



**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO
DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

CESNORS- Centro de Educação Superior Norte do RS

**CONSUMO DE SÓDIO E HIPERTENSÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS NO
SERVIÇO DE SAÚDE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

FABIELE BECKERT

TRÊS DE MAIO, RS. BRASIL

2012

**CONSUMO DE SÓDIO E HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO
IDOSA: CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DE
ESTRATÉGIAS NO SERVIÇO DE SAÚDE**

FABIELE BECKERT

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde apresentado ao Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista**

ORIENTADORA: Dr^a Loiva Beatriz Dallepiane

TRÊS DE MAIO, RS. BRASIL

2012

2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CESNORS – CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE RS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

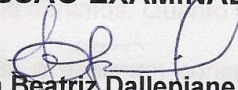
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de conclusão de curso de Especialização

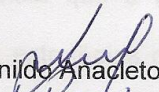
**CONSUMO DE SÓDIO E HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO
IDOSA: CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DE
ESTRATÉGIAS NO SERVIÇO DE SAÚDE**

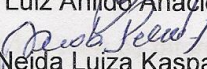
**Elaborada por
FABIELE BECKERT**

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA


Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a.
(Presidente/ Orientador)


Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)


Neida Luiza Kasparly Pellenz, Msc (UFSM)

Susane Flôres Cosentino, Msc (UFSM)
Suplente

TRÊS DE MAIO, 14 DE DEZEMBRO DE 2012.

CONSUMO DE SÓDIO E HIPERTENSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA:
CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS NO
SERVIÇO DE SAÚDE

Fabiele Beckert

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de avaliar o consumo de sódio e sua associação com a hipertensão arterial sistêmica em idosos na perspectiva de contribuir com o planejamento de estratégias em saúde pública. Métodos: pesquisa do tipo transversal com idoso de ambos os sexos selecionados aleatoriamente. As variáveis analisadas foram: sociodemográficas, Índice de Massa Corpórea (IMC), consumo de sal e hipertensão. Os dados foram processados em uma planilha do excel e analisados no *software* estatístico SPSS. Resultados: Foram entrevistados 424 idosos, sendo 68,4% do sexo feminino e 31,6% masculino, com idade média de $70,8 \pm 7,8$ anos. A maioria destes eram casados, com escolaridade abaixo de 5 anos de estudos e renda mensal de até 2 salários mínimos. Quanto ao IMC, a maioria estava com excesso de peso, hipertensão e com consumo de sal acima de 6g/dia. Conclusão: Tendo em vista que a hipertensão é um problema de saúde pública, são necessárias estratégias de controle desta, principalmente ações de prevenção voltadas para os fatores de risco modificáveis, tais como controle da obesidade, diminuição da ingestão de sal e combate ao sedentarismo. PALAVRAS-CHAVE: Sódio, Envelhecimento, Hipertensão, Idosos.

SODIUM CONSUMPTION AND HIPERTENSION IN THE ELDERLY
POPULATION: CONTRIBUTIONS TO THE PLANNING OF STRATEGIES IN
THE HEALTH SERVICE

Fabiele Beckert

ABSTRACT

This article aims to assess sodium intake and its association with hypertension in the elderly in order to contribute to the planning of public health strategies. Methodology: it was a transversal type of research with randomly selected elderly people from both sexes. The variables which were analyzed were: sociodemographic data, the body mass index (BMI), salt consumption and hypertension. The data were processed by using an Excel spread sheet and analyzed with the use of the SPSS statistical software. Results: Four hundred and twenty four (424) old people were interviewed, with 68.4% being women and 31.6% being men, whose average age was 70.8 ± 7.8 years old. Most of them were married, had studied for less than 05 years and had month income of up to 02 minimum wages. As for the BMI, the majority was overweight, hypertensive and consumed more than 6g of salt a day. Conclusion: Bearing in mind that hypertension is a public health problem, strategies to control it are necessary, mainly prevention-like actions targeted to the modifiable risk factors such as overweight control, decrease in the intake of salt and combat of sedentary lifestyles.

KEY WORDS: Sodium; Aging; Hypertension; Elderly people.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional constitui-se em um dos maiores desafios para a saúde coletiva contemporânea, particularmente nos países onde este fenômeno ocorre em situações de pobreza, desigualdade e vulnerabilidade social¹.

O crescimento populacional de idosos tem destaque mundial, particularmente no que se refere às suas implicações sociais e em termos de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) previu que, em 2025, a população mundial de pessoas com mais de 60 anos será de aproximadamente, 1,2 bilhões e com 80 anos ou mais será a faixa etária que mais crescerá².

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010)³ o RS é o primeiro estado brasileiro em número proporcional de idosos (13,6%), enquanto que no Brasil o percentual é de 10,8%. Ainda, o RS ocupa o segundo lugar em expectativa de vida (75,5 anos), sendo que no Brasil o Censo de 2010 mostrou que dobrou a população acima de 75 anos (5 milhões), comparada com o censo de 2000 (2 milhões).

Com a idade também aumenta o risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo a doença crônica, mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% em países desenvolvidos. A HAS é um problema de saúde pública, uma vez que é um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para a ocorrência de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio⁴. A HAS é o principal fator de risco para a mortalidade no mundo, com uma prevalência de 26% na população adulta, com altos índices

crescentes para as próximas décadas. A HAS também é a terceira causa responsável por anos de vida com incapacidades ^{5,6}.

Com a transição epidemiológica houve uma mudança no padrão alimentar da população, uma vez que alimentos industrializados ricos em sódio passaram a ser ingeridos com mais frequência. O sódio é considerado o fator causal da HAS, e a sua principal fonte é o cloreto de sódio (NaCl ou sal de cozinha), sendo que 1g sal tem 400mg de sódio. A necessidade de ingestão diária de sódio é de 200 mg ⁷. Entretanto, a média de consumo no Rio Grande do Sul (RS) é de 4800 mg, quando a recomendação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) ^{8,9} é de menos de 2400 mg de ingestão diária de sódio (que corresponde a menos de 6g de sal (NaCl) para uma vida mais saudável. Esta restrição na ingestão de sódio é uma das medidas de modificação do estilo de vida citada, com muita frequência, como recurso terapêutico da HAS ¹⁰.

A relação entre pressão arterial (PA) e a quantidade de ingestão de sódio é controversa, visto tratar-se de um fenômeno conhecido como sensibilidade ao sal. Pessoas normotensas com sensibilidade elevada ao consumo de sódio apresentam incidência cinco vezes maior de HAS, em um período de 15 anos, comparado com pessoas com baixa sensibilidade ao sal. No entanto, apesar das diferenças intrapessoais, mesmo modestas reduções na ingestão de sal, são efetivas em diminuir a PA ¹¹.

A restrição de sódio pode ajudar a diminuir a pressão arterial nas pessoas sensíveis ao sódio. Cerca de 25% de indivíduos saudáveis são sódios-sensíveis, assim como 50% dos pacientes com HAS. A restrição de

sódio parece particularmente útil para pessoas que são hipertensas ou em sobrepeso, bem como para os idosos. Esta é mais benéfica quando combinada com outras mudanças tais como exercícios e perda de peso ¹².

O processo de envelhecimento da população deve-se ao rápido declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade ¹³. O crescimento demográfico da população brasileira na faixa etária acima de 60 anos e o aumento da HAS nessa fase da vida têm sido motivo de grande interesse por parte dos estudiosos em vários países do mundo. O número de idosos no Brasil crescerá 15 vezes entre 1950 e 2025, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, enquanto a população total crescerá 5 vezes. Esse crescimento colocará o Brasil como o sexto país do mundo em população idosa comparada com a atual décima sexta posição ^{14, 15}.

Neste contexto, fica claro a necessidade de criar estratégias nos serviços de saúde a fim de trabalhar com idosos hipertensos, diminuindo assim o contingente de idosos dependentes, como consequência da HAS como o acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, entre outros.

Assim, este artigo tem o objetivo de avaliar o consumo de sódio e sua associação com a hipertensão arterial sistêmica em idosos na perspectiva de contribuir com o planejamento de estratégias em saúde pública.

METODOLOGIA

A pesquisa é quantitativa, descritiva e transversal. A população envolvida no estudo são indivíduos idosos residentes em Palmeira das Missões

/ RS, sexo feminino e masculino, selecionados ao acaso e seguindo a amostra calculada por Barbetta ¹⁶ considerando uma margem de erro de 5%.

As variáveis analisadas foram: a) Sóciodemográfica: (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda); b) Consumo de sal: foi avaliado segundo a informação da duração de 1 kg de sal no domicílio, dividido pelo tempo de duração e pelo nº de pessoas na família e expresso como g/dia/pessoa de sal (cloreto de sódio). Foi considerado adequado quando o consumo foi inferior a 6g/dia e consumo elevado quando acima de 6g/dia ¹⁷; c) hipertensão: a pressão arterial foi aferida com esfigmomanômetro aneróide e tomada sempre ao final da entrevista, com a pessoa sentada, tendo o braço direito apoiado na altura da região mamária. Foi considerado como hipertenso o indivíduo que apresentou a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg aferida no momento da entrevista ou fazendo uso de anti-hipertensivo ¹⁸.

Os dados foram processados em uma planilha do excel e analisados no *software* estatístico SPSS. A metodologia de análise foi a estatística descritiva envolvendo a frequência, e tabelas e análise de variáveis com o teste do Qui-Quadrado.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº do processo 23081.009908/2010-10, que refere-se a um projeto maior denominado “Situação Alimentar e Nutricional a População idosa de Palmeira das Missões, RS”, sendo o presente trabalho um sub-projeto

deste. Os participantes da pesquisa, após a concordância, assinaram um Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 424 idosos, sendo 68,4% do sexo feminino e 31,6% do sexo masculino. A idade variou de 60 a 99 anos e a média de $70,8 \pm 7,8$ anos, com predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos (50,2%) (Tabela 1). Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos estão casados (53,8%), com escolaridade abaixo de 5 anos de estudo (60,1%) e com renda mensal de 1 a 2 salários-mínimos (68,4%).

O IMC variou de 14,21 a 42,02 kg/m^2 , tendo como média $27,26 \pm 4,7\text{kg/m}^2$, sendo então a maioria classificada segundo o IMC com excesso de peso (51,2%) (Tabela 1).

O consumo de sal (NaCl) teve uma média de $12,82 \pm 7,78\text{g}$ de sal. De acordo com a Tabela 1 o consumo de sal (NaCl) ficou predominantemente ≥ 6 gramas ao dia (81,4%).

A pressão arterial sistólica apresentou uma média de $134 \pm 18\text{mmHg}$ e a pressão arterial diastólica teve uma média de $80 \pm 12\text{mmHg}$. A frequência de hipertensos nessa população estudada foi de 68,9% (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas, IMC, consumo de sal e hipertensão em idosos. Palmeira das Missões, RS. 2010-2011.

Variável	N	(%)
Sexo		
Feminino	290	68,4
Masculino	134	31,6
Total	424	100
Idade		
60 l—70	213	50,2
70 l---80	145	34,2
80 ou mais	66	15,6
Total	424	100
IMC		
Magreza	48	11,3
Eutrofia	159	37,5
Excesso	217	51,2
Total	424	100
Consumo de sal (NaCl)		
< 6g	79	18,6
≥ 6g	345	81,4
Total	424	100,0
Hipertensão		
Sim	292	68,9
Não	132	31,3
Total	424	100,0

Na Tabela 2 observa-se que a maior parte dos idosos com hipertensão são do sexo feminino (48,6%) e com idade entre 60 a 69 anos (35,4%). Em todas as categorias de idade a prevalência de hipertensos foi sempre maior do que dos não hipertensos.

Na associação da hipertensão com o IMC, observou-se que a maioria dos idosos com hipertensão apresentaram um IMC de excesso de peso na proporção de 36,3% (Tabela 2).

Quando foi relacionado a hipertensão com o consumo de sal (NaCl), 58% dos idosos com hipertensão consumiram acima de 6g de sal, sendo uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). (Tabela 2). Foi utilizado no presente trabalho a recomendação de até 6 g/dia¹⁷ que corresponde a 2,4g de sódio (4 colheres (de café) rasas de sal = 4g +2g de sal próprio dos alimentos). Destaca-se que na VI Diretriz de Hipertensão⁴, assim como a Organização Mundial de Saúde e o Guia Alimentar Brasileiro¹⁹, restringem ainda mais a ingestão de sal para 5g/dia correspondendo a 2000mg de sódio. No entanto, justifica-se a escolha da recomendação de abaixo de 6g visto que o propósito deste trabalho é associar o consumo de sal com a hipertensão e de acordo com o Guia alimentar Brasileiro, o consumo populacional de sal maior do que 6g/dia (2,4g de sódio) é uma causa importante da hipertensão arterial, utilizando-se então, este valor de corte para o consumo de sal.

Tabela 2 – Associação da Hipertensão com sexo, idade, IMC e consumo de sal. Palmeira das Missões, RS. 2010-2011.

Variáveis	Hipertenso N(%)	Não hipertenso N(%)	Total N(%)	p-valor*
Sexo				
Feminino	206(48,6)	84(19,8)	290(68,4)	
Masculino	86(20,3)	48(11,3)	134(31,6)	
	292(68,9)	132(31,1)	424(100)	
Idade				
60l--- 70	150(35,4)	63(14,9)	213(50,2)	
70l---80	99(23,3)	46(10,8)	145(34,2)	
80 ou mais	43(10,1)	23(5,4)	66(15,6)	
Total	292(68,9)	132(31,1)	424(100)	
IMC				
Magreza	33(7,8)	15(3,5)	48(11,3)	
Eutrofia	105(24,8)	54(12,7)	159(37,5)	
Excesso	154(36,3)	63(14,9)	217(51,2)	
Total	292(68,9)	132(31,1)	424(100)	

Consumo de sal (NaCl)				
< 6g	46(10,8)	33(7,8)	79(18,6)	0,024
≥ 6g	246(58,0)	99(23,3)	345(81,4)	
Total	292(68,9)	132(31,1)	424 (100)	

* $p < 0,05$ (teste de Qui-quadrado).

De acordo com a Tabela 3 o maior consumo de sal acima de 6g foi do sexo feminino (57,1%) e na faixa etária dos 60 aos 69 anos (41,5%). Observa-se ainda, que em todas as categorias de idade prevaleceu o consumo de sal acima de 6g do que abaixo de 6g.

Quando relacionado o consumo de sal com o IMC observou-se que os idosos em todas as categorias de classificação do estado nutricional de acordo com o IMC, consumiram mais de 6g/dia de sal (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação do consumo de sal com idade e IMC. Palmeira das Missões, RS. 2010-2011.

Variáveis	Consumo de Sal		Total
	< 6g N(%)	≥ 6g N(%)	N(%)
Sexo			
Feminino	48(11,3)	242(57,1%)	290(68,4)
Masculino	31(7,3)	103(24,3)	134(31,6)
Total	79(18,6)	345(81,4)	424(100)
Idade			
60 --- 70	37(8,7)	176(41,5)	213(50,2)
70 --- 80	25(5,9)	120(28,3)	145(34,2)
80 ou mais	17(4,0)	49(11,6)	66(15,6)
Total	79(18,6)	345(81,4)	424(100,0)
IMC*			
Magreza	10(2,4)	38(9,0)	48(11,3)
Eutrofia	23(5,4)	136(32,1)	159(37,5)
Excesso	46(10,8)	171(40,3)	217(51,2)
Total	79(18,6)	345(81,4)	424(100)

* IMC=Índice de Massa Corporal

DISCUSSÃO

A caracterização dos idosos da presente pesquisa é uma expressão do envelhecimento populacional brasileiro e mundial: maioria feminina, predominantemente entre 60 e 69 anos, considerados idosos ativos, no entanto o perfil nutricional de excesso de peso, quando avaliado pelo IMC, foi verificado um alto consumo de sal e perfil epidemiológico de alta proporção de hipertensão.

De acordo com a IV Diretriz de hipertensão ⁴ dentre os fatores de risco para HAS estão: o gênero e etnia, idade, excesso de peso e obesidade, e, ingestão de sal. São sobre estes fatores e sua associação com a HAS na presente pesquisa que a discussão foi conduzida e que servirão para o planejamento de estratégias no serviço público de saúde.

A HAS tem sua prevalência semelhante entre homens e mulheres, porém é mais elevada nos homens até os 50 anos e então há uma inversão ficando maior entre as mulheres ^{20, 21, 22 e 4}, comportamento este encontrado na presente pesquisa onde a maior prevalência de HAS foi maior para o sexo feminino. Apesar de não ter sido avaliado a etnia racial, e também de não se saber o impacto da miscigenação em relação a HAS no Brasil ⁴ destaca-se que há uma predominância de mulheres negras com excesso de peso de até 130% quando comparada com as mulheres brancas ^{22,4}.

A idade tem uma associação direta e linear com a pressão arterial (1) demonstrado em uma prevalência de HAS acima de 60% na população acima de 65 anos ^{20,17}, sendo situação semelhante a presente pesquisa, pois foi encontrado a maior prevalência de idosos de 60 a 69 anos.

O estado nutricional tem associação estreita com a HAS, sendo observado uma maior prevalência de HAS relacionada com o excesso de peso, mesmo em idades mais jovens ^{23,4}. Esta afirmativa ficou evidente neste estudo visto que o maior percentual de pessoas com HAS estava com excesso de peso, avaliada pelo IMC. O peso é um fator tão importante no desenvolvimento e agravamento da pressão arterial, pois na vida adulta, mesmo se o indivíduo for fisicamente ativo, um aumento de 2,4 Kg/m² no índice de massa corporal (IMC) ocasiona maior risco de desencadear a hipertensão ⁴, assim como também a obesidade central está associada com a pressão arterial ²⁴.

O consumo excessivo de sódio é associado com o aumento da pressão arterial, sendo um fator a ser combatido cotidianamente visto que o padrão alimentar da população brasileira consiste em ser rico em sal, açúcar e gordura. Já, em populações com o hábito de baixo consumo de sal, como é o caso dos índios Yanomami, não há casos de HAS ¹⁷. No entanto, a restrição de sódio tem evidência de efeito hipotensor sobre a HAS, apesar de controvérsias ^{25,26}.

A média de consumo de sal/g/dia/pessoa no presente estudo foi de 12,82g. Estes valores são o dobro da recomendação do Ministério da saúde que é de 6g/dia e da diretriz Brasileira de Hipertensão de 2007 e sendo atualmente, pela mesma diretriz de 2010 recomendado 5g de sal/dia (equivalendo a 2000mg de sódio/dia), sendo mais restrito ainda ⁴.

Em um estudo de Sarno ²⁷ a quantidade de sódio disponível para consumo foi de 4,5 gramas por pessoa/dia, correspondendo a 11,25g de sal/dia, sendo mais de duas vezes superiores ao limite máximo de consumo,

sendo resultado semelhante ao do presente estudo. Em nenhuma região brasileira a disponibilidade domiciliar de sódio foi inferior a 4 g/p/d ou a sua correspondência em 10g de sal/dia.

Também, no estudo de Pearson ²⁸ o consumo de sal diário estimado a partir da excreção urinária de 12 horas entre os participantes do estudo foi elevado, semelhante ao presente estudo, ou seja, foi encontrado 12,6±5,8 g e quando comparado com a recomendação da Associação Americana de Cardiologia de 6 g.

Os pesquisadores intensificaram estudos sobre a sensibilidade ao sal em humanos, acreditando que o sal tem participação da gênese do aumento da PA em diferentes pessoas. Um exemplo destes estudos, foi verificado entre índios da tribo Yanomani residentes no norte do Brasil, estão as menores taxas de ingestão de sal, diminuída PA e também excreção urinária de sódio em 24hs ²⁹. Existem estudos que sustentam que a redução continuada na ingestão de sal pode diminuir consideravelmente a PA nos indivíduos, e conseqüentemente o risco de eventos cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos ^{29,30,31}. O Intersalt foi um estudo pioneiro que avaliou de forma consistente a excreção de sódio e os níveis pressóricos, encontrando associação positiva entre a excreção de sódio e os níveis de PA ³².

A relação entre pressão arterial e o consumo de sódio é heterogêneo, tratando-se de um fenômeno denominado como sensibilidade ao sal. Pessoas normotensas com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentam incidência cinco vezes maior de HAS, em 15 anos, do que aqueles com baixa sensibilidade ³³.

Nas pessoas idosas ocorrem alterações na percepção sensorial, como diminuição ou perda da acuidade visual, audição, olfato, sensação de gustação e declínio da visão, que podem contribuir para a diminuição do apetite ^{34,35}. Destas alterações, o olfato e a gustação são os que interferem mais diretamente na ingestão de alimentos ³⁶. Por exemplo, um dos principais fatores envolvidos na redução do consumo alimentar é a diminuição da sensibilidade por gostos primários: doce, amargo, ácido e salgado ^{34,36}.

O gosto tem sua base anatômica no número de gemas gustativas das papilas linguais. Nos jovens, elas correspondem a mais de 250 para cada papila lingual, enquanto as pessoas acima de 70 anos têm, menos de 100 gemas por papila ³⁶. Como consequência, observa-se entre os idosos um comportamento no consumo alimentar especialmente voltado a acrescentar açúcar e sal para sentir mais sabor. O consumo exagerado desses dois nutrientes, no entanto, está associado aos altos índices de diabetes e hipertensão entre as pessoas idosas.

No manejo da hipertensão e na prática clínica do nutricionista, entretanto, entende-se o salgado como um sabor adquirido, assumindo assim que pode ser alterado e, com isso, utilizar-se menos sal no preparo dos alimentos. Segundo uma pesquisa de ^{1,10} com idosos de baixa renda, foi possível introduzir temperos e molho de tomate sem adição de sal nas refeições cotidianas e com isso observou-se uma redução significativa do consumo de sódio do grupo-teste de 3.539,1 mg para 2.796,8 mg após 90 dias de intervenção, comparados com o grupo controle, de 3.469,3 para 2.988,9 mg de sódio.

No presente estudo, encontrou-se o maior consumo de sal acima de 6g em idosos com excesso de peso. Sabe-se através de vários estudos que a obesidade ou excesso de peso é um fator de risco para o envelhecimento mal-sucedido ^{37,27}. Pessoas com excesso de peso são mais vulneráveis a desenvolver hipertensão, diabetes tipo 2 e fatores de risco para outras condições crônicas, como dislipidemias. A redução do peso corporal a pressão arterial ³⁸. No presente trabalho a prevalência de sobrepeso foi significativamente maior em idosos hipertensos (40,3%) do que entre não hipertensos (32,1%).

O envelhecimento da população tem uma variação do nível da renda do país até meados do século XXI (considerando-se um crescimento médio do rendimento *per capita* de 2,5% ao ano), a demanda por serviços de saúde para consultas médicas deverá crescer 59%, para exames, 96%, para tratamentos, 122%, e para internações, 39%.

Em relação ao gasto com saúde, o envelhecimento da população deverá acarretar um aumento do gasto com saúde em relação ao PIB de aproximadamente 30% até 2050, dos atuais 8,2% para 10,7%. Estas projeções devem ser entendidas como uma sinalização das mudanças que estão em curso no Brasil, e servir de suporte para o planejamento e para a adaptação da oferta à demanda por serviços de saúde no país ³⁹.

Diante do contexto deste trabalho, fica claro que algumas intervenções podem ser feitas na prática da gestão pública em saúde, visando atender um contingente de população acima de 60 anos e que traz junto uma carga de morbidade, especialmente alta prevalência de hipertensão.

Os principais fatores de risco para a HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética. As principais ações estratégicas que deveriam ganhar destaque prioritário nos serviços de saúde seria o controle dos fatores de risco modificáveis para a HAS tais como o controle do peso corporal ou tratamento da obesidade, redução do consumo de sódio, evitar o consumo de álcool e aumentar a atividade física regular.

A prevenção primária e a identificação precoce da HAS são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. Neste sentido, a implementação de estratégias de prevenção da HAS consiste em um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões ⁴⁰.

CONCLUSÃO

Com o envelhecimento da população brasileira, um perfil demográfico, nutricional e epidemiológico tem grande repercussão, ou seja, assim no Brasil e no mundo, também na pesquisa em questão, encontrou-se idosos em sua maioria composta de mulheres, entre 60 e 69 anos com excesso de peso, consumo de sal acima de 6g/dia e alta prevalência de hipertensão.

Neste sentido, a gestão dos serviços de saúde pública necessita de uma organização e efetivações de ações voltadas à prevenção da HAS, especialmente ao controle dos fatores de risco modificáveis, como redução da

ingestão de sódio, controle do peso, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e banir a inatividade física.

REFERÊNCIAS

1. Dallepiane LB. Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Ijuí: Unijui; 2009.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*/World Health Organization. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
3. ENVELHECIMENTO HUMANO E AS ALTERAÇÕES NA POSTURA CORPORAL DO IDOSO.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
5. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365(9455): 217-223. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos.
6. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002;360(9343):1347-60. 6736(02)11403-6

7. NELSON JK, MOXNESS KE, JENSEN MD, GASTINEU CF. *Mayo Clinic Diet Manual*. 7 th ed. Mayo Medical Center : USA, 1994. 123-33.
8. ACHUTTI CA, COSTA E, ROSE AG, BASSANESI LS et al. Salt and blood pressure in Rio Grande do Sul, Brasil. *Bulletin of PAHO* 1990; 24(2): 154-76.
9. JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUTION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003;289(19):2560-72.
10. BÓS AJG, CONSONI PRC, GONÇALVES MPC. A importância do exercício físico na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica no Idoso. In: *Clemente E, Jeckel Neto EA. Aspectos Biológicos e geriátricos do envelhecimento*. Porto Alegre : EDIPUCRS, 1998. p.155-64.
11. Dumler F. Dietary sodium intake and arterial blood pressure. *J Ren Nutr* 2009; 19(1): 57–60.
12. CABRAL, P.C.; MELO, A.M.C.A; AMADO, T.C.F; SANTOS, R.M.A.B. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. *Rev Nutr* .2003, vol 16 n 1. Campinas.
13. CAMPOS, M.A.G.; PEDROSO, E.R.P.; LAMOUNIER,J.A.; COLOSIMO, E.A.; ABRANTES,M.M. estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(4):214-21.
14. CHAIMOWICKZ FA. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):184:200.

15. SILVESTRE JA, KALACHE A, RAMOS LR et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Geriat Gerontol* 1996;1:81-9.
16. BARBETTA, A.P. Estatística aplicada à ciências sociais. 7 ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2006 Fev: 1–48.
18. Sociedade Brasileira de H, Sociedade Brasileira de C, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e M, Sociedade Brasileira de D, Sociedade Brasileira de Estudos da O. [I Brazilian guidelines on diagnosis and treatment of metabolic syndrome]. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84 Suppl 1:1-28.
19. Organização Mundial de Saúde e o Guia Alimentar Brasileiro (2006)
20. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
21. Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 471–479.
22. Lessa I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras de Hipertens* 2001; 8: 383–392.
23. Brandão AA, Pozzan R, Freitas EV, Pozzan R, Magalhães MEC, Brandão AP. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. *J Hypertens* 2004; 22 (Suppl 1): 111S.

24. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Geneva, jun 1997.
25. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. Dash Collaborative Research Group. *N Eng J Med* 1997; 336(16): 117–124.
26. FJ & MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Human Hypertens* 2009; 23: 363–384.
27. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):219-225. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000002
28. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP et al. AHA Guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. *Circulation* 2002;106:388-91.
29. Obarzanek E, Proschan MA, Vollmer WM, Moore TJ, Sacks FM, Appel LJ, et al. Individual blood pressure responses to changes in salt intake: results from the DASH-Sodium trial. *Hypertension*. 2003;42(4):459-67
30. He F, MacGregor G. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;3:CD004937.
31. Beevers DG. The epidemiology of salt and hypertension. *Clin Auton Res*. 2002;12(5):353-7.
32. Mancilha-Carvalho de J, Souza e Silva NA. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. *Arq Bras Cardiol*. 2003;80(3):289-300.

33. Nordmann AJ, Woo K, Parkes R, Logan AG. Ballon angioplasty or medical therapy for hypertensive patients with atherosclerotic renal artery stenosis? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2003; 114: 44–50.
34. ROOLS,B.J. aging and appetite. *Nutrition Reviews*, New York, v. 50,n 12,p. 422-426, 1992.
35. PODRABSKY, M. Nutrição e envelhecimento. In: MAHAN,K.L.; ARLINM. Y. *Krause, alimentos e dietoterapia*. Rio de Janeiro: Roca, 1995. P 255-269.
36. NÓGUES, R. Factors que afectan La ingesta de nutrientes em El anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutricion Clínica*, v 15, n. 2, p. 39-44, 1995.
37. Davila EP, Zhao W, Byrne M, Webb M, Huang Y,Arheat K, et al. Correlates of smoking quit attempts: Florida Tobacco Callback Survey, 2007. *Tob Induc Dis*. 2009;5:10. DOI:10.1186/1617-9625-5-10.
38. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2007;28(12):1462-536.
39. Samuel Kilsztajn S, Rossbach A, Câmara MB, Carmo MSN. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v.20, n.1, jan./jun. 2003.
40. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dez 2009.

ANEXOS



**ISSN 1809-9823 versão
impressa**
**ISSN 1981-2256 versão
online**

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Categorias de artigos](#)
- [Pesquisa envolvendo seres humanos](#)
- [Ensaio Clínico](#)
- [Autoria](#)
- [Avaliação de manuscritos \(peer review\)](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Preparo de manuscritos](#)
- [Envio do manuscrito](#)

Escopo e Política

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Categorias de Artigos

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35) Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada (máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte "Metodologia", constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio Clínico

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

Avaliação de Manuscritos – Peer Review

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme as "Instruções aos Autores" serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada.

O procedimento de avaliação por pares (peer review) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Conflito de Interesses

- Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.
- Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no "Termo de Responsabilidade".
- Os autores receberão prova do manuscrito em PDF, para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo dos Manuscritos – formato e partes

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas, e sua localização no texto deve ser indicada. Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. Preferencialmente, a quantidade máxima de tabelas deve ser cinco. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS
Artigo com um autor
Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas.
Textos
Envelhecimento 2005 jan-abr;8(1): 43-60.
Artigo com até três autores, citar todos
Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. Cad Saúde Pública 2004 fev;

20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar "et al"
Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat Am Enfermagem 2005 fev;13(1):7-14.

2. LIVROS

Autor pessoa física
Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Autor organizador Veras RP, Lourenço R, organizadores.
Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição
Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB . Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

4. Anais de Congresso - Resumos

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. DISSERTAÇÃO E TESE

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

7. Material da Internet

Artigo de periódico
Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso.

Livro Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais
Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

DOCUMENTOS

(a) Declaração de responsabilidade e Autorização de publicação

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

<p>DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS</p> <p>Título do manuscrito:</p> <hr/> <p>1. Declaração de responsabilidade Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno pública minha responsabilidade por seu conteúdo. Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou enviado a outra revista, seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.</p> <p>2. Transferência de Direitos Autorais Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.</p> <p>3. Conflito de interesses Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.</p> <p>Data, assinatura e endereço completo de todos os autores</p>

(b) Autorização para reprodução de tabelas e figuras

Havendo no manuscrito tabelas e/ou figuras extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar por escrito autorização para sua reprodução.

PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do(s) autor(es), em conformidade com a legislação de Direitos Autorais.

Envio do Manuscrito

Os manuscritos devem ser encaminhados a revista no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os autores. Enviar, ainda, arquivo eletrônico do manuscrito, em Word. O arquivo pode ser em CD (enviado juntamente com a cópia em papel) ou apenas por e-mail.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
UnATI/CRDE Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã
20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: crderbgg@uerj.br e revistabgg@gmail.com

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

**© 2010 Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da
Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do
Rio de Janeiro - UERJ**

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Pavilhão João Lyra Filho
20559-900 Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Telefones: (21)2334 - 0168 / (21)2334- 0604
Fax: (21)2587-7672



crderbgg@uerj.br