

HIPERTENSÃO E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DA CIDADE DO NATAL/RN

Saulo Victor Silva • Universidade Potiguar.
E-mail: saulovictor2901@hotmail.com

Envio em: Junho de 2015

Aceite em: Junho de 2016

RESUMO: O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total, é um fenômeno já bastante evidente em países em desenvolvimento. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) considerada como um grave problema de saúde em todo o mundo. No Brasil, estima-se que aproximadamente metade da população acima de 50 anos de idade possui HAS. O presente estudo teve como objetivo identificar fatores associados da hipertensão em idosos da cidade do Natal/RN. O mesmo caracterizou por ser do tipo individualizado, observacional e transversal. Foram entrevistados 98 idosos hipertensos. A pressão alta esteve associada significativamente à frequência de ir ao serviço de saúde para controle da HAS ($p=0,015$), ao baixo consumo de água ($p=0,023$), ao consumo dos grupos de alimentos como leite e derivados integrais ($p=0,013$), Carnes e ovos ($p=0,024$), embutidos ($p=0,042$), gordura animal ($p=0,003$) e enlatados ($p=0,036$). Portanto, o estudo revelou que as acesso à serviços de saúde, estilo de vida e características do consumo alimentar podem influenciam na qualidade de vida dos idosos hipertensos. Reconhecendo que a HAS é uma condição clínica irreversível e com grandes impactos sobre a vida dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Idoso. Hipertensão Arterial Sistêmica, Consumo alimentar.

HYPERTENSION AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN THE ELDERLY OF NATAL / RN

ABSTRACT: The aging of the population, characterized by increasing of elderly people in relation to total population, is a phenomenon already quite evident in developed countries. Systemic arterial hypertension (SAH) is an intransmissible chronic disease (ICD) considered as a serious health problem worldwide. In Brazil, it is estimated that approximately half of the population over 50 years old has hypertension. This study aimed to identify factors associated with hypertension in elderly people of the city of Natal / RN. The study was characterized for being individualized, observational and transversal type. 98 elderly hypertensive patients were interviewed. The high blood pressure was significantly associated with frequency of going to the health service for control of hypertension ($p = 0.015$) to the low water consumption ($p = 0.023$), on consumption of food groups such as milk and its derivatives ($p = 0.013$), Meat and eggs ($p = 0.024$), fitted ($p = 0.042$), animal fat ($p = 0.003$) and canned foods ($p = 0.036$). Therefore, the study revealed that the access to health services, lifestyle and characteristics of food intake may influence the quality of life of hypertensive elderly individuals. Acknowledging that SAH is an irreversible clinical condition and with huge impacts on the lives of the elderly.

Keywords: Population aging. Elderly. Systemic Arterial Hypertension. Food intake.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total, um fenômeno já bastante evidente em países desenvolvidos.¹

A população brasileira vem crescendo de forma exponencial trazendo importantes mudanças e alterações estruturais na faixa etária da população. Essas mudanças no perfil epidemiológico trazem consigo o predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), típicas da modernidade, passando assim tomar uma proporção bem maior que às doenças transmissíveis.²

Os problemas crônicos de saúde que são acometidos no processo de envelhecimento podem interferir no quadro de saúde do idoso em virtude das alterações fisiológicas associadas a redução da capacidade funcional, esta, caracterizada pelo potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida, conseqüentemente no seu cotidiano.³

As doenças crônicas e suas incapacidades estão em maior prevalência na população idosa. A necessidade de um maior cuidado nessa faixa etária traz uma maior preocupação em virtude da diversidade de alterações fisiológicas de saúde dessa população quando comparada aos outros segmentos etários.⁵ Dentre as principais DCNT acometidas na população idosa, a predisposição e o risco de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) associadas a múltiplos fatores secundários como o sedentarismo e os maus hábitos alimentares.

A HAS é uma condição crônica, de origem multifatorial, que apresenta elevada prevalência na população brasileira, constituindo-se como sério fator de risco para o desenvolvimento de complicações cerebrovasculares e cardíacas. É considerada um grave problema de saúde pública em todas as regiões do mundo. No Brasil, estima-se que haja prevalência entre 50 e 70% entre idosos, o que a torna um dos principais determinantes de mortalidade dessa população, exigindo, assim, correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica.^{6,7}

A hipertensão arterial é um exemplo de DCNT considerada como um grave problema de saúde em todo o mundo. No Brasil, estima-se que aproximadamente metade da população acima de 50 anos de idade vive com HAS. E a mudança gradativa da pirâmide etária, verificada no aumento acentuado da população adulta e idosa e redução da taxa de natalidade, foi decisiva para o crescimento das demandas relacionadas às DCNT.^{8,9}

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados.^{10,11}

A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais.^{10,12} Dessa forma, a orientação nutricional é útil na prevenção para o retardo das complicações associadas às condições crônicas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde.^{13, 14, 15} As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares.¹⁶

Diante do exposto, torna-se relevante identificar as causas e os fatores que influenciam no surgimento da HAS na população idosa, levando em consideração os hábitos alimentares, o estilo de vida e outros aspectos do cotidiano.

O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores associados da hipertensão em idosos da cidade do Natal/RN.

■ 2. MÉTODOS

2.1. NATUREZA DO ESTUDO

O referido estudo trata-se de um estudo transversal, o qual foi realizado em um único momento, caracterizando o perfil dos hipertensos no grupo estudado; observacional, no qual o pesquisador observou apenas as características dos pacientes sem haver qualquer intervenção, do tipo individualizado, em que o idoso foi a unidade de análise e avaliação.

2.2. LOCAL E POPULAÇÃO ESTUDADA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI), localizada na cidade do Natal/RN. A pesquisa foi constituída por idosos com 60 anos de idade ou mais, segundo a classificação preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002).

2.3. TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra, do tipo conveniência, foi constituído pelo total de idosos que estiveram presentes no CEASI no período da avaliação, não necessitando, portanto, calcular o tamanho da amostra.

2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os idosos independentes de ambos os sexos que estiveram na Instituição no período da avaliação nutricional e aceitaram participar da pesquisa foram arrolados para o estudo. No entanto, os idosos dependentes com auxílio de um cuidador, que apresentaram condição capaz de prejudicar o funcionamento cognitivo da pesquisa; portador de necessidades especiais e/ou aqueles que apresentaram transtornos psiquiátricos foram excluídos da amostra e conseqüentemente do estudo.

2.5. ESTUDO PILOTO

Foi realizado previamente um estudo piloto com 30 idosos do Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI) da cidade do Natal, a fim de adequar o tempo da coleta e uma padronização dos dados coletados, os mesmos foram incluídos na amostra.

2.6. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de setembro a 31 de outubro de 2014, por meio de uma entrevista, através de um questionário (APÊNDICE A), estruturado com perguntas fechadas, embasado no questionário do projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) e o caderno de Atenção Básica nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013).

A pesquisa contou com algumas variáveis classificadas como dependente e independentes (ANEXO A). Sendo a dependente a presença de pressão alta e as independentes contendo variáveis sociodemográficas como: gênero, faixa etária, estado civil, profissão, grau de escolaridade. Variável religiosa. Variáveis sócioeconômicas como: Renda. Variáveis referentes às condições de saúde como: Presença de comorbidades, referente ao controle da HAS, perda ou ganho de peso, uso de medicamentos, frequência de consulta médica. Variáveis referentes às condições de estilo de vida como: Consumo de álcool, tabagismo, práticas de atividade física. Variáveis referentes aos hábitos alimentares como: Consumo de água, quantidade de refeições diárias, falta de apetite, alimenta-se antes das principais refeições, apetite antes das refeições, preferências alimentares, aversões, alergias, tabus alimentares, restrição alimentar e frequência de consumo de grupos de alimentos.

As entrevistas foram realizadas no CEASI, pelas alunas do curso de Nutrição da Universidade Potiguar (UNP) devidamente treinadas garantindo assim, a uniformidade das informações coletadas.

2.7. RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os idosos, no momento em que eles estiveram na sala de espera do CEASI, aguardando o atendimento. As alunas abordaram os idosos primeiramente explicando-os com seria realizada a pesquisa, perguntando-os se os mesmos tinham o interesse em participarem da pesquisa e deixando-os seguros que seria um trabalho sério, e as informações coletadas não seriam expostas e nem eles. Os idosos que aceitaram participar da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que serviu como prova de qualquer eventual caso desconfortável que ocorresse com eles.

2.8. APURAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apuração dos dados foi do tipo manual, através dos formulários específicos do estudo. Foi construído a partir dos dados obtidos para cada variável, um banco de dados, após a avaliação de um crítico, em relação ao preenchimento dos formulários de coleta de dados.

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS)® Statistics 20.0. Inicialmente foi feita uma apresentação dos mesmos na forma de medidas descritivas, em seguida, estes foram submetidos à análise bivariada por meio do teste do qui quadrado. As variáveis que apresentaram frequência superior a 90% foram excluídos do estudo.

Para a verificação da associação dos fatores estudados e a pressão alta, foram incluídas no modelo aquelas variáveis que apresentaram valor de $p < 0,050$.

2.9. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Potiguar (UNP) para assegurar as informações que serão adquiridas através da pesquisa e aprovado através do número de protocolo 32405814.4.0000.5296.

Os participantes receberam instruções da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), obedecendo aos aspectos éticos da Resolução do Conselho Nacional Saúde, Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, bem como, o responsável pela Instituição, assinou a carta de anuência (ANEXO B) antes do envio ao CEP.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 98 idosos hipertensos estudados, com faixa etária entre 60 a 94 anos, 81,6% relataram pressão alta, mesmo fazendo uso de medicamentos, percentual bastante relevante entre a população estudada.

Na tabela 1 apresenta a caracterização dos idosos hipertensos em relação às condições sociodemográficas.

Tabela 1 - Associação de Pressão alta com a caracterização sociodemográfica dos idosos do CEASI, da cidade do Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Gênero	Masculino	9	90,0	1	10,0	0,772
	Feminino	71	80,7	17	19,3	
Idade	60 a 71 anos	45	80,4	11	19,6	0,954
	72 a 94 anos	34	82,9	7	17,1	
Raça	Branco	31	83,8	6	16,2	0,450
	Pardo	27	84,4	5	15,6	
	Moreno	6	66,7	3	33,3	
	Amarelo	1	100,0	0	0,0	
	Negro	10	71,4	4	28,6	
	NS/NR	5	100,0	0	0,0	
Estado civil	Solteiro, viúvo, separado ou divorciado	49	79,0	13	21,0	0,547
	Casado	31	86,1	5	13,9	

Antiga profissão	Do lar	32	84,2	6	15,8	0,703
	Outro	6	66,7	3	33,3	
	Agricultor	6	85,7	1	14,3	
	Comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços	11	78,6	3	21,4	
	Funcionário governo federal, estadual ou municipal	12	92,3	1	7,7	
	Trabalhos domésticos	13	76,5	4	23,5	
Escolaridade	Analfabeto	10	66,7	5	33,3	0,119
	Ensino Fundamental	56	87,5	8	12,5	
	Ensino Médio ou Superior	14	73,7	5	26,3	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

A tabela 1 mostra que não houve associação estatisticamente significativa quando comparado as variáveis sociodemográficas com pressão alta. Houve um maior quantitativo de mulheres. Esse achado é consistente ¹⁷, em estudo realizado em Minas Gerais com idosos hipertensos, demonstraram que as mulheres têm maior preocupação com sua saúde, apresentando maior tendência ao autocuidado e ao atendimento médico. Outro estudo realizado ¹⁸ com a população da Arábia Saudita mostrou que as mulheres são mais preocupadas com estado de saúde e procuram mais assistência médica, e isso é esperado uma vez que o estado de saúde pode afetar a imagem corporal que é mais importante para as mulheres. Portanto, podem apresentar detecção precoce e maior controle da HAS quando comparadas aos homens.

A variável “escolaridade” apesar de não ter mostrado diferença estatisticamente significativa ($p= 0,119$). ¹⁹, em estudo com portadores de doenças crônicas, entre elas a HAS em idosos, mostraram que o baixo nível de escolaridade esteve relacionado a baixos níveis de qualidade de vida. Corroborando com o estudo realizado ²⁰ em Montes Claros, Minas Gerais, com idosos hipertensos, o qual mostrou associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a qualidade de vida.

A tabela a seguir apresenta a caracterização dos idosos hipertensos em relação à religiosidade.

Tabela 2 - Associação de Pressão alta com a caracterização socioculturais dos idosos do CEASI, da cidade do Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Religião	Católico	62	80,5	15	19,5	0,725
	Evangélico	15	83,3	3	16,7	
	Outra	1	100	0	0,0	
	NR	2	100	0	0,0	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

A tabela 2 mostra que não houve associação estatisticamente significativa entre a variável religião com a pressão alta.

A tabela a seguir apresenta a caracterização dos idosos hipertensos em relação às condições socioeconômicas.

Tabela 3 - Associação de Pressão alta com a caracterização socioeconômicas dos idosos do CEASI, da cidade do Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Aposentado	Sim	73	83,0	15	17,0	0,568
	Não	7	70,0	3	30,0	
Idoso independente	Sim	66	83,5	13	16,5	0,405
	Não	8	66,7	4	33,3	
Alguém dependente de sua renda	Sim	38	86,4	6	13,6	0,544
	Não	35	77,8	10	22,2	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

A tabela 3 mostra que não houve associação entre as variáveis “aposentado, idoso independente e alguém depende de sua renda” com pressão alta.

A tabela a seguir apresenta a caracterização dos idosos hipertensos em relação às condições de saúde.

Tabela 4 - Associação de Pressão alta com as condições de saúde dos idosos do CEASI, da cidade do Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Dor de cabeça	Sim	49	76,6	15	23,4	0,159
	Não	30	90,9	3	9,1	
	NR	1	100,0	0	0,0	
Dor na nuca	Sim	42	82,4	9	17,6	1,000
	Não	38	80,9	9	19,1	
Dor no peito	Sim	30	73,2	11	26,8	0,116
	Não	50	87,7	7	12,3	

Costuma ir ao serviço saúde para controle HAS	Sim, a cada dois ou 3 meses	38	73,1	14	26,9	0,015
	Nunca	5	100,0	0	0,0	
	Sim, uma ou mais vezes ao mês	13	100,0	0	0,0	
	Sim, a cada seis meses	6	66,7	3	33,3	
	Quando não me sinto bem	14	93,3	1	6,7	
	Sim pelo menos uma vez por ano	4	100,0	0	0,0	
Sua PA, geralmente está controlada	Sim	58	82,9	12	17,1	0,837
	Não	22	78,6	6	21,4	
Sua pressão sanguínea com 12 meses atrás está	Melhor	59	84,3	11	15,7	0,433
	Igual/Pior	21	75,0	7	25,0	
Hospitalizado por causa da HAS	Sim	30	21,1	8	21,1	0,781
	Não	50	83,3	10	16,7	
Perda de peso	Sim	55	80,9	13	19,1	0,995
	Não	25	83,3	5	16,7	
Diabetes	Sim	26	74,3	9	25,7	0,259
	Não	54	85,7	9	14,3	
Cardiovasculares	Sim	30	76,9	9	23,1	0,476
	Não	50	84,7	9	15,3	
Osteoporose	Sim	46	83,6	9	16,4	0,752
	Não	34	79,1	9	20,9	
Artrite	Sim	49	83,1	10	16,9	0,858
	Não	31	79,5	8	20,5	
Artrose	Sim	48	82,8	10	17,2	0,935
	Não	32	80,0	8	20,0	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

Quando associou-se as condições de saúde mais frequentes com a pressão alta, a variável “costuma ir ao serviço de saúde para controlar a HAS” teve valor significativo ($p=0,015$), o que mostra que mais da metade dos idosos que apresentam pressão alta costumam ir ao serviço de saúde a cada dois ou três meses para controle da HAS. Em estudo realizado em Minas Gerais com idosos hipertensos, afirmaram que é de se esperar que o uso de serviços de saúde proporcione a chance de conhecimento da pressão arterial elevada, uma vez que aumenta a probabilidade de diagnóstico desta condição por profissional de saúde, frequentemente assintomática.¹⁷ Assim, o uso de serviços de saúde pode aumentar o conhecimento, e este afeta diretamente a chance de tratamento e controle da pressão arterial elevada.

No presente estudo observou-se que a prevalência do tratamento foi maior entre os idosos que se submeteram à consulta médica nos últimos três meses, totalizando 86,7% dos idosos que relataram pressão alta. Essa evidência corrobora com estudo realizado com a população adulta rural em Santa Catarina, que afirmam que quanto melhor o acesso aos serviços de saúde maior o conhecimento da condição de pressão arterial elevada.²¹

A tabela a seguir apresenta a caracterização dos idosos hipertensos em relação às condições e estilo de vida.

Tabela 5 - Associação de Pressão alta com condições e estilo de vida dos idosos do CEASI, Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Ex-fumante	Sim	33	76,7	10	23,3	0,242
	Não	29	90,6	3	9,4	
	NR	18	78,3	5	21,7	
Prática atividade física	Sim	25	83,9	3	10,7	0,091
	Não	55	79,7	14	20,3	
	NR	0	0,0	1	100,0	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

A tabela 5 mostra que quando comparado à associação de pressão alta com condições e estilo de vida dos idosos, não houve associação estatisticamente significativa. Entretanto, ressalta-se a plausibilidade biológicas desses fatores influenciarem de alguma forma o aumento da pressão arterial, pois sabe-se que a atividade física independentemente da redução da massa corporal, exerce efeito hipotensor que parece relacionar-se à redução da atividade simpática, à maior vasodilatação e à complacência arteriolar. Além disso, a prática de atividade física regularmente, juntamente ao abandono do tabaco, proporciona um estilo de vida mais saudável, prevenindo o surgimento de DCNT e os agravos das mesmas.

A tabela a seguir apresenta a caracterização dos idosos hipertensos em relação aos hábitos alimentares.

Tabela 6 - Associação de Pressão alta com características de hábitos alimentares dos idosos do CEASI, Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Refeição por dia	3	19	76,0	6	24,0	0,403
	4	18	75,0	6	25,0	
	5	34	89,5	4	10,5	
	6	9	81,8	2	18,2	

Apetite antes das refeições	Sim	23	85,2	4	14,8	0,000
	Não	42	95,5	2	4,5	
	NS NR	15	55,6	12	44,4	
Alimenta-se antes das refeições	Sim	10	90,9	1	9,1	0,000
	Não	55	91,7	5	8,3	
	NS NR	15	55,6	12	44,4	
Falta de apetite	Sim	19	79,2	5	20,8	0,440
	Não	58	84,1	11	15,9	
	NR	3	60,0	2	40,0	
Preferência alimentar	Sim	14	87,5	2	12,5	0,000
	Não	51	92,7	4	7,3	
	NS NR	15	55,6	12	44,4	
Aversão alimentar	Sim	7	70,0	3	30,0	0,529
	Não	72	82,8	15	17,2	
	NR	1	100,0	0	0,0	
Consumo de água	3 a 4 copos de 200ml	32	82,1	7	17,9	0,023
	5 a 6 copos de 200ml	15	100,0	0	0,0	
	1 a 2 copos de 200ml	5	83,3	1	16,7	
	Mais de 1500ml	7	58,3	5	41,7	
	Mais de 2000ml	21	84,0	4	16,0	
	NS	0	0,0	1	100,0	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

Na tabela 6 mostra que a associação das características de hábitos alimentares com a pressão alta, os idosos que relataram não ter apetite antes das refeições, não se alimenta antes das refeições e aqueles que não tinham preferência alimentar, apresentaram valores estatisticamente muito significativos ($p=0,000$), com a pressão alta.²², em estudo realizado com idosos hipertensos no Rio de Janeiro, apontam para aspectos relevantes ao sinalizar que os hábitos alimentares saudáveis dos idosos hipertensos avaliados estão aquém daqueles preconizados, também sugerem que fatores socioeconômicos, características de saúde e utilização dos serviços de saúde influenciam na prática de hábitos alimentares saudáveis para prevenção de DCV entre idosos hipertensos.

Outra variável bastante significativa ($p=0,023$) associada à pressão alta foi o baixo consumo hídrico, o qual mostra que a maioria dos idosos ingerem diariamente de três a quatro copos de 200ml de água. A água constitui elemento importante para o funcionamento do intestino, mantém a boca úmida e o corpo hidratado. Corroborando fato de que a ingesta hídrica inadequada entre os idosos, visto que nessa fase há ausência de sede e complicações fisiológicas, dificulta o consumo adequado. Vale ressaltar aos cuidadores e profissionais de saúde para sensibilizar os idosos quanto à importância e os benefícios deste consumo.²³

A tabela a seguir apresenta associação de pressão alta com frequência de consumo alimentar dos idosos do CEASI.

Tabela 7 - Associação de Pressão alta com frequência de consumo alimentar dos idosos do CEASI, Natal/RN, 2014.

Variáveis		Pressão Alta				p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Leite e derivados integrais	Não comeu/Come de vez em quando	45	90,0	5	10,0	0,013
	Come uma vez/dia	10	90,9	1	9,1	
	Come 2 a 3 vezes/dia	3	75,0	1	25,0	
	Come pelo menos 1 vez/semana	5	55,6	4	44,4	
	Come 2 a 3 vezes/semana	10	58,8	7	41,2	
	Come 4 a 6 vezes/semana	7	100,0	0	0,0	
Carnes e Ovos	Não comeu/Come de vez em quando	2	100,0	0	0,0	0,024
	Come uma vez/dia	18	90,0	2	10,0	
	Come 2 a 3 vezes/dia	15	93,8	1	6,2	
	Come pelo menos 1 vez/semana	0	0,0	1	100,0	
	Come 2 a 3 vezes/semana	21	65,6	11	34,4	
	Come 4 a 6 vezes/semana	24	88,9	3	11,1	
Gordura Animal	Não comeu/Come de vez em quando	59	92,2	5	7,8	0,003
	Come uma vez/dia	3	75,0	1	25,0	
	Come 2 a 3 vezes/dia	1	100,0	0	0,0	
	Come pelo menos 1 vez/semana	9	47,4	10	52,6	
	Come 2 a 3 vezes/semana	7	77,8	2	22,2	
	Come 4 a 6 vezes/semana	1	100,0	0	0,0	
Enlatados	Não comeu/Come de vez em quando	71	85,5	12	14,5	0,036
	Come pelo menos 1 vez/semana	9	64,3	5	35,7	
	Come 2 a 3 vezes/semana	0	0,0	1	100,0	

Embutidos	Não comeu/Come de vez e quando	55	88,7	7	11,3	0,042
	Come uma vez/dia	3	100,0	0	0,0	
	Come 2 a 3 vezes/dia	2	100,0	0	0,0	
	Come pelo menos 1 vez/semana	12	57,1	9	42,9	
	Come 2 a 3 vezes/semana	7	77,8	2	22,2	
	Come 4 a 6 vezes/semana	1	100,0	0	0,0	
Frutas	Não comeu/Come de vez e quando	2	100,0	0	0,0	0,590
	Come uma vez/dia	13	81,2	3	18,8	
	Come 2 a 3 vezes/dia	14	93,3	1	6,7	
	Come pelo menos 1 vez/semana	3	75	1	25	
	Come 2 a 3 vezes/semana	31	75,6	10	24,4	
	Come 4 a 6 vezes/semana	17	85,0	3	15,0	
Legumes e Verduras	Não comeu/Come de vez e quando	5	71,4	2	28,6	0,150
	Come uma vez/dia	23	95,8	1	4,2	
	Come 2 a 3 vezes/dia	2	100,0	0	0,0	
	Come pelo menos 1 vez/semana	15	71,4	6	28,6	
	Come 2 a 3 vezes/semana	21	75,0	7	25,0	
	Come 4 a 6 vezes/semana	14	87,5	2	12,5	

Fonte: Própria. Natal-RN, 2014.

De acordo com a frequência de consumo de alimentos, os que apresentaram valores significativos foram leite e derivados integrais ($p=0,013$), Carnes e ovos ($p=0,024$), embutidos ($p=0,042$), gordura animal ($p=0,003$) e enlatados ($p=0,036$) associados com a pressão alta e os demais grupos como Frutas, Legumes e verduras, leite e derivados desnatados, leguminosas, massas e pães, cereais integrais, tubérculos, doces, gordura vegetal, frituras e temperos, sopas e molhos prontos não foram estatisticamente significativos.

Nas últimas décadas, o Brasil e outros países em desenvolvimento passaram por uma transição nutricional em que o padrão alimentar baseado no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos vem sendo substituído por uma alimentação rica em gorduras e açúcares, e essas mudanças nos padrões de consumo têm colocado a população em maior risco para doenças crônicas.¹² Em estudo citado anteriormente²², relataram a elevada prevalência de consumo de temperos industrializados e embutidos indicam um excesso na ingestão de sódio. Corroborando com o presente estudo, no qual observou-se que consumo de enlatados e embutidos é inadequado entre os idosos hipertensos. Além disso, a elevada prevalência de consumo desses alimentos reforça a necessidade de orientações nutricionais direcionadas a essa população, uma vez que a falta de conhecimento

e informação sobre a composição nutricional dos alimentos também pode determinar um excesso no consumo.

Entre os idosos estudados, observou-se baixo consumo de frutas, legumes e verduras o qual consumiam pelo menos duas a três vezes por semana. Em relação a frutas, verduras, legumes e hortaliças, a recomendação diária estabelecida pela pirâmide alimentar não foi evidenciada neste estudo, pois em ambos os grupos alimentares chegou-se apenas consumir duas a três vezes pelos idosos por semana. E também foi demonstrada associação significativa entre pressão arterial e o consumo inadequado desses grupos de alimentos. A importância de hortaliças e frutas na dieta de indivíduos hipertensos vem sendo destacada em diversos estudos. Paralelamente a esse achado, um estudo citado anteriormente ²⁰, encontraram que o consumo de frutas e hortaliças foi referido com menor frequência pelos idosos dependentes, o que pode estar associado ao fato de o idoso ser dependente de terceiros tanto para adquirir como para consumir esses alimentos. Além disso, apesar das frutas banana, laranja e limão estarem presentes no consumo diário dos idosos independentes, apenas a banana é consumida por mais da metade deles. Em estudo realizado ²⁴ com idosos do sexo feminino em Recife, encontrou que as frutas: banana, laranja e mamão, embora mais citadas, não apresentaram consumo superior a 40% entre as idosas. Em estudo realizado com adultos, demonstraram que a dieta rica em frutas e hortaliças reduziu significativamente os níveis pressóricos quando comparada com a dieta-controle. ²⁵ Também outro estudo, em indivíduos adultos com hipertensão sistólica isolada, encontraram resultados positivos, atingindo 50% de normalização dos níveis pressóricos com o uso de dieta rica em frutas e hortaliças. ²⁶ Em estudo com adultos e idosos ²⁷ também encontraram evidências de que a ingestão adequada de frutas e hortaliças está associada com a prevenção de DCV pela combinação benéfica de micronutrientes presentes em sua composição.

Portanto, o presente estudo reafirma a importância de uma alimentação adequada e equilibrada, possibilitando estratégias que envolvam o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes, verduras, hortaliças e grãos integrais, e ao mesmo tempo, que incentivem a redução do consumo de alimentos processados ricos em sódio, gordura saturada, visto que, possuem estreita ligação com a prevenção de doenças crônicas.

Conclui-se que baixo consumo de frutas, legumes e verduras entre os idosos, ressalta a importância de se ter uma maior preocupação com a alimentação. Hábitos alimentares mais saudáveis podem prevenir ou reduzir o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis.

As condições de saúde, o estilo de vida e características do consumo alimentar podem influenciar na qualidade de vida dos idosos hipertensos. Reconhecendo que a HAS é uma condição clínica irreversível e com grandes impactos sobre a vida dos idosos, a adoção de ações e estratégias voltadas para a minimização e/ou reversão dos efeitos negativos atrelados a essas condições e características, pode tornar-se uma forte estratégia de melhoria de indicadores de qualidade de saúde e de vida desses idosos.

Para tanto é importante o desenvolvimento de um processo de educação em saúde com enfoque na prevenção e na mudança dos hábitos de vida, para que o idoso evite recidivas ou o agravamento da doença. É relevante que as equipes de saúde da atenção básica façam uma discussão ampla, a fim de compreender o comportamento e o estilo de vida de idosos portadores de pressão alta e seus fatores de risco. Tais discussões possibilitarão desvelar novos conhecimentos sobre a influência cultural, social e econômica no estilo de vida des-

ses idosos. Em razão disso, é fundamental o trabalho multidisciplinar no cuidado ao idoso portador de pressão alta.

■ 4. REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em : ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf.
2. Schramm JMA. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2004;9.
3. Veras R. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras R. *Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UNATI/UERJ; 2002.
4. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad saúde pública*. Rio de Janeiro, 2008;24.
5. Rodrigues MAP et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2009;43.
6. Brito DMS. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 2008;28.
7. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterr Health J*, 2005;11.
8. Lotufo PA. Why Brazil does not have a epidemic of chronic diseases: Some answers from cardiovascular diseases. *São Paulo Medical Journal*. 123 (2), 47-48. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmg/123n2/a01v123.pdf>
9. Schimidt MI. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: Carga e desafios atuais. *The lance*, London, 2011; 377.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2001. [Acesso em: jul. 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf.
11. Canaan FA. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 2006;87(6).
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. 2003. [Acesso em: jul. 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf.
13. BUSE, J. B. et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 2007 jan.; 30(1):162-72.

14. Santos ALT. et al. Análise crítica das recomendações da Associação Americana de Diabetes para doença cardiovascular no diabetes melito. Revisão Sistemática. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, 2009 jul;53(5).
15. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2005. [Acesso em: jul. 2013]. Disponível em: <http://diabetes.org.br>.
16. Coppell KJ et al. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are hyperglycaemic despite optimized drug treatment- Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomized controlled trial 2010 jul; 341(202): 3337.
17. Firmo JOA, Uchôa E., Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. Cad Saúde Pública. 2004;20.
18. Saeed A. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Saudi adult population: a national survey. Int J Hypertens 2011.
19. Sprangers MA. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J Clin Epidemiol 2000; 53.
20. Andrade et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida dos idosos hipertensos. Ciência saúde coletiva Rio de Janeiro, 2014;19(8).
21. Pereira MR. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. Cad Saúde Pública 2007; 23.
22. Gadenz SD, Benvegnú LA. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2013;18.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
24. Marques APO. Envelhecimento, sobrepeso em mulheres idosas e fatores associados. Recife. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, 2004. 110 f
25. Conlin PR., et al. The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary approaches to stop hypertension (DASH) trial. Am J Hypertens. 2000; 30.
26. Moore TJ. et al. Dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet is effective treatment for stage 1 isolated systolic hypertension. Hypertension. 2001; 30.
27. Liu S. et al. Intake of vegetables rich in carotenoids and risk of coronary heart disease in men: The Physician's health study. Int J Epidemiol. 2001; 30.

