

Nutrição Brasil 2017;16(1):19-28

ARTIGO ORIGINAL

Hipertensão arterial auto-referida, estado nutricional e consumo alimentar de idosos participantes de um grupo da terceira idade do município de Espera Feliz/MG

Self-referred hypertension, nutritional status and food intake of elderly in a third age group at the city of Espera Feliz/MG

Juliana Câmara de Souza*, Danielle Cristina Guimarães da Silva**

*Nutricionista pela Faculdade de Minas, FAMINAS Campus Muriaé/MG, **Doutoranda em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa/UFV

Recebido 20 de fevereiro de 2016; aceito 15 de dezembro de 2016

Endereço para correspondência: Danielle Cristina Guimarães da Silva, Rua Bahia 280/201. Bairro São Sebastião, Barbacena MG, E-mail: daniellenut@hotmail.com; Juliana Câmara de Souza: juliana_c.souza@hotmail.com

Resumo

O presente estudo foi realizado em 2013 com objetivo de descrever a prevalência de hipertensão arterial auto-referida, apresentar o estado nutricional e dados do consumo alimentar de idosos do município de Espera Feliz/MG. Os dados foram obtidos através de um questionário, aplicado a 60 idosos. Dentre os entrevistados, 34 (57%) relataram apresentar o diagnóstico de hipertensão arterial. Para o estado nutricional, 35 (58%) dos participantes apresentaram obesidade e a circunferência da cintura apresentou-se elevada na maioria dos entrevistados. 6 (32%) do sexo masculino, e 32 (78%) do sexo feminino. Em relação ao consumo alimentar, verduras, legumes, frutas e carnes não foram considerados hábito alimentar do grupo, sendo que o consumo de sal se apresentou acima do recomendado na alimentação da maioria dos entrevistados. A partir do perfil antropométrico e consumo alimentar do grupo estudado, é necessário que esses idosos recebam orientações de alimentação saudável, para dessa forma evitar o desenvolvimento de doenças crônicas como a hipertensão arterial.

Palavras-chave: doenças crônicas, hipertensão arterial, estado nutricional.

Abstract

This study was performed in 2013 in order to describe the prevalence of self-reported hypertension, the nutritional status, food intake of elderly at the city of Espera Feliz/MG. Data were obtained from a questionnaire answered by 60 elderly. Among the respondents, 34 (57%) reported a diagnosis of hypertension. About nutritional status, 35 (58%) showed obesity with elevated waist circumference in the majority of the elderly. 6 (32%) were male, and 32 (78%) were female. In relation to food intake, vegetables, fruits and meats were not eating habits of the group, and the salt intake was above the recommended in the diet of most respondents. The results of the anthropometric profile and food intake show that these seniors must receive healthy eating guidelines to prevent the development of chronic diseases such as high blood pressure.

Key-words: chronic disease, hypertension, nutritional status.

Introdução

O envelhecimento populacional faz parte de um cenário mundial, em que se observa o aumento da esperança média de vida, juntamente com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade. Esta fase da vida é um fenômeno complexo, onde inúmeras mudanças fisiológicas fazem com que o indivíduo fique mais vulnerável a diversas doenças [1].

Além dos fatores fisiológicos, existem também as alterações dos hábitos alimentares da população brasileira, que contribuem para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre essas alterações, o baixo consumo de alimentos ricos em fibras, aumento da ingestão de gordura saturada, sal e açúcares [2].

Este aumento da idade acarreta um aumento de casos de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial [3]. A hipertensão arterial pode ser definida como uma síndrome,

onde os níveis tensionais estão elevados, associados à alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos [4].

Essa doença crônica é de alta prevalência nos idosos, tendo em vista que durante o processo de envelhecimento, os vasos sanguíneos vão perdendo a elasticidade, e como consequência ocorre um aumento na resistência periférica total, levando ao aparecimento da hipertensão arterial [5].

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 600 milhões de pessoas possuem hipertensão arterial sistêmica no mundo [4]. No Brasil, a partir de estudos de base populacional, estima-se que a prevalência encontra-se em torno de 20% [6].

Existem diversos fatores que podem aumentar a probabilidade de ocorrência da hipertensão arterial, como os hábitos alimentares, excesso de peso, alcoolismo, diabetes, fumo, estresse, dentre outros [7].

Uma alimentação adequada durante a vida favorece um envelhecimento sadio, e conseqüentemente uma expectativa de vida maior [8]. Devido ao declínio das funções fisiológicas, que ocorre no processo de envelhecimento, a absorção e o metabolismo dos nutrientes ficam prejudicados, e quando associados a doenças crônico-degenerativas, a utilização destes nutrientes pode ficar ainda mais prejudicada, tendo em vista que os medicamentos também interferem. Com isso, os idosos acabam tornando-se um grupo de risco nutricional [9].

A intervenção nutricional é uma importante medida de prevenção e até mesmo tratamento na hipertensão, tendo em vista que ao modificar uma dieta, priorizando o aumento no consumo de cálcio e potássio, e uma diminuição no consumo de sódio, verifica-se a redução nos níveis pressóricos [5].

Neste contexto, o presente trabalho teve o objetivo de associar a hipertensão arterial e dados referentes ao estado nutricional e consumo alimentar de idosos participantes de um grupo da terceira idade do município de Espera Feliz/MG.

Material e métodos

Durante o ano de 2013 foi realizado o estudo descritivo, transversal, constituído por uma amostra de conveniência de 60 idosos, frequentadores de um grupo da terceira idade do município de Espera Feliz/MG. Os indivíduos participaram da pesquisa livre e espontaneamente, após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas estabelecidas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para o diagnóstico da avaliação socioeconômica deste grupo foram utilizados os critérios de classificação da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), subdivididos em: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. O critério de classificação econômica do Brasil estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas [10]. A raça foi auto-referida e categorizada em branca e não branca.

Para a determinação da hipertensão arterial auto-referida, os participantes foram questionados sobre o uso de medicamentos anti-hipertensivos ou o conhecimento sobre o diagnóstico de hipertensão [11]. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia [12], o diagnóstico dessa doença ocorre quando os níveis da pressão arterial (PA) ao serem aferidos casualmente e repetidas vezes, apresentarem valores alterados, sendo PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg.

Os idosos também foram questionados sobre o uso de bebidas alcoólicas, fumo, prática de atividade física, ingestão hídrica e sal.

Para avaliar o estado nutricional, foram analisados o peso e a estatura dos idosos. O peso foi aferido com uma balança digital, portátil da marca Personal Scalle, com capacidade máxima de 150 e a estatura foi estimada pela altura do joelho [13]. Após a obtenção das informações foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) e classificado quanto ao seu estado nutricional de acordo com os pontos de corte de Lipschitz [14].

A circunferência da cintura também foi mensurada, com o auxílio de uma fita métrica da marca Sanny®, de extensão de dois metros, inelástica, sendo a medida realizada no ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela. A circunferência do quadril foi medida na área de maior protuberância dos glúteos e a estatura, aferida por meio de um estadiômetro de haste fixa da marca Welmy, com extensão de 2,5 m e resolução de 0,1 cm. Foram utilizados os pontos de corte propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia [12] para determinar a prevalência de adiposidade abdominal.

Para avaliar o consumo alimentar, foi aplicado um questionário de frequência alimentar (QFA) validado e adaptado para a população idosa por Abreu et al. [15] a partir com informações referentes ao consumo do grupo alimentar no último mês. Considerou-se hábito alimentar o consumo do grupo de alimentos maior ou igual a cinco dias da semana, por pelo menos 50% dos participantes [16].

Para descrever as variáveis quantitativas foram calculadas as médias e desvios padrão, utilizando-se o Microsoft Office Excel® 2007. As variáveis categóricas foram descritas por meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%).

Resultados e discussão

O estudo foi realizado com 60 idosos, de ambos os sexos, sendo 41 (68%) do sexo feminino e atingindo (100%) dos participantes do grupo da terceira idade.

De acordo com a avaliação socioeconômica, calculada através da posse de itens relatada pelos entrevistados, 3 idosos se apresentavam na classe B1 ou B2, 31 na classe C, 24 na classe D e 2 na classe E, sendo que nas classes A1 e A2 não se enquadrou nenhum dos participantes. Estes dados estão descritos na Tabela I. Segundo Costa *et al.* [6] existe associação entre renda familiar e hipertensão, devido as más condições de vida, que pode ter influência no consumo alimentar, compra de medicamentos para controle da doença, dentre outros.

Os participantes também foram questionados em relação à etnia, sendo 39 (65%) da raça branca e 21(35%) da raça negra. Conforme Borelli *et al.* [17] em relação à etnia sabe-se que diversos estudos comprovam que os negros têm maior prevalência de hipertensão arterial quando comparados aos brancos. Porém, no estudo realizado não houve relação da hipertensão arterial com a cor, pois os brancos apresentaram percentual maior da doença.

Dentre os entrevistados, 34 (57%) relataram apresentar o diagnóstico de hipertensão arterial. Em comparação a outros estudos, segundo Miranda *et al.* [18], na cidade de São Paulo a prevalência de hipertensão arterial chega a 62%. Pode-se comparar também ao município de Bambuí/MG, onde a prevalência estimada foi de 61,5% [19]. Recentes estudos indicam que, entre os idosos a hipertensão arterial pode variar de 52% a 63%, sendo considerado então um problema de saúde pública [20]. Assim, considera-se que os resultados da presente pesquisa são pertinentes aos dados epidemiológicos de outras cidades brasileiras. Vale ressaltar que a hipertensão arterial pode estar relacionada a diversos fatores como idade, baixa renda familiar, obesidade, estilo de vida, dentre outros.

Tabela I – Descrição da amostra segundo características sociodemográficas, Espera Feliz/MG, Brasil, 2013.

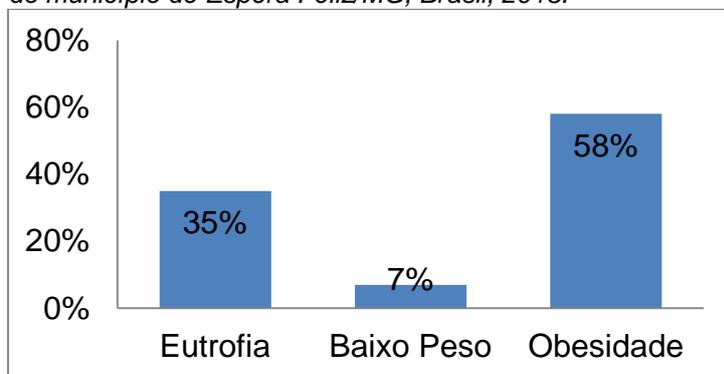
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	19	31,66
Feminino	41	68,33
Idade (anos)		
60-69	31	51,66
70-79	19	31,66
≥80	10	16,66
Cor da pele		
Branca	39	65,00
Não branca	21	35,00
Avaliação social		
B1 e B2	2	4,99
B2	2	3,33
C	31	51,66
D	24	40
E	2	3,33

Em relação às condições de saúde, 21 idosos relataram não utilizar medicamentos para controle da pressão arterial, 34 utilizam diariamente, e 5 utilizam esporadicamente. Neste grupo existe um controle medicamentoso, tendo em vista que, todos os idosos que relataram ter hipertensão arterial fazem uso de medicamentos diariamente para reduzir a pressão arterial,

sendo um fator positivo quando comparado a estudos nos Estados Unidos onde a proporção de idosos que não utilizam medicamentos para controle da PA pode chegar até 20% [21]. Este controle pode ser devido à influência positiva de familiares e profissionais de saúde, e também ao projeto, Associação da Melhor Idade de Espera Feliz, que realiza diversas palestras de orientações para portadores ou não de hipertensão arterial, destacando a importância do tratamento e os riscos que a não adesão podem causar, como aumento da pressão arterial e aumento da morbimortalidade cardiovascular. Realizam também outras diversas atividades para melhorar a qualidade de vida dos idosos frequentadores como aulas de dança, atividade física, aulas de música, dentre outras.

Foi realizada aferição das medidas antropométricas de altura e pesagem dos idosos, e por meio desses dados, pôde-se calcular o IMC, classificando o estado nutricional, onde 35% (21) estavam eutróficos, 7% (4) estavam em baixo peso, e prevalência de obesos num valor de 58% (35) de acordo com a classificação de Lipchitz [14]. Segundo Amado e Arruda [22], a obesidade é classificada como maior fator de risco para desenvolver hipertensão arterial, é de alta prevalência em idosos, e principalmente quando está associada a obesidade central. Tendo em vista que, houve prevalência de hipertensos e obesos no grupo estudado, não há dúvidas que o excesso de peso é um forte fator de risco para hipertensão arterial [12]. Os dados sobre o estado nutricional do grupo estudado encontram-se no gráfico 1.

Gráfico 1 – Avaliação do Estado Nutricional dos participantes da Associação da Melhor Idade do município de Espera Feliz/MG, Brasil, 2013.



Em relação à circunferência da cintura, no sexo masculino, 6 (32%) apresentaram a medida acima de 102 cm, e no sexo feminino, 32 (78%) apresentaram valores acima de 88 cm, sendo portanto, alta a prevalência de adiposidade abdominal nas mulheres. Rosa et al. [23] citam que a circunferência abdominal acima do valor considerado normal, é um fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial.

Em relação à atividade física, apenas 16 (27%) participantes relataram praticar. Esse resultado é um ponto negativo, e pode estar relacionado à prevalência de hipertensão arterial no grupo estudado, tendo em vista que, segundo Jardim *et al.* [24] indivíduos que não praticam atividade física, estão mais propensos a desenvolver hipertensão arterial. Outro estudo afirma que, o exercício físico pode trazer benefícios ao hipertenso como diminuir a dosagem de seus medicamentos anti-hipertensivos, ou até mesmo o controle da hipertensão arterial sem o uso destes medicamentos. Daí então a importância da prática de atividade física para prevenção ou até mesmo o tratamento da hipertensão arterial [25].

Segundo Nóbrega et al. [26], quando o idoso possui um estilo de vida saudável, não só em questão de alimentação, mas também ter o hábito de praticar atividade física, as alterações morfológicas e funcionais que ocorrem no processo de envelhecimento podem ser prorrogadas. Existem diversos benefícios da atividade física para o idoso, pode-se citar a prevenção de perda de massa óssea, aumento da força, prevenção de fraturas, ganho de massa muscular, reduz o peso corporal, ajuda a controlar a pressão arterial em repouso, dentre outros inúmeros benefícios.

Em relação o estilo de vida dos indivíduos analisados, 12 (20%) relataram ser fumantes. De acordo com Bloch *et al.* [27], nos últimos anos, pôde-se notar uma redução no tabagismo, confirmado também no presente estudo, sendo considerado resultado positivo. Em um estudo feito por Pires *et al.* [28], 36% dos idosos entrevistados possuem o hábito de fumar. Sabe-se que o tabaco é um fator de risco para o desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico. Sabe-se também que, o tabagismo é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da

hipertensão arterial, além de ter importante papel na vasoconstrição, que é um processo onde as artérias pulmonares tornam-se mais estreitas, aumentando a resistência ao fluxo sanguíneo pulmonar, e conseqüentemente o aumento da pressão arterial, o fumo também está relacionado à resistência ao efeito de medicamentos anti-hipertensivos [29].

Ainda sobre o estilo de vida, 7 (12%) dos participantes fazem uso de bebidas alcoólicas. Comparado a um estudo feito por Ferreira *et al.* [30], onde 6,0% do entrevistados usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia, tinham o hábito de consumir bebidas alcoólicas, os resultados do presente estudo estão acima do esperado. Já em um estudo realizado por Caetano *et al.* [31] em Fortaleza/CE, a proporção de idosos fumantes chega a alcançar o valor de 13,8%. Segundo Pressuto e Carvalho [32], o álcool é considerado também como fator de risco, pois quando ocorre o aumento das taxas de álcool na corrente sanguínea, conseqüentemente eleva-se a pressão arterial, colaborando com o agravo da doença.

Os idosos também foram questionados sobre sua opinião em relação à sua própria alimentação, e 44 (73%) relataram considerar sua alimentação saudável. Afirmaram que consomem frutas e verduras diariamente, tentam reduzir o máximo da ingestão de sal, frituras, e produtos como embutidos. Destacando que essa alimentação saudável estava relacionada apenas com a opinião dos entrevistados. Porém, esses relatos não condizem com os resultados do Questionário de Frequência Alimentar, onde o consumo de frutas e verduras não foi considerado como hábito alimentar do grupo, e a ingestão de sal, por exemplo, foi maior que o recomendado diariamente.

Estudos mostram que o hábito alimentar saudável é de extrema importância para controle e até mesmo prevenção da hipertensão arterial, dessa forma, deve ser estimulado aumento no consumo de alimentos fontes de fibras, peixes, gorduras insaturadas, e diminuir o consumo de gorduras saturadas e trans, embutidos, fast-foods, dentre outros [33].

O consumo de água também foi avaliado, 10 (17%) participantes da pesquisa relataram consumir < 500 ml/dia, 18 (30%) consomem de 500 a 1000 ml/dia, e 32 (53%) consomem > 1000 ml/dia. Um estudo mostra que a água é um nutriente essencial para a manutenção adequada de todas as funções do corpo humano, seu consumo deve ser estimulado [34]. Segundo a ingestão diária de água, esta deve alcançar o total de 2 litros.

Em relação ao consumo diário per capita de sal, o consumo variou de 5 a 22 g/dia, sendo o consumo médio de 10,75 g/dia. Este é um valor considerado elevado de acordo com a Organização Mundial de Saúde que sugere o total de 5 gramas de sal para atender as necessidades nutricionais diárias [12]. Um estudo feito por Fonteles *et al.* [35], em Aquiraz/CE, mostrou que o consumo em excesso de sal, pode contribuir para um aumento significativo nos níveis pressóricos dos idosos. Tendo em vista que, o sal é de grande influência na pressão arterial, seu consumo deve ser moderado, até porque o mesmo está naturalmente presente em vários alimentos [33].

Entre os alimentos consumidos habitualmente (\geq cinco vezes/semana, por mais de 50% dos idosos), destacam-se o arroz e o feijão, que são consumidos por mais de 90% dos idosos. De acordo com o estudo de Santos *et al.* [16], tanto o arroz quanto o feijão são considerados como hábito alimentar da população brasileira, e também são considerados como hábito alimentar no presente estudo. Este é um valor satisfatório, pois se sabe que a consumo de arroz e feijão juntos, é de grande importância, pois fornecem diversos aminoácidos, pode-se destacar a lisina, metionina, além de ser de importante contribuição protéico-vegetal.

Em relação ao consumo alimentar dos idosos entrevistados, todos os dados podem ser analisados na Tabela II.

Tabela II - Distribuição do questionário de frequência alimentar do grupo de idosos de Espera Feliz/MG, 2013.

Alimento	≤ 4 vezes na semana		≥ 5 vezes na semana	
	N	%	N	%
Cereais				
Angu	35	58,33	25	41,66
Arroz	5	8,33	55	91,66
Bisc. Cream-cracker	26	43,33	34	56,66
Bisc. Maisena	43	71,66	17	28,33
Pão francês	13	21,66	47	78,33
Leguminosas				
Feijão	6	10	54	90
Verduras e legumes				
Alface	46	76,66	14	23,33
Couve	49	81,66	11	18,33
Tomate	14	23,33	46	76,66
Beterraba	48	80,00	12	20,00
Tubérculos				
Batata baroa	59	98,33	1	1,66
Batata inglesa	40	66,66	20	33,33
Mandioca	52	86,66	8	13,33
Frutas				
Laranja	38	63,33	22	36,66
Banana	14	23,33	46	76,66
Maçã	37	61,66	23	38,33
Carnes				
Carne de boi	45	75,00	15	25,00
Carne de porco	55	91,66	5	8,33
Frango	34	56,66	26	43,33
Lingüiça	55	91,66	5	8,33
Peixe	60	100,0	0	0,0
Salsicha	54	90,00	6	10,00
Torresmo	60	100,0	0	0,0
Fígado	60	100,0	0	0
Ovo	57	95,00	3	5,00
Laticínios				
Iogurte	45	75,00	15	25,00
Leite vaca integral	25	41,66	35	58,33
Queijo minas	42	70,00	18	30,00
Requeijão	51	85,00	9	15,00
Açúcar e óleo				
Refrigerante	44	73,33	16	26,66
Café	16	26,66	44	73,33
Chá	38	63,33	22	36,66
Manteiga	44	73,33	16	26,66
Margarina	23	38,33	37	61,66
Maionese	59	98,33	1	1,66
Banha de porco	44	73,33	16	26,66
Óleo de soja	10	16,66	50	83,33

No grupo dos cereais, além do arroz, foram considerados como hábito alimentar, o biscoito cream-cracker e o pão francês. Segundo Mondini e Monteiro [36], em um estudo demonstrou que na região Sudeste houve uma redução no consumo de cereais e tubérculos. No presente estudo, isso foi demonstrado apenas nos tubérculos, onde nenhum dos alimentos deste grupo foi consumido por mais de 50% dos idosos, ou seja, não se considerou hábito alimentar dos entrevistados.

Segundo Chiara *et al.* [37], o teor de ácidos graxos trans nos biscoitos tipo cream cracker é muito elevado em relação ao teor de ácidos graxos insaturados. Outro estudo feito por Nilson *et al.* [38], considerou o biscoito tipo cream cracker como hábito alimentar, sendo consumido geralmente no desjejum. O teor de sódio desse alimento também é considerado elevado. Tendo em vista que, o consumo excessivo de sódio está relacionado ao aparecimento da hipertensão arterial, a ingestão de alimentos com alto teor de sódio deve ser controlada. Portanto, a prevalência de hipertensão arterial do presente trabalho, pode estar relacionada ao alto consumo deste alimento, devido ao alto teor de sódio e ácidos graxos trans.

No grupo das verduras e legumes, apenas o tomate foi considerado hábito alimentar, sendo consumido por mais de 70% dos idosos. No grupo das frutas, a banana foi considerada como hábito alimentar, onde mais de 75% dos idosos consomem pelo menos cinco vezes na semana. Este baixo consumo de verduras e legumes pode ser afirmado no estudo de Figueiredo *et al.* [39], onde uma pesquisa feita em domicílios constatou que as frutas e hortaliças correspondem a apenas 2,3% das calorias totais da dieta dos brasileiros. Sabe-se que uma alimentação equilibrada contendo todos os nutrientes necessários, incluindo consumo de frutas, legumes e verduras, pode evitar diversas doenças. Esses alimentos são de extrema importância, pois contêm micronutrientes e fibras, considerados nutrientes com propriedades funcionais no corpo humano.

Em relação ao consumo de carnes, nenhum tipo da mesma foi considerado como hábito alimentar, pois não alcançou 50% do consumo dos entrevistados. Sendo negativo, pois se sabe que a carne é uma excelente fonte de proteína e ferro e deve estar presente na alimentação dos idosos. Esse resultado pode estar relacionado a renda dos idosos entrevistados, tendo em vista que, de acordo com Schlindwein e Kassouf [40], a renda familiar tem influência no consumo de carnes, pois quando a renda familiar é maior, a probabilidade de consumo também aumenta.

Em relação aos laticínios, o leite integral foi consumido por mais de 50% do grupo, sendo considerado hábito alimentar. O leite é uma importante fonte de cálcio e vitamina D, considerados micronutrientes essenciais para a prevenção de doenças como a osteoporose. Segundo Pereira *et al.* [41], o consumo de alimentos fonte de cálcio é de grande importância, tendo em vista que esse nutriente tem diversas funções biológicas. O cálcio tem o poder de atenuar a sensibilidade ao sal, reduzindo a pressão do sangue, e conseqüentemente a pressão arterial.

No grupo dos açúcares e óleos, o café, a margarina e o óleo de soja, foram considerados com hábito alimentar deste grupo de idosos, por serem consumidos por mais de 50%. O café foi um dos alimentos mais consumidos, com freqüência de ingestão de 2 vezes por dia na maioria dos idosos entrevistados, resultado já esperado, tendo em vista que o café está na cultura dos brasileiros. O consumo em excesso de café, está associado ao aumento agudo da pressão arterial, o autor sugere no máximo 100 ml de café, ou alimentos que contêm cafeína. Dessa forma, o consumo relatado pelos idosos entrevistados pode estar relacionado ao aumento da pressão arterial.

Os açúcares e gorduras não devem ser consumidos em excesso. Indivíduos que possuem hipertensão arterial devem estar atentos a esse controle, tendo em vista que, as gorduras podem trazer diversas complicações como aparecimento de doenças coronárias e até mesmo a obesidade, que traz conseqüências como elevação da pressão arterial. Sabe-se que a renda familiar está relacionada com o acesso aos alimentos e conseqüentemente o consumo alimentar. Um estudo feito por Aquino e Philippi [42], constatou que o açúcar, por exemplo, é um alimento que sofre influência da renda, sendo consumido em maior quantidade por indivíduos de classe baixa. Destacou também que o consumo de alimentos de baixo valor nutritivo é de alta freqüência em indivíduos de renda inferior.

Ainda sobre as gorduras, a banha de porco não foi considerada como hábito alimentar do grupo estudado. Em um estudo feito com idosos em Dourados/MS, a banha de porco foi consumida por 22,9% dos entrevistados. A banha de porco possui teor de ácidos graxos saturados de 39,82%. Sabe-se que o consumo de gorduras saturadas principalmente em indivíduos hipertensos deve ser diminuído, pois essas gorduras podem desencadear doenças coronárias e até mesmo a obesidade, sendo fatores de risco para hipertensão arterial [43].

Conclusão

Conclui-se que o grupo avaliado apresentou elevada prevalência de hipertensão arterial, excesso de peso e excesso de adiposidade abdominal, sendo necessária a adoção de medidas preventivas ou de promoção à saúde. A alimentação dos participantes não é considerada saudável, devido ao baixo consumo de frutas, verduras, legumes e carnes, e maior consumo de produtos com excesso de sódio, inclusive o sal, sendo de urgência a necessidade de orientações sobre alimentação e práticas saudáveis, para evitar doenças crônicas como a hipertensão arterial.

Referências

1. Panziera FB, Dorneles MM, Durgante PC, Silva VLP. Avaliação da ingestão de minerais antioxidantes em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(1):49-58.
2. Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio L, Ramos LR, Tudisco ES. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994;28(3):187-91.
3. Baraldi GS, Almeida IC, Borges ACLC. Perda auditiva e hipertensão: achados em um grupo de idosos. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(5):640-44.
4. Gomes BMR, Alves JGB. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. *Cad Saúde Pública* 2009;25(2):375-381.
5. Harris NG. Nutrição no envelhecimento. In: Mahan K, Moriguti JC, Oliveira JE, Marchine JS, eds. *Nutrição no idoso. Ciências nutricionais*. São Paulo: Savier; p.239-51, 2002.
6. Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S, Fuchs SC. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(1):59-65.
7. Sabry MOD, Sampaio HAC, Silva MGC. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. *Rev Nutr* 2002;15(2):139-47.
8. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(4):214-21.
9. Cesar TB, Wada SR, Borges RG. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. *Rev Nutr* 2005;18(3):357-65.
10. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2012). Critério de classificação econômica Brasil. [Internet]. [citado 2015 fev 25]. Disponível em URL: <http://www.abep.com.br>.
11. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004;38(5):637-42.
12. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010;95:Suppl1:1-3.
13. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985;33(2):116-20.
14. Lipschitz; D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994;21(1): 5-67.
15. Abreu WC, Franceschini SCC, Tinoco ALA, Pereira CAS, Silva MMS. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no Programa Municipal da Terceira Idade de Viçosa (MG). *Rev Baiana Saúde Pública* 2008;32(2):190-202.
16. Santos JS, Costa MCO, Nascimento Sobrinho CL, Silva MCM, Souza KEP, Melo BO. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas-Bahia. *Rev Nutr* 2005;18(5):623-32.
17. Borelli FAO, Sousa MG, Passarelli Júnior O, Pimenta E, Gonzaga C, Cordeiro A, Lotaf L, Amodeo C. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens* 2008;15(4):236-9.

18. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS, Toniolo Neto J. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens* 2002;9(3):293-300.
19. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):285-94.
20. Longo MAT, Marteli A, Zimmermann A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(2):271-84.
21. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006;14(3):435-41.
22. Amado TCF, Arruda IKG. Hipertensão Arterial no idoso e fatores de risco associados. *Rev Bras Nutr Clín* 2004;19(2):94-9.
23. Rosa ML, Mesquita ET, Rocha ER, Fonseca VM. Body mass index and waist circumference as markers of arterial hypertension in adolescents. *Arq Bras Cardiol* 2007;88:573-8.
24. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, Scala LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(4):452-7.
25. Rondon MUP, Brum PC. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2003;10(2):134-9.
26. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM et al. Posicionamento oficial da Sociedade brasileira de medicina do esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Esporte* 1999;5(6):207-11.
27. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial - uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens* 2006;13(2):134-43.
28. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2004;62(3):844-51.
29. Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Eletrônica Enfermagem* 2004;6(3):330-5.
30. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010;95(5):621-8.
31. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(2):327-35.
32. Pressuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem* 1998;6(1):33-9.
33. Rique ABR, Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte* 2002;8(6):244-54.
34. Carvalho API, Zanardo VPS. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim-Rio Grande do Sul. *Perspectiva* 2010;34(125):117-26.
35. Fonteles JL, Santos ZMSA, Silva MP. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados : Análise com foco na educação em saúde. *Revista Rene* 2009;10(3):53-60.
36. Mondini L, Monteiro CA. 1994. Mudanças no padrão de alimentação na população brasileira (1962-1988). *Rev Saúde Pública* 28:433-9.
37. Chiara VL, Sichier R, Carvalho TSF. Teores de ácidos graxos trans de alguns alimentos consumidos no Rio de Janeiro. *Rev Nutr* 2003;16(2):227-33.

38. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Rev Panam Salud Publica* 2012;34(4):287-92.
39. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):777-85.
40. Schlindwein MM, Kassouf AL. Análise da influência de alguns fatores socioeconômicos e demográficos no consumo domiciliar de carnes no Brasil. *Rev Econ Sociol Rural* 2006;44(3):549-72.
41. Pereira GAP, Genaro OS, Pinheiro MM, Szejnfeld VL, Martini LA. Cálcio dietético - estratégias para otimizar o consumo. *Rev Bras Reumatol* 2009;49(2):164-71.
42. Aquino RC, Philipp ST. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002;36(6):655-60.
43. Coca AL, Gripp DB, Schinestzki ECV, Gianlupi K, Liberali R, Coutinho VF. Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados-MS. *RBCEH* 2010;7(2):244-57.