fisher, houve diferença significativa ao nível de 5% para o cruzamento da variável quantidade de atividades físicas que pratica e frequência com que pratica atividades físicas, nenhuma outra variável apresentou resultados estatisticamente diferentes do esperado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que 70% das idosas entrevistadas estão com sobrepeso a partir dos resultados do IMC, e 40% das idosas avaliadas encontram-se com o percentual de gordura corporal (%GC) elevado e 25% muito elevado. Ainda, 75% apresentam risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, pois possuem uma circunferência da cintura (CC) acima de 88 cm.

No entanto, todas as idosas avaliadas mostraram um ponto positivo quanto à prática de atividade física, que deve ser cada vez mais estimulado, juntamente com hábitos alimentares saudáveis, minimizando os riscos para o surgimento de outras DCNTs.

Contudo, quando questionadas sobre o controle de sal nos alimentos 85% fazem o controle e 15% relataram não realizar nenhum tipo de moderação no uso de sal nas preparações. Porém, 70% das idosas relataram não terem conhecimento sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos.

Pode-se notar, então, que mesmo fazendo algum tipo de moderação no uso de sal, falta o conhecimento de identificação de sódio nos alimentos. Com isso, a quantidade ingerida de sal poderá estar ultrapassando as recomendações, mesmo com a moderação de seu uso, sendo a maior parte, mascarada pelo sódio contido em outras preparações e que grande parte das pessoas não sabem fazer sua identificação.

A partir destes resultados, torna-se necessário promover orientações quanto às informações nutricionais presente nos rótulos dos alimentos, bem como desenvolver praticas de educação nutricional que favoreçam o controle da pressão arterial.

Então, sendo caracterizada como um dos fatores modificáveis essencialmente importantes, a alimentação influencia diretamente no aparecimento e na carga de DCNTs, como a hipertensão. Com isso, vê-se a relevância de as políticas públicas, bem como todos os órgãos envolvidos na área de saúde, visarem métodos que intensifiquem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, melhorando assim, o perfil de saúde da população, com base na prevenção do surgimento de DCNTs nas gerações futuras.

Conclui-se, então, o quanto a nutrição é como ferramenta, fundamental na prevenção de diversas doenças, bem como na manutenção de um bom estado de

saúde. Portanto, uma alimentação adequada é uma forma de promoção de saúde que deve ser sempre evidenciada e estimulada entre a população, bem como o monitoramento e a educação continuada, que contribuirá em melhores condições de vida para aqueles que atingiram e irão atingir a terceira idade.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>>. Acesso em: 22 out. 2013.
- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adulto e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302004000300004>. Acesso em: 05 de maio de 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estimular hábitos saudáveis é a melhor política para o envelhecimento da população**. Rio de Janeiro, outubro de 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/imprensa/releases/78-consumidor/1770-estimular-habitos-saudaveis-e-a-melhor-politica-para-o-envelhecimento-da-populacao->>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de risco e doença na saúde suplementar**. 2. ed. Revisada e atualizada. Rio de Janeiro: ANS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_do_encas.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- AGONDI, R. F. et al. Análise dos planos de ação e planos de enfrentamento de obstáculos para a redução do consumo de sal entre mulheres com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, maio/jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a09v20n3.pdf>. Acesso em: 03 out. 2013.
- ALMEIDA, M. F. **Envelhecimento**: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. Fórum Sociológico, Lisboa, n. 17 (II série), 2007. Disponível em: <<http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.2.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.
- ALVARENGA, L. N. et al. Repercussão da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a09v43n4.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000800019&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de maio de 2013.
- ALVES, S. S. **Envelhecer na sociedade contemporânea**: lugar de direitos? Tese (Doutorado do Programa de Pós - Graduação em Educação) - Universidade Federal

do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/ifisp/ppgs/eics/dvd/documentos/gts_IIIeics/gt1/gt1simone.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método grade of membershi. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300007&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2013.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Obesidade central é um dos maiores fatores de riscos para doenças cardiovasculares**. São Paulo, 31 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/965/obesidade-central-e-um-dos-maiores-fatores-de-risco-para-doencas-cardiovasculare.shtml>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Obesidade é crise maior do que a fome**. São Paulo, 21 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/962/obesidade-e-crise-maior-do-que-a-fome.shtml>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para o abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a21v71n6.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

BAHIA, L. A janela demográfica, crescimento econômico e as políticas de saúde e proteção social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2013.

BARBOSA, M. T. Os idosos e a complexidade dos regimes terapêuticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000400001&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2013.

BARRETO, A. D. B. **Aspectos epidemiológicos da obesidade em escolares**. Estudo de Belo Horizonte. 2000. 166 f. Dissertação (mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

BARROSO, W. K. S. et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob o tratamento não-farmacológico. **Revista da**

Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 54, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/17.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

BASSLER, T. C.; LEI, D. L. M. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 out. 2013.

BENDINO, N. I.; POPOLIM, W. D.; OLIVEIRA, C. R. A. Avaliação do conhecimento e dificuldades de consumidores frequentadores de supermercado convencional em relação à rotulagem de alimentos e informações nutricionais. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 3, 2012. Disponível em: <http://189.2.156.229/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p261a265.pdf>. Acesso em: 03 out. 2013.

BORBA, T. B.; MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v.1, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpel.tche.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/view/44/28>>. Acesso em: 16 out. 2013.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 05 de maio de 2013.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. Dá Disposições Preliminares ao Art. 3º. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 5. ed., p.11-169, 2010a (Série legislação; n. 51). Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e programas. **Hipertensão**: um mal que pode ser evitado. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837>. Acesso em: 11 out. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, novembro de 2004. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/servicosocial/files/2011/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Assist%C3%A2ncia-Social-PNAS1.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196/96 versão 2012**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Indicadores e Dados Básicos (IDB). Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 27 de fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 06 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, série Pactos pela Saúde 2006, v. 8, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/mp3/diretrizes_recomendacoes_dcnt.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 148 p., 2011e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília, 132p., 2012b. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/Dant/VIGITEL-2011.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

BRASIL. Notícias. **Despesas de planos de saúde devem aumentar 35% em 2030, indica pesquisa**. Portal Brasil, Brasília, nov. 2012a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/11/27/despesas-de-planos-de-saude-devem-aumentar-35-em-2030-revela-pesquisa>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

BRASIL. Notícias. **Doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de morte no mundo, diz OMS**. Portal Brasil, Brasília, set. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/09/14/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-causa-de-morte-no-mundo-diz-oms>>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

BRASIL. Notícias. **Saúde anuncia dados da hipertensão no país**. Portal Brasil, Brasília, abr. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/04/25/saude-anuncia-dados-da-hipertensao-no-pais>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Planalto. **Rede de atenção a pessoa com doenças crônicas não-transmissíveis aprimora atendimento e estimula hábitos saudáveis**. Brasília, 22 fev. 2013. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/imprensa/noticias-de-governo/rede-de-atencao-a-pessoas-com-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>

aprimora-atendimento-e-estimula-habitos-saudaveis>. Acesso em: 08 de maio de 2013.

BRASIL. Portal da Saúde. **Prevenção à osteoporose deve começar na infância**. Portal da Saúde, Brasília, outubro de 2011d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2743/162/prevencao-a-osteoporose-deve-comecar-na-infancia.html>>. Acesso em: 15 out. 2013.

BUENO, J. M. et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/20.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

CALIXTO-LIMA, L.; GONZALES, M. C. Avaliação Nutricional. In: _____. **Nutrição Clínica no dia a dia**. Rio de Janeiro, Ed. Rubio, p. 13-36, 2013.

CAMPOS, M. A. G. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n.4, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-42302006000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 fev. 2013>. Acesso em: 23 fev. 2013.

CAMPOS, M. A. G. et al. Estado nutricional e antropometria em idoso: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 17, n.3/4, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556558&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, set./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

CANCELA, D. M. G. **O Processo de envelhecimento**. 2007. 15f. Trabalho de Estágio de Complemento ao Diploma (Licenciatura em Psicologia) – Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

CANTARELLI, L. et al. Análise do perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/57-02/1150.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

CARDOSO, A. F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 13, n. 130, marzo de 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

CARLOS, P. R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 15, n. 4, São Paulo, out/dez 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20296.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2013.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, INCA, v. 55, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2013.

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, Campinas, Nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000600007&lng=en>. Acesso em: 06 de maio de 2013.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Utilização de equações preditivas na determinação da composição corporal de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v. 31, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v31n3/v31n3a06.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

CONCONE, M. H. V. B.; CERVENY, C. M. O. Research and the (free and) informed consent. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, mar./apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200009>. Acesso em: 05 de maio de 2013.

COSTA, M. F. B. N. A. da; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028>. Acesso em: 17 mar. 2013.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl. 0, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 abr. 2013.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suppl. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de fev. 2013.

CRUZ, I. B. M. da et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, jan./abr. 2004. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200034>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

CURY, A. Todo dia é de combate ao cigarro. **Jornal Brasil on-line**, Distrito Federal, 27 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.jornalbrasil.com.br/?pg=desc-noticias&id=100923>>. Acesso em: 07 out. 2013.

FERNANDES, H. J. **Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do idoso) – Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Porto, 2007. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/19.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J. C.; LIMA, N. K. C. O envelhecimento do aparelho digestório. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 636-639.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 set. 2013.

FIORE, E. G. et al. Perfil nutricional de idosos frequentadores de unidade básica de saúde. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <200.18.252.94/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1088/1064>. Acesso em: 16 out. 2013.

FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

GALLAGHER, D. et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. **The American Journal Clinical Nutrition**, Printed in USA, v. 72, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/72/3/694.full>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

GARCIA, A. M. N.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. de. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000400004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 abr. 2013.

GEUS, L. M. M. de et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700010&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 abr. 2013.

GLENN, J. Desenvolvimento físico e cognitivo na terceira idade. In: PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.661-698. Disponível em: <<https://dl.dropboxusercontent.com/u/95828940/Desenvolvimento%20Humano/Diane%20E.%20Papalia%20-%20Desenvolvimento%20Humano.PDF>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, p. 33-36, 2007. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso133.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

GUIDETTI, A. A.; PEREIRA, A. S. A importância da comunicação na socialização dos idosos. **Revista de Educação**, São Paulo, v. 11, n. 11, 2008. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/reduc/article/view/168/165>>. Acesso em: 23 set. 2013.

HENRIQUE, N. N. et al. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. **Revista de Enfermagem – UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Síntese de indicadores 2011. Rio de Janeiro, 282 p., 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Sintese_Indicadores/comentarios2011.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Rio de Janeiro, n. 24, p. 51-93, 2008a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Notícias. **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. Comunicação Social, 27 nov. 2008b. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1272>>. Acesso em: 05 de maio de 2013.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Envelhecimento e gastos com a saúde**. Informativo Eletrônico, São Paulo, ano 1, n. 5, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/ano1n5.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

JARDIM, A. D. I.; LEAL, A. M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jun. 2013.

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, diciembre 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n6/v11n6a03.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 17-20, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-1/05-aspectos-epidemiologicos.pdf>>. Acesso em: 19 de maio de 2013.

LIMA, J. P. A influência das alterações sensoriais na qualidade de vida do idoso. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, São Paulo, ano 5, n. 8, maio 2007. Disponível em: <<http://www.revista.inf.br/psicologia08/pages/artigos/edic08-anov-art03.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

LIMA, V. et al. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/975/2137>>. Acesso em: 17 out. 2013.

LIMA-FILHO, D. O. et al. Comportamento alimentar do consumidor idoso. **Revista de Negócios**, Blumenau, v. 13, n. 4, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/rn/article/view/619/900>>. Acesso em: 02 out. 2013.

LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Primary Care, vol. 21, n.1, 1994.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004

LOPES, H. F. Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/07-obesidade.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CAMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.perguntaserespostas.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/362/818>>. Acesso em: 20 set. 2013.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2013.

MALTA, M. B.; PANPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

MARCON, R. B. **Avaliação do Estado Nutricional de Usuários Participantes do Hiperdia de uma ESF**. 2010. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2010.

MARUCCI, M. F. N.; BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília, 2003, p.93-117. Disponível em:

<http://www.ciape.org.br/artigos/projeto_sabe.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2013.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira Atividade Física & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1004/1158>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 fev. 2013.

MELO, A. F. de. **A saúde do idoso em 2030: uma análise prospectiva do gasto público na saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011melo-af.pdf>>.

Acessado em: 11 mar. 2013.

MENEZES, N. T. de; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24038.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2013.

MONTEIRO, M. A. M. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, jun. 2009. Disponível em:

<<http://www.lifegroup.com.br/FHI7.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

MONTENEGRO NETO, A. N. et al. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 58, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222008000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jun. 2013.

MORETTO, M. C. et al. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 4, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3034.pdf>>. Acesso em: 06 de maio de 2013.

NASCIMENTO, O. V. do; ALENCAR, F. H. Perfil do estado nutricional do atleta adulto. **Fitness e Performance Jornal**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fjournal.org.br/doi/doi123pt.htm>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000800011&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 fev. 2013.

OLIVEIRA, C. J. de et al. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, set./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.nepas.org.br/abcs/v33n3/33abcs162.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2013.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32333.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2013.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Revista Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 fev. 2013.

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Texto & Contexto Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.3, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

PAZ, R. C. da; FAZZIO, D. M. G.; SANTOS, A. L. B. dos. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Goiás, v. 1, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em:

<<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/6/3>>. Acesso em: 05 de maio de 2013.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Circunferência da cintura e Índice de Massa Corporal como preditores da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2006001700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2013.

PEREIRA, B. C.; PEREIRA, A. K. F. T. C. Radicais livres: uma nova abordagem. **Revista Saúde Quântica**, Grupo Uninter, v. 1, n. 1, jan./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudequantica/article/view/116/48>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001300001&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de maio de 2013.

PEREIRA, J. M.; HELENE, L. M. F. Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n2/reeducacao_alimentar.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S1413-81232002000400007&lng=pt>. Acesso em: 17 set. 2013.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador – Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 4, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n1/a06v85n1.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

PIZZOLATO, A. L. B. et al. Hipertensão: uma herança genética multifatorial. **Revista Genética na Escola**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://geneticanaescola.com.br/wp-home/wp-content/uploads/2012/10/Genetica-na-Escola-51-Artigo-07.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

PONTIERI, F. M.; CASTRO, L. P. T. de; RESENDE, V. A. de. Relação entre o estado nutricional e o consumo de frutas, verduras e legumes de pacientes atendidos em uma clínica escola de nutrição. **Ensaio e Ciência: Ciências**

Biológicas, Agrárias e da Saúde, São Paulo, v. 15, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.sare.anhanguera.com/index.php/rencs/article/view/3200/1322>>. Acesso em: 15 out. 2013.

REIS, C.; BARBIERO, S. M.; RIBAS, L. O efeito do índice de massa corporal sobre as complicações no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio em idoso. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 4, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382008000400012>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

RIBEIRO, S. M. L. et al. Análise vetorial de bioimpedância e estado nutricional de idosas de acordo com o índice de massa corporal. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, São Paulo, v. 13, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n6/a02v13n6.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. de. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, Jan./Mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 abr. 2013.

RUWER, S. L.; ROSSI, A. G.; SIMON, L. F. Equilíbrio no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n. 3, maio/jun. 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rboto/v71n3/a06v71n3.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

SANTOS, A. C.; ABREU-LIMA, C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-supl1/03-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

SANTOS, B. Obesidade: Quem são os responsáveis? **ABESO**, São Paulo, 11 dez. 2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/enoticia/407/obesidade-quem-sao-os-responsaveis.shtml>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

SANTOS, R. R. dos et al. Obesidade em idosos. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/595/590>>. Acesso em: 16 out. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, maio de 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, out./dez. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002>. Acesso em: 17 set. 2013.

SICHERI, R. et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302000000300007&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 out. 2013.

SILVA, D. B. da et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2046/2340>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 266-269, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2013.

SOUSA, V. M. C. de; GUARIENTO, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 46-49, 2009. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/83.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2013.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=H7CAVIQ7x_8C&pg=PR12&lpg=PR12&dq=Dimens%C3%B5es+f%C3%ADsicas+do+envelhecimento.&source=bl&ots=xt-RHIL05n&sig=gFB5B_pwXqJPUoR0a1mOQEI7XQg&hl=pt-BR&sa=X&ei=f500Ustr4FliQ9QT2pYDABQ&ved=0CDYQ6AEwAg#v=onepage&q=Di>

mens%C3%B5es%20f%C3%ADsicas%20do%20envelhecimento.&f=false>. Acesso em 20 jul. 2013.

TIBO, M. G. M. Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso. **Revista Médica Ana Costa**, São Paulo, v. 12, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.revistamedicaanacosta.com.br/12%282%29/artigo_4.htm>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

USSEL, J. I. **La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo.** Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales, 2001. Disponível em: <<http://www.imsero.gob.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/5006la-soledad.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

VEIGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 2, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a11.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 72-85, set./nov, 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35100/37839>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008005000024&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2013.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. Anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 22, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

VILLAGELIM, A. S. B. et al. A vida não pode ser feita só de sonhos: reflexões sobre publicidade e alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a14.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

VITÓRIA (ES). Secretaria de Assistência Social. **Centro de Convivência: o que são?** Vitória, jul. 2012. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semas.php?pagina=oquesao_centros. Acesso em: 05 de maio de 2012.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.suc.org.uy/Articulos/TheYearHypertension_2010.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005, 60p. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf>. Acesso em: 07 out. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf>. Acesso em: 07 out. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: reducing risks, promoting health life**. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2013.

YASBEK, M. A.; MARQUES NETO, J. F. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 6, supl. 1, 2008. Disponível em: <<http://media.ilang.com/PAT/Upload/46535/ARTIGO%201%20Doen%C3%A7as%20osteometabolicas%20Osteoporose.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Carta de autorização para realização da pesquisa

Vitória, 22 de Agosto de 2013.

A Ralph Ribeiro

Coordenador do Centro de Convivência da Terceira Idade de Jardim da Penha

Solicito a autorização da realização de um estudo sobre Avaliação do Estado Nutricional de Idosos Hipertensos. Neste estudo os indivíduos passarão por uma avaliação antropométrica, que consiste em pesar, medir altura e algumas circunferências. Também, serão submetidos a uma avaliação dietética e do nível de atividade física, no qual estes serão questionados sobre seus hábitos alimentares e suas praticas diárias de atividade física.

A participação dos idosos será voluntária. A coleta de dados será realizada conforme agendamento dos dias disponíveis no Centro de Convivência.

Após análise dos resultados e apresentação deste estudo, uma cópia será entregue a instituição a fim de garantir, que a mesma tenha conhecimento sobre a análise dos dados coletados.

Agradeço a atenção e aguardo o deferimento.

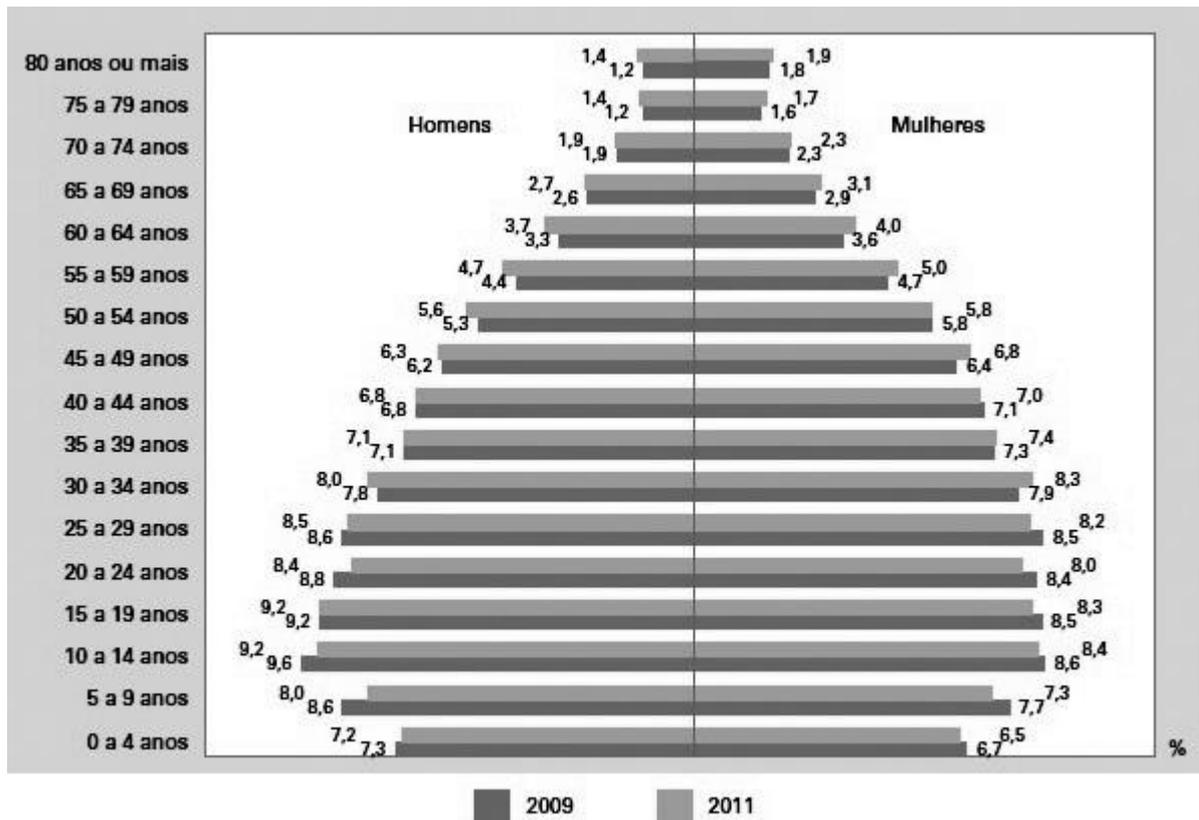


Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão

Prof. da Faculdade Católica Salesiana do ES
Nutricionista
Doutoranda em Ciência e Tecnologia de Alimentos
(27)92363990

ANEXOS

ANEXO A – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2009/2011



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009/2011.

ANEXO B – População residente, por grandes regiões, segundo o sexo e os grupos de idade – 2009/2011

Sexo e grupos de idade	População residente					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011						
Números absolutos (1 000 pessoas)						
Total	195 243	16 499	54 226	82 067	27 875	14 576
0 a 4 anos	13 319	1 473	4 080	4 977	1 742	1 047
5 a 9 anos	14 937	1 682	4 672	5 594	1 877	1 112
10 a 14 anos	17 192	1 746	5 316	6 649	2 232	1 249
15 a 19 anos	17 051	1 738	5 214	6 528	2 329	1 241
20 a 24 anos	16 027	1 450	4 471	6 569	2 263	1 274
25 a 39 anos	46 391	3 870	12 604	19 811	6 372	3 734
40 a 59 anos	46 791	3 238	11 657	21 041	7 400	3 455
60 anos ou mais	23 536	1 302	6 212	10 898	3 658	1 465
Homens	94 739	8 274	26 172	39 556	13 618	7 120
0 a 4 anos	6 796	777	2 084	2 518	889	528
5 a 9 anos	7 602	866	2 380	2 824	973	560
10 a 14 anos	8 727	882	2 706	3 388	1 132	619
15 a 19 anos	8 701	877	2 633	3 367	1 193	631
20 a 24 anos	7 970	729	2 199	3 270	1 141	631
25 a 39 anos	22 396	1 890	6 000	9 598	3 102	1 806
40 a 59 anos	22 122	1 613	5 461	9 852	3 540	1 655
60 anos ou mais	10 424	640	2 708	4 739	1 648	689
Mulheres	100 504	8 225	28 054	42 511	14 257	7 457
0 a 4 anos	6 523	696	1 996	2 459	854	519
5 a 9 anos	7 335	816	2 292	2 770	904	552
10 a 14 anos	8 465	864	2 610	3 261	1 100	630
15 a 19 anos	8 350	861	2 582	3 161	1 136	610
20 a 24 anos	8 057	721	2 273	3 299	1 122	642
25 a 39 anos	23 995	1 980	6 604	10 213	3 270	1 928
40 a 59 anos	24 668	1 625	6 195	11 189	3 860	1 800
60 anos ou mais	13 112	663	3 504	6 159	2 010	776
Números relativos (%)						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Homens	48,5	50,1	48,3	48,2	48,9	48,8
Mulheres	51,5	49,9	51,7	51,8	51,1	51,2
Sexo e grupos de idade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 a 4 anos	6,8	8,9	7,5	6,1	6,3	7,2
5 a 9 anos	7,7	10,2	8,6	6,8	6,7	7,6
10 a 14 anos	8,8	10,6	9,8	8,1	8,0	8,6
15 a 19 anos	8,7	10,5	9,6	8,0	8,4	8,5
20 a 24 anos	9,2	8,8	8,2	8,0	8,1	8,7
25 a 39 anos	23,8	23,5	23,2	24,1	22,9	25,6
40 a 59 anos	24,0	19,6	21,5	25,6	26,5	23,7
60 anos ou mais	12,1	7,9	11,5	13,3	13,1	10,0
Homens	100	100	100	100	100	100
0 a 4 anos	7,2	9,4	8,0	6,4	6,5	7,4
5 a 9 anos	8,0	10,5	9,1	7,1	7,1	7,9
10 a 14 anos	9,2	10,7	10,3	8,6	8,3	8,7
15 a 19 anos	9,2	10,6	10,1	8,5	8,8	8,9
20 a 24 anos	8,4	8,8	8,4	8,3	8,4	8,9
25 a 39 anos	23,6	22,8	22,9	24,3	22,8	25,4
40 a 59 anos	23,4	19,5	20,9	24,9	26,0	23,3
60 anos ou mais	11,0	7,7	10,3	12,0	12,1	9,7
Mulheres	100	100	100	100	100	100
0 a 4 anos	6,5	8,5	7,1	5,8	6,0	7,0
5 a 9 anos	7,3	9,9	8,2	6,5	6,3	7,4
10 a 14 anos	8,4	10,5	9,3	7,7	7,7	8,4
15 a 19 anos	8,3	10,5	9,2	7,4	8,0	8,2
20 a 24 anos	8,0	8,8	8,1	7,8	7,9	8,6
25 a 39 anos	23,9	24,1	23,5	24,0	22,9	25,9
40 a 59 anos	24,5	19,8	22,1	26,3	27,1	24,1
60 anos ou mais	13,0	8,1	12,5	14,5	14,1	10,4

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009/2011.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante: _____

Na condição de estudante do curso de Nutrição da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, estou realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar a antropometria de idosos hipertensos frequentadores do Centro de Convivência de Jardim da Penha, no município de Vitória/ES.

Necessito de sua contribuição participando de uma avaliação antropométrica. Sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar, em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a maior compreensão do que este estudo representa na nossa sociedade e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas por mim, Sabrina Vervloet Rossmann, ou pela professora responsável, Mirian Patrícia C. P. Paixão, através do telefone 3331-8500.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome/assinatura do participante

Vitória/ES, ___ de _____ de _____.
Local e data

Sabrina Vervloet Rossmann
(acadêmica de nutrição)

Mirian Patrícia C. P. Paixão
(professora responsável)

ANEXO D – Questionário de Hipertensão Arterial (QHA)

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Nome: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () viúvo (a) () divorciado (a)

Profissão: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ CC: _____

CB: _____ %CG: _____ %Hidratação: _____

Apresenta alguma doença associada como:

() Diabetes () Osteoporose () Câncer

() Outras: _____

Alguém da família apresenta hipertensão?

() mãe () pai () avó () avô () irmã () irmão

() prima () primo () não sabe () ninguém mais apresenta

Fuma: () sim () não

Consome álcool: () sim () não.

Prática atividade física? () sim () não. Se sim qual? _____

Com qual frequência?

() diariamente

() três vezes na semana

() às vezes (raramente)

Quais refeições realiza diariamente?

() Café da Manhã

Colação

Almoço

Lanche da Tarde

Jantar

Ceia

Faz algum controle alimentar devido à hipertensão arterial? sim não

Se sim qual? _____

O Sr. (a) utiliza outro tempero no seu alimento sem ser o sal?

Sim Não

Se sim qual? _____

Faz algum controle medicamentoso para a hipertensão arterial? sim não

Se sim, quantos? Quais? _____

Tem conhecimento da quantidade de sódio (sal) presente nos alimentos?

Sim Não

O Sr (a) acha que a dieta é um cuidado importante no tratamento da diabete e hipertensão?

Sim Não