

9. Atividade Física e adesão à Dieta Mediterrânica: estudo em idosas hipertensas

*Adriana Spinelli*¹

*Joana Margarida Bôto*¹

Elsa Pereira^{1,2}

Nídia Braz^{1,3}

RESUMO: O presente trabalho visa contribuir para a análise dos níveis de adesão à Atividade Física (ATF) e à Dieta Mediterrânica (DM) em idosas. Realizou-se uma pesquisa de campo com alunos da Universidade Sénior de Olhão, aplicando o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) e o PREDIMED (Avaliação de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico). A amostra foi composta 16 idosas do género feminino, com idades compreendidas entre 65 e 80 anos, com diversas patologias clínicas de base. Os resultados obtidos demonstram que 9 eram hipertensas, o que corresponde a 56% da amostra, e que 5 apresentavam Diabetes Mellitus, correspondendo a 31% das entrevistadas.

Relativamente aos níveis de adesão à ATF, os resultados demonstram que as idosas do estudo apresentam um padrão variado, nomeadamente: 4 são “Irregularmente ativo B”; 2 são “Irregularmente ativo A” e 10 são “Ativas”. No que diz respeito à atividade física em casa, este grupo apresenta valores positivos de autonomia, mobilidade e independência. No que concerne ao nível de adesão à DM, 5 idosas apresentaram uma boa adesão e as restantes 11 apresentaram uma adesão reduzida. Verificámos que bastaria a alteração em alguns itens comportamentais para que fosse possível a alteração dos resultados e conseqüentemente para que estas idosas passassem a ter uma boa adesão à DM.

Conclui-se que importa clarificar e disponibilizar mais informação de forma a melhorar os conhecimentos relativos aos valores ótimos a atingir que contribuam para um envelhecimento saudável e garantam uma maior longevidade com qualidade de vida, através da ATF e da alimentação com base na DM.

Palavras-Chave: atividade física; envelhecimento; dieta mediterrânica; hipertensão arterial; idosas.

1. Universidade do Algarve:
a.spinelli44@gmail.com; jmboto@ualg.pt; epereira@ualg.pt; nbraz@ualg.pt

2 Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-Estar (CinTurs), projeto UIDB/04020/2020.

3. Centro Internacional de Envelhecimento
Este trabalho é parte do projeto “O348_CIE_6_E” co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, através do Programa Interreg Espanha Portugal (POCTEP) 2014-2020

INTRODUÇÃO

As estimativas aferidas no último censo de 2011 apontam que Portugal irá atingir uma superioridade numérica das pessoas idosas comparativamente aos jovens (INE, 2012). No entanto, o aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2006), o envelhecimento ativo dependerá do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e da obtenção dos objetivos que se desejam. A satisfação pessoal está relacionada com a aptidão para selecionar objetivos apropriados à realidade circundante e à sua possibilidade de concretização. O idoso precisa fazer a adequação entre o que deseja e o que, devido aos recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis, é possível alcançar e querer. Todos podemos contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis e assim encontre a satisfação que influenciará positivamente a sua saúde.

De facto, a reforma, menores responsabilidades domésticas e a necessidade de transporte para locomoção em pequenas e médias distâncias substituem gradativamente a atividade física da vida ativa por hábitos de vida sedentária. Assim, a inatividade talvez seja o elo inicial da cadeia de hábitos nocivos à saúde (Gravina, Grespan & Borges, 2017). A ela se associa a ingestão de alimentos industrializados, ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, que causam obesidade, esteatose hepática, diabetes mellitus, resistência à insulina, colesterol elevado, triglicérides elevados e hipertensão arterial (Pinto et al., 2001).

Importa, conhecer os hábitos de ATF e de alimentação dos idosos de modo a identificarmos quais as necessidades estratégicas em termos de promoção de estilos de vida saudáveis. Nesta linha, este estudo visa analisar os níveis de adesão à Atividade Física (ATF) e à Dieta Mediterrânica (DM) de um grupo de idosos da Universidade Sénior de Olhão.

ENVELHECIMENTO, HIPERTENSÃO, ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO

Envelhecimento e Hipertensão Arterial Sistémica (HAS)

A constituição demográfica atual de Portugal, com maior percentagem de indivíduos idosos, contribui para o acréscimo considerável da morbimortalidade por doenças crónicas não transmissíveis, onde a Hipertensão Arterial Sistémica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* se encontram entre as mais frequentes (Cherubini et al., 2012).

A problemática da HAS configura-se um desafio para a saúde pública, considerando que tem um forte impacto na vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura por comprometimentos cardiovasculares e gerando grandes e subestimados efeitos económicos adversos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral. Quando associada ao processo de envelhecimento, esta doença torna-se ainda mais onerosa, impactando expressivamente na qualidade de vida e muitas vezes na autonomia dos in-

divíduos. Estes passam a necessitar de tratamento constante, devido às mudanças nos hábitos de vida e no uso de medicamentos, além de necessitarem de acompanhamento complexo e, a longo prazo, por parte dos profissionais de saúde (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012).

A pressão arterial elevada é um fator de risco, modificável, para doenças cardiovasculares e está associada ao aumento da incidência de diversas patologias, como o enfarte do miocárdio, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral e a insuficiência renal (Santos & Moreira, 2012).

Atividade Física e Nutrição para o controle da HAS

Até os anos 80, pouco se sabia sobre os potenciais efeitos da ATF nos determinantes de saúde em cada fase da vida. Os trabalhos sobre este assunto eram frequentemente realizados com atletas e os objetivos visavam, fundamentalmente, a melhoria do desempenho competitivo (Jobim & Jobim, 2015). Entretanto, estudos de Paffenbarger (1988) colocaram um marco divisório e definitivo neste tema, onde pesquisadores observaram uma significativa redução de mortalidade, proporcional ao grau de atividade, em todas as idades, mas com maior predomínio entre os idosos (as cited in Jobim & Jobim, 2015).

Um conjunto substancial de evidências científicas indica que a ATF praticada de maneira regular se constitui como uma medida eficaz para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, melhorando a capacidade funcional, a autonomia e, conseqüentemente, a saúde (Jacob-Filho, 2006; Jobim & Jobim, 2015).

A recomendação básica, segundo Dias et al. (2008) é de que os idosos tenham uma prática regular de atividade física que inclua atividade aeróbia, exercícios de flexibilidade, de força e de resistência, com o objetivo de prevenir os problemas de saúde decorrentes da inatividade e a morte prematura. Os autores referem que, para os idosos com problemas de saúde identificados, a abordagem deve ser particularizada e orientada para o não agravamento da patologia de base. O exercício físico, realizado regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular (Monteiro & Sobral-Filho, 2004). Entre essas adaptações, a redução nos níveis da pressão arterial em repouso é especialmente importante no tratamento da hipertensão arterial, já que, através do treino físico, é possível, para o paciente hipertenso, diminuir a dosagem de medicação anti-hipertensivos ou mesmo ter a pressão arterial controlada sem a adoção de medidas farmacológicas. Estima-se que o treino físico provoca uma redução que varia de 3,8 a 11 mmHg na pressão arterial sistólica e de 2,6 a 8 mmHg na pressão arterial diastólica (Monteiro & Sobral-Filho, 2004).

Podemos afirmar que a alimentação desempenha na vida das pessoas um papel abrangente que envolve não apenas uma simples incorporação de material nutritivo necessário para a sobrevivência, mas algo que possui um profundo significado subjetivo, social e cultural, ligado ao simbólico e ao imaginário (Polachini, Spinelli & Schneider, 2012). A nutrição é um fenômeno pluridimensional, que envolve o corpo, os sentidos (prazer), a vida de relação (ritual), o intelecto, o afeto, a sociabilidade e as relações sociais. A população idosa merece uma orientação nutricional personalizada, em função da redução da taxa metabólica basal e do aumento do catabolismo.

Neste contexto, as recomendações para uma alimentação adequada na situação clínica de HAS, devem não somente considerar a restrição da ingestão de sódio, mas também garantir uma ingestão adequada de potássio (Polachini, Spinelli & Schneider, 2012). Para a redução da pressão arterial e do risco cardiovascular, a Organização Mundial da Saúde (2012) recomenda uma ingestão de potássio igual ou superior a 3500 mg/dia para adultos e idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, de metodologia quantitativa, realizado com alunos da Universidade Sênior de Olhão. A recolha de dados baseou-se na aplicação de questionários através de entrevistas individuais: IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) e PREDIMED (Prevención com dieta Mediterránea).

As entrevistas iniciaram-se com uma breve apresentação de quem eram os entrevistadores e qual o objetivo do estudo. Explicou-se de forma simples os questionários que iríamos utilizar. As Universidades Sêniores são vocacionadas para a ocupação do tempo livre dos idosos, motivando-os a novas aprendizagens e aquisição de conhecimentos, com diversas matérias e didáticas próprias, além de contribuírem para o convívio e criação de novas amizades (Almeida, 2016). Por esse motivo, antes da aplicação dos questionários, explicou-se a importância da prática de atividade física regular e o verdadeiro significado da ATF, que não se limita a uma hora de exercício, mas que engloba tudo o que realizamos ao longo do dia, excluindo o período de descanso, nomeadamente a prática da atividade física que pode ser subdividida em quatro dimensões: lazer (exercícios físicos/desporto); deslocamento ativo (andando a pé ou de bicicleta); atividades domésticas (lavar, passar, etc); laboral (atividades relacionadas à tarefa profissional). A primeira dimensão pode ser classificada como uma atividade estruturada (segundo as características de exercícios físicos), enquanto que as demais, como não estruturadas pois podem ser realizadas espontaneamente ao longo do dia (Maciel, 2010). Explicou-se também, os princípios alimentares da DM realçando o consumo abundante de vegetais, a fruta fresca como sobremesa diária, o azeite como a fonte principal de gordura, os laticínios (principalmente queijo e iogurte), o consumo frequente de peixe e baixo a moderado de aves domésticas, o consumo de até quatro ovos por semana, carnes vermelhas em pequenas quantidades, e o consumo de vinho em quantidades pequenas a moderadas (Bach-Faig et al., 2011).

O IPAQ foi desenvolvido a partir das dificuldades encontradas para se obter medidas de atividades físicas internacionalmente comparáveis. A Organização Mundial de Saúde, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska, na Suécia, reuniram os pesquisadores da área de atividade física e saúde para desenvolver e testar um instrumento de medida da atividade física para uso internacional (Mazol & Bennedetti, 2010). O IPAQ é uma ferramenta de diagnóstico do nível de adesão à atividade física com o propósito de validar, reproduzir e posteriormente comparar os níveis de atividade física de diferentes populações (Vespasiano, Dias & Correia, 2012). Este instrumento, com 27 questões, permite estimar o tempo semanal gasto

na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer) (Matsudo et al., 2001). Há a possibilidade de estimar o tempo despendido em atividades mais passivas (realizadas na posição sentada). Desta forma, com o auxílio desta ferramenta onde se consegue averiguar os níveis de atividade física também conseguiremos clarificar qual a intensidade e tipo de atividade física serão imprescindíveis prescrever. Nas questões do IPAQ estavam incluídos exemplos de atividades que são comuns às pessoas deste grupo etário (Benedetti, Mazo & Barros, 2004).

O PREDIMED, desenvolvido em Espanha, teve como objetivo testar a eficácia da Dieta Mediterrânica na prevenção primária da doença cardiovascular, pela sua praticidade de utilização em contexto clínico (Martinez-González et al., 2012). Este questionário é composto por 14 questões (Schroder et al., 2011), que permitem avaliar o nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM), categorizando os indivíduos como tendo uma boa ou má adesão. A resposta a cada uma dessas questões é pontuada com 1 no caso do cumprimento dos critérios definidos como característicos deste tipo de alimentação. O cumprimento de pelo menos 10 dos 14 itens indica uma boa adesão ao PAM. Estas questões são referentes ao uso de azeite na confecção dos alimentos, quantidade de azeite, consumo de hortícolas, fruta, carne vermelha e produtos cárneos, manteiga/margarina/natas, bebidas açucaradas gaseificadas, vinho, leguminosas, pescado/marisco, doces/bolachas/bolos comerciais, frutos oleaginosos, preferência por carnes brancas, refogados à base de tomate (Afonso, Moreira & Oliveira, 2014; Trichoupoulos et al., 2003).

Salientamos que os questionários não foram preenchidos pelos entrevistados mas sim pelos pesquisadores, para que não houvesse falha nas informações recolhidas, devido ao formato longo do IPAQ e da própria natureza das perguntas relacionadas com a atividade física durante a semana.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva (valores absolutos e percentagens) usando a tabela de classificação do nível de atividade física do questionário IPAQ (CELAFISCS, s.d.) (tabela 1) e a tabela de classificação do nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico do questionário PREDIMED (Afonso, Moreira & Oliveira, 2014) (tabela 2).

Tabela 1. Classificação do nível de atividade física do questionário IPAQ

ATIVO:	MODERADA ou CAMINHADA: > 5 dias/sem e > 30 minutos por sessão; ou c) Qualquer atividade somada: > 5 dias/sem e > 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
IRREGULARMENTE ATIVO A:	Aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade: a) Frequência: 5 dias /semana ou b) Duração: 150 min / semana
IRREGULARMENTE ATIVO B:	Aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

Fonte: CELAFISCS (s.d.). Classificação do nível de atividade física IPAQ. Centro Coordenador do IPAQ no Brasil.

Tabela 2. Classificação do nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) do questionário PREDIMED

MÁ ADESÃO AO PAM	Pontuação no PREDIMED <10 pontos
BOA ADESÃO AO PAM	Pontuação no PREDIMED >10 pontos

Fonte: Adaptado de Afonso L, Moreira T & Oliveira A. (2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários demonstram que 9 idosas eram hipertensas, o que corresponde a 56% da amostra e que 5 idosas apresentavam Diabetes Mellitus, correspondendo a 31% das entrevistadas (tabela 3).

Tabela 3. Informações dos Idosos Participantes no Estudo

Número	Idade	Trabalho Remunerado	Horas Trabalho /dia	Anos de Estudos	Saúde	Doenças
1	69	Não	0	9	E	-
2	65	Não	0	7	B	Hipertensão
3	68	Não	0	12	E	-
4	75	Não	0	4	R	Diabetes Hipertensão Cataratas
5	77	Não	0	4	RE	Artrose
6	65	Sim	3	12	E	-
7	69	Não	0	7	B	Hipertensão
8	65	Não	0	6	RE	Hipertensão Diabetes
9	65	Sim	4	12	E	-
10	78	Não	0	4	RE	Hipertensão Hipotireoidismo
11	69	Não	0	4	B	Diabetes
12	80	Não	0	12	RE	Hipertensão
13	71	Não	1	12	MB	Hipertensão Diabetes
14	72	Não	0	12	B	Hipertensão Diabetes
15	65	Não	0	8	E	-
16	72	Não	2	4	RE	Hipertensão Colesterol Alto HVAC/Infarto

*B(Bom) *MB (Muito Bom) *E (Excelente) RE (Regular) * R(Ruim)

IPAQ

O tabela 4 apresenta as respostas a cada pergunta do questionário IPAQ dada pelos entrevistados. Foi inserido zero (0) para as respostas das atividades não executadas e valores diferente de zero para as atividades executadas de acordo com os critérios estabelecidos para a avaliação da atividade através do IPAQ.

Tabela 4. Respostas ao questionário IPAQ

Seção 1- Atividade física no trabalho															
trabalha ou faz voluntariado fora de casa? (1a)		0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
is p/semana no trabalho anda >10minutos contínuos? (1b)	»5 dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
po gasta por dia caminhando no trabalho? (1c)	>30m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	
moderadas n/trabalho contínuas >10minutos e/pesos leves?	>10m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
idades moderadas no trabalho? (1e)	>30m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	
a de atividades vigorosas >10m como levantar pesos? (1f)	=3 dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
po/dia fazendo atividades vigorosas (1g)	=20m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Seção 2- Atividade física, meio de transporte															
s andou na última semana de carro, bus, metro ou comboio	»5 dias	0	0	5	0	0	0	2	5	7	0	5	2	1	3
po gasta/dia de carro, bus, metro, comboio (2b)	»5 dias	0	0	10	0	0	0	60	20	20	0	10	30	120	60
is última/semana andou de bicicleta > 10m (2c)	»5 dias	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	1	1
po pedala p/dia (2d)	>30m	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	30	30	120
is da Última semana caminhou > 10m contínuos (2e)	»5 dias	7	7	4	1	7	1	2	5	7	5	5	3	1	3
o/dia caminhar (2f)	>30m	90	40	60	40	60	180	90	60	120	240	30	90	60	120
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Seção 3- Atividade física, em casa															
/ última semana de Atividades moderadas »10m (3a)	»5 dias	5	0	1	0	0	0	7	7	7	1	7	3	7	3
po gasta/dia atividades moderadas »30m (3b)	»30m	30	0	150	0	0	0	240	60	120	10	60	60	30	120
as gastos com atividade moderada em casa »10m (3c)	»5 dias	5	7	7	7	3	7	7	4	1	1	1	3	7	2
empo gasto C/ ATIVIDADE MODERADA »30m (3d)	»5 dias	30	90	120	30	90	30	60	60	240	180	60	120	120	120
a s de atividades vigorosas » 10m contínuos (3e)	»3 dias	5	0	1	0	0	3	1	1	0	1	0	3	0	2
o/dia atividades vigorosas (3f)	»10m	10	0	150	0	0	60	60	240	0	180	0	90	0	60
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Seção 4- Atividade física, Desporto ou exerc. físico, Lazer, Recreativo															
as de lazer/ última semana caminhou »10m (4a)	»2 dias	5	3	2	2	2	7	2	3	7	5	2	0	0	3
po lazer/dia »30m (4b)	»30m	45	60	45	45	45	120	90	45	60	30	30	0	0	60
as/atividade moderada em tempo de lazer »10m (4C)	»2 dias	5	0	0	0	1	2	2	4	5	0	0	0	0	0
mpo de lazer faz atividade »30m (4d)	»2 dias	30	0	0	0	60	45	60	20	120	0	0	0	0	0
po lazer/dia gasto atividades vigorosas » 10m contínuos	»2 dias	0	2	0	0	1	0	0	2	2	2	0	0	0	2
azer gasto/dia atividades vigorosas »10m (4f)	»10m	0	45	0	0	60	0	0	45	120	60	0	0	0	240
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Na Secção 1, mesmo as idosas com idades mais avançadas e num grupo tão pequeno, encontramos 4 idosas ativas no mundo laboral, e todas apresentam consideráveis resultados individuais. A Secção 2 traduz a mobilidade quanto à forma de deslocação, onde constatamos que os transportes públicos são utilizados, mas de forma moderada, resultado da atividade do grupo neste contexto. Analisando individualmente a Secção 3, podemos referir que algumas idosas apresentam valores muito bons de atividade física diária, sendo um grupo ativo em casa, dispendo de boa mobilidade, independência e autonomia. Contudo, a Secção 4 reflete claramente o não cumprimento dos mínimos de exercício físico recomendado (dia/semana). Na Secção 5, relativa ao “Tempo gasto sentado” verificou-se que as idosas passam uma média de 127 minutos diários em atividades sedentárias. Os entrevistadores esclareceram os entrevistados que nesta secção não era considerado o tempo a dormir.

A partir da classificação do nível de atividade física do questionário IPAQ (tabela 1), classificamos os elementos da amostra do estudo consoante o seu nível de atividade física. Observamos que a maioria das idosas é fisicamente ativa, tendo-se encontrado 3 idosas que são irregularmente ativas (tabela 5).

Tabela 5. Enquadramento da amostra segundo dados do IPAQ	
Indivíduos	Classificação Individual do Nível de Atividade Física
1	Ativo
2	Ativo
3	Ativo
4	Irregularmente ativo B
5	Ativo
6	Ativo
7	Ativo
8	Ativo
9	Ativo
10	Ativo
11	Ativo
12	Ativo
13	Ativo
14	Irregularmente ativo A
15	Irregularmente ativo B
16	Ativo

É de salientar que as 9 idosas hipertensas (56%), apresentaram os seguintes níveis de atividade física: 7 foram classificadas como Ativas, e 2 como Irregularmente Ativas (sendo 1 Irregularmente Ativa B e 1 Irregularmente Ativa A). Destas 2 Irregularmente Ativas, 1 apresentou um nível de Boa Adesão a Dieta Mediterrânica, e a outra uma má adesão.

Stewart et al. (2005) realizaram um ensaio clínico randomizado, controlado, comparando o efeito do treinamento aeróbico com resistência combinada versus o aconselhamento sobre os cuidados habituais de atividade e dieta em pacientes hipertensos. Participaram do estudo indivíduos com HAS leve ou pré-hipertensos com idade entre 55 e 75 anos. O estudo teve duração de seis meses. Houve reduções notáveis, em geral na circunferência abdominal e aumento da massa corporal magra. Estas melhorias na composição corporal estão correlacionadas com a redução da pressão arterial. Já Krinski, Elsangedy, Nardo Junior & Soares (2006) analisaram os efeitos da atividade física aeróbia no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de HAS. Após seis meses de treinamento, os autores constataram que a utilização de um programa de treinamento físico baseado em exercícios aeróbios associados a exercícios de resistência (circuito com pesos), resultou em reduções significativas na pressão arterial, sendo acompanhados de uma redução linear no percentual de gordura corporal de idosos hipertensos. Neste contexto, os exercícios físicos aeróbios, que devem ser complementados pelos resistidos, pois promovem reduções da pressão arterial, devem ser indicados para a prevenção e o tratamento da HAS, além de promover ações de promoção da saúde que melhoram a qualidade de vida do idoso.

PREDIMED

No que respeita aos resultados da aplicação do questionário PREDIMED, observou-se que 31% da amostra tem boa adesão à Dieta Mediterrânica, contudo, verifica-se que 69% apresenta uma má adesão. A resposta para cada um dos componentes do PREDIMED para cada um dos participantes está descrita na tabela 6.

Tabela 6. Questionário PREDIMED

ENTREVISTADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Utiliza azeite como principal gordura culinária?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
3. Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
5. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150g)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
6. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
7. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8. Quantos copos de vinho bebe por semana?	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
9. Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)	0	0	0	0		1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
10. Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
11. Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1
12. Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção: 30 g)	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
13. Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
14. Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite?	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
PONTUAÇÃO TOTAL POR PARTICIPANTE	6	9	4	3	10	8	9	11	4	8	7	9	9	12	11	13
BOA ADESÃO = 10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Percepção , que se orientarmos facilmente se adequará aos padrões da alimentação , faltam poucos ajustes	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0

Estes dados reforçam a necessidade de promover a Dieta Mediterrânica, com o objetivo de melhorar o estado de saúde desta amostra, que possui mais de 56% de hipertensos. Durante a recolha de dados, um dos fatores que nos chamou atenção foi a escolaridade, especificamente quanto maior a escolaridade maior o acesso aos produtos prontos e um certo afastamento da DM. Antes do questionário, pensava-se que este fator não seria influenciador. Na população de 16 entrevistados, 38% têm o 12º ano de escolaridade e destes 83% não se enquadram no padrão alimentar mediterrânico (tabela 7).

Relativamente à escolaridade, e contrariando em parte os achados de nossa pesquisa, um estudo realizado por Tinker et al. (2007) concluiu que homens com um nível de instrução superior, apresentaram maior prevalência de boa adesão à DM, indicando que um nível de ensino superior se traduz numa maior literacia nutricional associada a maior poder de compra, que facilitam a adesão à DM.

Tabela 7. Escolaridade, pontuação do PREDIMED e categorias de adesão à DM																
Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Escolaridade	9	7	12	4	4	12	7	6	12	4	4	12	12	12	8	4
Pontuação PREDIMED	6	9	4	3	10	8	9	11	4	8	7	9	9	12	11	13
Categorias de adesão à DM	MA	MA	MA	MA	BA	MA	MA	BA	MA	MA	MA	MA	MA	BA	BA	BA
DM - Dieta Mediterrânea; BA - Boa adesão; MA - Má adesão Pontuação no PREDIMED >10 pontos significa boa adesão à DM																

CONCLUSÃO

No que concerne à ATF, conclui-se que este grupo apresenta globalmente valores positivos de autonomia, mobilidade e independência, nomeadamente no que se refere à atividade em casa. Todavia, ainda há muito a retificar, requerendo aprendizagem, ou seja, aquisição de conhecimento referente aos valores ótimos a atingir no intuito de envelhecer bem, da forma mais saudável para garantir maior longevidade. Só através de informação e sensibilização se induzirá hábitos de vida que vão ao encontro dos requisitos de ATF diários, distribuídas equitativamente pelos diferentes dias da semana, como refere o IPAQ, para melhorar a saúde em geral.

Quanto à Dieta Mediterrânea verificamos que os resultados deste estudo indicam a necessidade de sensibilizar para a adoção da mesma, tendo-se verificado uma boa adesão em 31% da amostra. Constata-se a possibilidade de melhoria visto haver 38% dos participantes perto da classificação de boa adesão no que respeita aos pontos obtidos na aplicação do PREDIMED (pontuação entre 8 e 9). Estes deverão ser orientados a realizar pequenos ajustes na sua alimentação, com foco no padrão alimentar mediterrânico. Apesar de todas as limitações que os idosos enfrentam no seu dia a dia, os resultados obtidos neste trabalho juntamente com a crescente evidência científica de que hábitos alimentares saudáveis podem ajudar a prevenir doenças crónicas como Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial, justificariam intervenções junto a esse grupo específico.

Estes factos devem ser encarados como uma prioridade para futuras intervenções no âmbito da gerontologia, não só pelos benefícios para a saúde inerente a este padrão alimentar, mas também porque o mesmo é sustentável e de fácil acesso ao idoso, bem como por ser considerado uma parte da herança cultural do país. Sugere-se que se desenvolvam ações sensibilização/formação para os idosos sobre os benefícios da ATF e da DM no controle da HAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso L, Moreira T & Oliveira A (2014). Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. *Revista Fatores de Risco*, 31, 48-55
- Almeida F (2016). O Contributo das Universidades da Terceira Idade na Qualidade de Vida dos Seniores. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra)
- Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, ... Serra-Majem L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr*, 14(12A), 2274-84. doi:10.1017/S1368980011002515
- Benedetti TRB, Mazo GZ & Barros MV. (2004). Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste/reteste. *Rev Bras Ciên e Mov*, 12(1), 25-33
- CELAFISCS (s.d.). Classificação do nível de atividade física IPAQ. Centro Coordenador do IPAQ no Brasil.
- Cherubini A, Lowenthal DT, Paran E, Mecocci P, Williams LS & Senin U (2012). Hypertension and cognitive function in the elderly. *American Journal of Therapeutics*, 56(3), 106-47. doi: 10.1097/MJT.0b013e3180ed6b8f
- Dias R, Silva J, Oliveira J, Oliveira S & Amaral P (2008). Visão funcional e quedas no idoso: uma revisão da literatura. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 25-31
- Direção Geral da Saúde (2006). Envelhecimento saudável – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (MS/DGS). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Ferreira O, Maciel S, Costa S, Silva A & Moreira M (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 513-518. doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004
- Gravina C, Grespan S & Borges J (2017). Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev. bras. Hipertens*, 14(1), 33-36.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. ISBN 978-989-25-0181-9
- Jacob-Filho W (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp*, 20, 73-77; Suplemento n.5, 73
- Jobim F & Jobim E (2015). Atividade Física, Nutrição e Estilo de Vida no Envelhecimento. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*, 17(4), 298-308 doi.org/10.17921/2447-8938.2015v17n4p%25p
- Krinski K, Elsangedy H, Nardo Junior N & Soares I (2006). Efeito do exercício aeróbio e resistido no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de hipertensão. *Scientiarum. Health Sciences*, 28(1), 71-75 doi.org/10.4025/actascihealthsci.v28i1.1093
- Maciel MG (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16(4), 1024-1032. doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024
- Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, Corella D, Estruch R (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PLoS One*, 7(8), e43134. doi:10.1371/journal.pone.0043134
- Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L & Braggion G (2001). Questionário internacional de atividade física (ipaq): estubo de validade e reprodutibilidade no brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 6(2), 5-18. doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18

Mazol G & Bennedetti T (2010). Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* vol.12, n.6, pp.480-484. ISSN 1980-0037. doi.org/10.1590/S1980-00372010000600013

Monteiro F & Sobral-Filho D (2004). Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10(6), 513-516. doi.org/10.1590/S1517-86922004000600008

Pinto A, Rosa M, Rendas A, Botelho M, Santos A, Grazina M & Pinto M (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN:972-8535-86-4

Polachini V, Spinelli R & Schneider R (2012). Avaliação nutricional, pela mini avaliação nutricional, de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região norte do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(supl. 1). doi.org/10.5335/rbceh.2012.993

Santos J & Moreira T (2012). Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of north-east Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1125-1132. doi.org/10.1590/S0080-62342012000500013

Schroder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González M, Corella D, Salas-Salvadó & Covas M. (2011). A Short Screener is Valid for Assessing Mediterranean diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *J nutr*, 141, 1140-1145.

Stewart KJ, Bacher AC, Turner KL, Fleg JL, Hees PS, Shapiro EP, Tayback M & Ouyang P (2005). Effect of exercise on blood pressure in older persons: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 165(7), 756-62. doi:10.1001/archinte.165.7.756

Tinker L, Rosal M, Young A, Perri M, Patterson R, Van-Horn L & Wu L (2007). Predictors of dietary change and maintenance in the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. *Journal of The American Dietetic Association - Elsevier*, 107(7), 1155-66

Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C & Trichopoulos D (2003). Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608. doi.org/10.1056/NEJMoa025039

Vespasiano B, Dias R & Correia D (2012). A Utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como Ferramenta Diagnóstica do Nível de Aptidão Física: Uma Revisão no Brasil. *Saúde Rev*, 12 (32), 49-54. doi:10.15600/2238-1244/sr.v12n32p49-54

World Health Organization (2012). Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO).

