



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

A Nutrição no Envelhecimento

Nutrition in Ageing

Vanessa Natália Silveira

Orientado por: Maria Cardoso Menezes

Revisão Temática

Ciclo de estudos: 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2012

Índice

Lista de Abreviaturas	III
Resumo	IV
Abstract	VI
1. Introdução.....	1
2. Desafios da população idosa.....	2
2.1 Desnutrição.....	2
2.1.1 Sarcopenia.....	5
2.2 Demência.....	3
3. Particularidades na avaliação nutricional do idoso.....	5
3.1 Estado nutricional	5
3.2 Cálculo das necessidades nutricionais.....	8
4. Intervenção nutricional na população idosa.....	9
5. Envelhecimento ativo	12
6. Determinantes comportamentais.....	13
7. Análise Crítica.....	14
8. Conclusões.....	15
9. Referências Bibliográficas	16

Lista de Abreviaturas

AMB - Área Muscular do Braço;

HC – Hidratos de Carbono;

MNA - *Mini Nutritional Assesment*;

MUST - *Malnutrition Universal Screening Tool*;

NSI – *Nutrition Screening Initiative*;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

SGA - *Subjective Global Assesment*;

DRI – *Dietary Reference Intakes*.

Resumo

Envelhecimento ativo é, em 2012, tanto focado nível mundial pela Organização Mundial de Saúde como nacional pela Direção Geral da Saúde.

Esta preocupação deve-se principalmente ao facto de a população idosa estar a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário. Daí ser imperativo estarmos preparados e conscientes dos principais problemas associados a maior morbilidade e mortalidade.

A nutrição desempenha um papel crucial nas condições associadas aos idosos, não só por evitar o aparecimento ou mesmo reverter a doença, como também por melhorar a qualidade de vida e prolongar a vivência destes indivíduos. É especialmente importante uma acuidade nutricional em idosos desnutridos ou que apresentam patologias neurológicas como a demência, uma vez que estas condições impossibilitam os idosos de realizarem tarefas diárias, condicionando a sua qualidade de vida.

Por tudo isto, é de maior importância estar atento ao estado nutricional do idoso, considerando algumas particularidades na avaliação do estado nutricional e no cálculo das necessidades nutricionais, não esquecendo problemas fisiológicos e neurológicos desta faixa etária.

Não menos importante para um envelhecimento saudável e ativo é a prática de atividade física e mental, pois estas atividades promovem a saúde e retardam ou evitam o aparecimento de algumas doenças associadas ao envelhecimento.

Finalmente, para que seja possível um envelhecimento ativo é necessário que o idoso se sinta mais produtivo e integrado na própria sociedade, bem como

adote um etilo de vida saudável, para isto foi desenvolvido um projeto “Envelhecer Saudável” que visa apoiar o envelhecimento ativo através de 10 tópicos.

Palavras-Chave: Envelhecimento saudável, desnutrição, demência, sarcopenia, atividade física.

Abstract

In 2012, active aging is focused on both global and national levels by World Health Organization and General Health Direction.

This concern is mainly because the elderly population is growing faster than any other age group. Hence it is imperative to be prepared and aware of the main problems associated with increased morbidity and mortality.

Nutrition plays a crucial role in conditions associated with the elderly, not only to avoid the appearance or even reverse the disease, but also to improve the quality of life and prolong the life as much as possible. It is especially important a nutrition acuity in malnutrition elderly or who have neurological conditions such as dementia, as these conditions make it impossible, for elderly to perform daily tasks, thus affecting their quality of life.

For all these reasons, it is very important to be conscious of the nutritional status of the elderly, considering some particularities in the assessment of nutritional status and in calculation of nutritional requirements, not forgetting the physiological and neurological problems of this age group.

No less important for healthy and active aging is the practice of physical and mental activity, because these activities promote health and delay or avoid the onset of some aging diseases.

Finally, for an active aging it is necessary that the elderly feel more productive and integrated in the society and adopt healthy lifestyle. That is the reason why the project “Health Ageing” was developed, which aims to support active aging through 10 topics.

Keywords: Health aging, malnutrition, dementia, sarcopenia, physical activity.

1. Introdução

O envelhecimento ativo é o tema da OMS de 2012 tendo como *slogan*: “Good health adds life to years”.⁽¹⁾ Em Portugal, a Direção Geral da Saúde cita 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações”. O seu projeto “Envelhecimento Saudável”, apoiado pela Comissão Europeia estabeleceu 10 tópicos, encontrando-se entre eles a alimentação. O seu objetivo passa pela maior permanência dos idosos no mercado de trabalho com a partilha da sua experiência, um contínuo papel ativo na sociedade e uma vivência mais saudável e gratificante.⁽²⁾

Esta preocupação global deve-se a atualmente vivermos cada vez mais, com mais saúde e mais capacidade funcional⁽³⁾ e ao crescimento exponencial da população idosa. Mundialmente, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais, ou seja idosos pela definição da OMS⁽⁴⁾, está a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário: entre 1970 e 2025 é esperado um aumento na ordem dos 223%.^{(5),(6)} Quanto a Portugal e segundo o Instituto Nacional de Estatística, a percentagem de idosos em 2011 era de 19,1% e em 2050 prevê-se existirem em Portugal 2,95 milhões, mais um milhão do que em 2005. Ou seja, 238 idosos por cada 100 jovens, o dobro dos valores atuais.^{(7),(8)}

Este crescimento populacional desencadeia várias preocupações nomeadamente na área da nutrição, por esta desempenhar um papel fundamental em doenças relacionadas com envelhecimento e debilidade.⁽⁹⁾

Na população idosa é possível presenciar a existência de algumas perturbações, como a desnutrição e a demência. É igualmente importante não esquecer o exercício físico na idade gerontológica.⁽³⁾

Este trabalho pretende rever alguns aspetos da geriatria, articulá-los com o papel do nutricionista nesta área, desde a avaliação nutricional à intervenção ajustada aos idosos e fornecer pistas sobre o que tem sido feito neste ano do envelhecimento ativo em Portugal e o que ainda pode ser melhorado.

2. Desafios da população idosa

Por serem problemas frequentes na população idosa e que podem provocar determinadas manifestações que condicionam o quotidiano tornando os idosos mais dependentes, serão destacados neste trabalho: a desnutrição e a demência ⁽⁹⁾.

2.1. Desnutrição

A desnutrição é uma das maiores e mais devastadoras condições na população idosa, retratando um desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades individuais, quer em macro, quer em micronutrientes.⁽¹⁰⁾ A ingestão alimentar parece diminuir progressivamente com o envelhecimento decorrente das mudanças fisiológicas, incapacidade física, fatores socioeconómicos, farmacológicos e psicológicos.^{(11),(3),(12)}

Contudo, frequentemente, a desnutrição não é diagnosticada devido não só a modificações fisiológicas associadas ao envelhecimento, as quais mascaram deficiências nutricionais,⁽¹¹⁾ como também devido ao facto de os profissionais de saúde, não valorizarem os sinais de desnutrição.⁽⁹⁾ A consequência da não identificação e tratamento da desnutrição conduz a internamentos mais prolongados e frequentes⁽⁹⁾. No entanto, a desnutrição pode ser revertida com uma intervenção nutricional adequada, a qual tem sido associada a melhoria clínica e benefícios funcionais, tanto a nível hospitalar como na comunidade.⁽⁹⁾

A desnutrição habitualmente referenciada como proteico-energética, acarreta muitas vezes deficiências mais específicas.⁽¹³⁾ Estima-se que 50% dos idosos ingere menos vitaminas e minerais do que as *Dietary Reference Intakes* (DRI),⁽¹⁴⁾ devido nomeadamente a mudanças fisiológicas associadas com a idade,⁽¹⁴⁾ em especial os problemas orais que reduzem o aporte nutricional.⁽¹⁵⁾

A carência em vitamina D prevalece no intervalo percentual de 40-90%.⁽¹⁶⁾ Isto por ocorrer uma menor eficiência na síntese de vitamina D pela pele, uma menor exposição ao sol, por a sua ação estar diminuída nesta faixa etária ou pelo uso de medicação.^{(3),(16),(17),(18)} Uma ingestão inadequada desta vitamina pode levar à perda óssea e ao aumento do risco de osteoporose.^{(17),(18),(19)} Estima-se que 30-40% dos idosos com fratura óssea tenham deficiência em vitamina D.⁽³⁾ Em relação ao cálcio, apenas 4% das mulheres e 10% dos homens idosos atingem as recomendações diárias deste mineral.^{(3),(17)} Quanto à carência em vitamina B12, está descrito que afeta 30% dos idosos.^{(14),(17),(18)} Relativamente à deficiência de vitamina C, esta ocorre frequentemente nos idosos, em cerca de 25%, devido principalmente à perda de dentição, por dificultar o consumo de frutas, verduras e legumes.^{(11),(14),(10)}

2.1.1 Sarcopenia

O envelhecimento está associado a uma redução importante da massa isenta de gordura e ao aumento da adiposidade.⁽¹¹⁾

Considera-se que a sarcopenia tem base multifatorial, na qual se destaca: vida sedentária, hábitos tabágicos, atrofia de desuso, saúde débil, genética, desnutrição, composição corporal^{(11),(17),(20)} e diminuição da atividade física.⁽¹⁰⁾ A sarcopenia determina a debilidade física, com ocorrência de quedas frequentes, declínio funcional e mobilidade prejudicada nos idosos.^{(11),(17)} Este declínio

progressivo funcional em idosos debilitados associa-se ao aumento da dependência e co-morbilidades, levando à hospitalização e institucionalização.⁽⁹⁾

A prevalência da sarcopenia varia entre 8,8 a 17,5% dos idosos, aumentando com a idade.⁽¹¹⁾

2.2. Demência

Globalmente, devido ao crescimento da população idosa, prevê-se um aumento dramático do número de pessoas com demência,⁽²¹⁾ estimando-se que duplique a cada 20 anos.⁽²²⁾ Aproximadamente 8-10% das pessoas com mais de 65 anos de idade, no mundo ocidental, sofre de demência⁽²²⁾ e em cada 7 segundos é diagnosticado um novo caso.⁽⁹⁾

Enquanto doença neurológica, a demência, a maior causa de incapacidade e dependência em países desenvolvidos e a segunda em todo o mundo,^{(21),(23)} é provavelmente a ameaça mais séria da população idosa.⁽¹⁷⁾ Esta patologia apresenta dificuldades não só para as pessoas que têm a doença como também para os familiares e cuidadores.⁽²³⁾

Existem várias formas de demência sendo a doença de Alzheimer a mais comum, contribuindo possivelmente para 60-80% dos casos.^{(23),(22),(24),(17)}

As doenças neurológicas são de natureza crónica e progressiva levando a perdas funcionais, resultando na incapacidade de gerir os mecanismos da alimentação como hipogeusia, disfunção do olfato, perda de interesse pela comida, dificuldade em reconhecer os alimentos, recusa alimentar, perda de apetite e disfagia⁽²⁵⁾ e na perda de identificação da necessidade de comer, trazendo como possíveis consequências: desnutrição e/ou perda involuntária de peso, desidratação, cicatrização de feridas e pneumonia ^{(22),(26),(27),(28),(29)} com provável necessidade de institucionalização precoce.^{(24),(23),(22),(30),(31)} Estudos

mostram que cerca de 86% de pessoas com demência desenvolvem problemas de alimentação e está associado com 39% de mortes em 6 meses.⁽²⁰⁾

Como principais fatores de risco para a demência destacam-se, a obesidade e o excesso de peso, na idade adulta, com um risco aumentado de 74% e 35%, respectivamente, em comparação com as pessoas com peso normal; o tabagismo, a hipertensão, o colesterol elevado, a Diabetes Mellitus e a ingestão elevada de álcool. Contrariamente, a prática regular de exercício físico tem sido associada ao retardamento do surgimento da demência.⁽²²⁾

3. Particularidades na avaliação nutricional no idoso

No envelhecimento existem quatro fatores que podem condicionar o estado nutricional do idoso: fisiológicos, psicológicos, socioeconômicos e ambientais. (figura 1) ^{(11),(32),(29)}

3.1 Estado nutricional

Descrevem-se a seguir as particularidades a serem valorizadas neste grupo da população.

- **Dados Clínicos**

A perda de peso é considerada o indicador mais importante de desnutrição. Uma perda de 10% sem seis meses, 7,5% em três meses ou 5% em um mês é considerado um problema muito grave e está diretamente relacionado com morbidade e mortalidade. Deve, por isso, fazer parte da recolha inicial de dados clínicos. ⁽¹⁰⁾

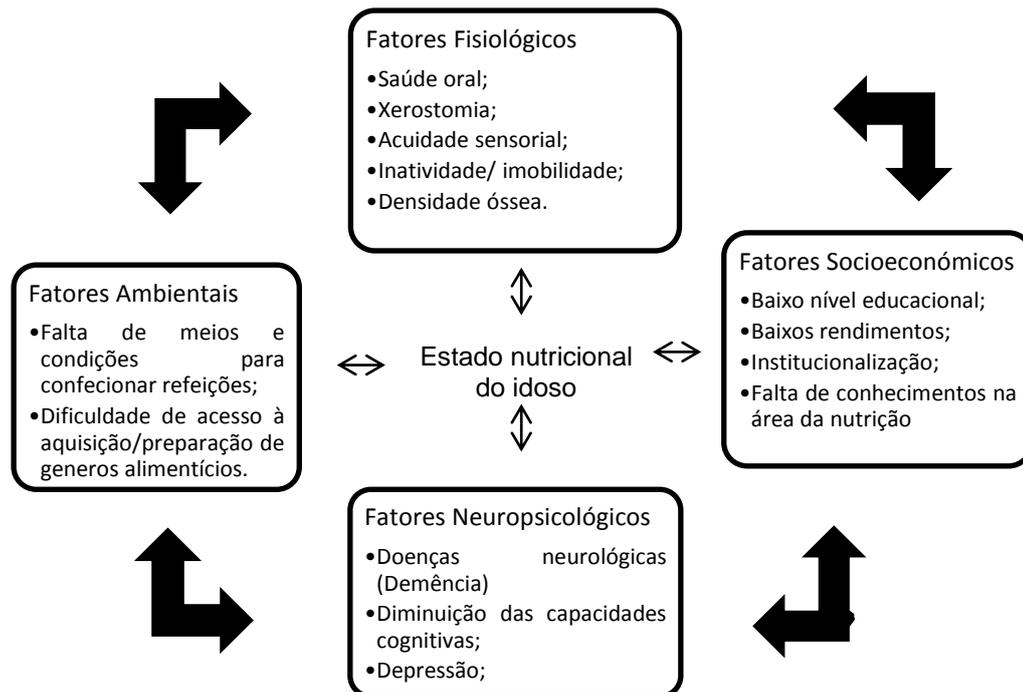


Figura 1: Fatores que podem condicionar o estado nutricional do idoso. ^{(11),(32),(29)}

De entre os vários fatores fisiológicos^{(12),(18)} que condicionam a ingestão alimentar é importante destacar a saúde oral, dado ter um grande impacto nas escolhas alimentares e na ingestão de nutrientes essenciais.⁽³³⁾ A existência de cáries dentárias, perda de dentição, xerostomia ou cancro oral^{(5),(34),(35),(36),(37)} podem aumentar o risco da saúde em geral, devido à diminuição do paladar, olfato, dificuldade na mastigação e disfagia, o que leva os idosos a evitarem certos alimentos,^{(17), (34),(38),(37),(15)} podendo ocorrer desnutrição e isolamento.⁽³⁹⁾ Num estudo realizado por *J.A. Gil-Montaya*, em 2008, mais de 80% dos indivíduos classificados como desnutridos tinham problemas orais.⁽³³⁾ Doenças sistêmicas e/ou efeitos colaterais dos seus tratamentos e a polimedicação podem levar ao aumento do risco de problemas orais.⁽³⁴⁾

- **História alimentar**

Os inquéritos realizados devem considerar a diminuição da dentição, alteração do paladar, prescrição medicamentosa, restrições alimentares, alterações funcionais devido a doenças crónicas e intervenções hospitalares

repetidas, entre outros.⁽¹¹⁾ Deve também ser considerado o grau de literacia a fim de decidir o melhor inquérito a utilizar - a história alimentar pode ser recolhida através de exemplos como o diário alimentar ou o inquérito às 24 horas anteriores.⁽³²⁾

- **Dados analíticos**

Tanto a albumina como a pré-albumina representam dois dos principais parâmetros habitualmente considerados na avaliação bioquímica. No entanto, na população idosa, estes valores podem estar alterados devido a outras condições que não a desnutrição como a hidratação ou a alteração da função hepática e/ou renal, o que exige uma análise atenta. Além disso, é importante não esquecer que também podem diminuir ligeiramente com o avançar da idade.^{(11),(10)}

- **Exame físico**

Os sinais de desnutrição podem, frequentemente, ser confundidos com alterações físicas do envelhecimento. É importante proceder a um exame físico rigoroso, começando com uma observação do estado geral, avaliando seguidamente se existe depleção de massa muscular e/ou tecido adiposo, e/ou úlceras de pressão, procurando em seguida sinais de deficiência específica, inspecionando nomeadamente a face, cabelo, mucosas e pele.⁽³²⁾

- **Medidas antropométricas**

A utilidade das medidas antropométricas prende-se com a informação que é possível obter sobre os depósitos de massa gorda e massa muscular, podendo ser utilizadas medidas como a estatura, o peso, os perímetros, as pregas cutâneas ou a impedância bioelétrica. Por exemplo a redução da área muscular do braço (AMB) no idoso é considerado critério de diagnóstico de desnutrição

com implicação prognóstica. No entanto existem fatores que podem influenciar estas medidas, como a presença de edema e perda de elasticidade da pele.^{(11),(10)}

- **Instrumentos de triagem do risco**

Existem vários instrumentos de rastreio capazes de averiguar o risco nutricional, sendo de destacar o “Mini Nutritional Assessment” (MNA), o “Subjective Global Assessment” (SGA), o “Malnutrition Universal Screening Tool” (MUST) e o “Nutrition Screening Initiative” (NSI).⁽³²⁾

Especificamente no caso do MNA, este é o instrumento mais utilizado pelos profissionais que trabalham com geriatria e é referido como a ferramenta de maior especificidade e sensibilidade.^{(10),(32)}

3.2 Cálculo das necessidades nutricionais

A redução do gasto energético basal é acompanhada da redução das necessidades energéticas e das funções fisiológicas em função do declínio da atividade física e massa corporal metabolicamente ativa.⁽¹¹⁾

Para calcular o gasto energético basal existem variadas formas, como exemplo a fórmula de Harris-Benedict^{(3),(29)}, ajustando o valor final com a retirada de 10% do valor calculado em idades compreendidas entre 51-75 anos e 20-25% em idades superiores a 76 anos,⁽¹¹⁾ a equação de Mifflin-St.Jeor ou ainda multiplicando 30-35 kcal/kg de peso corporal para adultos com úlceras de pressão.⁽²⁹⁾

Relativamente aos micronutrientes, a recomendação nos idosos é a mesma do que para os adultos⁽¹¹⁾ no entanto, o envelhecimento é associado com o aumento do risco da redução da ingestão destas.⁽¹⁴⁾

Tabela 1: Recomendações nutricionais específicas para idosos

Macro ou micronutriente	Necessidades diárias			
	65-70 anos		>70 anos	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
HC (%)	>55	>55	>55	>55
Gordura total (%)	<30	<30	<30	<30
Proteína (g/kg)	0,8	0,8	0,8	0,8
Vitamina D (µg)	15	15	20	20
Vitamina B12 (µg)	2,4	2,4	2,4	2,4
Vitamina C (mg)	90	75	90	75
Cálcio (mg)	1000	1000	1200	1200
Água (ml/kg)	30	30	30	30

Adaptado de DRI, 2010

4. Intervenção nutricional na população idosa

Apesar da sobrecarga ponderal ser também comum nos idosos, as principais preocupações que o nutricionista deve ter em atenção relacionam-se com a desnutrição e promoção de uma alimentação variada, equilibrada e completa, respeitando hábitos adquiridos ao longo da vida e salvaguardando as restrições alimentares impostas por patologias orgânicas.⁽²⁰⁾

Em meio hospitalar podem ser utilizados suplementos de nutrição entérica e na comunidade os idosos devem ser encorajados a consumirem alimentos energeticamente densos e com altos valores proteicos.⁽³⁾ No entanto, é necessário ter cuidado relativamente ao risco de desenvolvimento da síndrome de

realimentação, principalmente em doentes desnutridos com jejum prolongado, ou ingestão alimentar muito escassa.^{(3),(29)}

O primeiro passo para o tratamento da desnutrição é encontrar a causa ou forma de perda de peso. No caso da perda de peso ser devida a uma combinação de causas pode ser necessário estabelecer prioridades.^{(10),(40)}

Os seguintes tópicos dizem respeito aos principais problemas que interferem com uma alimentação adequada.

- **Falta de dentição**

Com o objetivo de contornar os problemas orais, principalmente a perda de dentição, os idosos evitam alimentos que dificultem a mastigação ou causem dor, recorrendo a alimentos confeccionados durante mais tempo, fracionados ou mesmo triturados. Alterando as escolhas alimentares como é exemplo a redução do consumo de carne, frutas e legumes^{(37) (41)}

- **Falta de apetite**

Estimular o apetite exige tratar a sua potencial causa, por exemplo a depressão, ou utilizar estratégias como fornecer alimentos nutricionais e caloricamente densos, modificar as texturas dos alimentos, ter em casa alimentos que não necessitem de ser confeccionados ou que sejam fáceis de consumir, disponibilizar refeições pequenas e frequentes como lanches e bebidas,⁽¹⁸⁾ enriquecer os alimentos com a adição de micronutrientes, dentro das doses recomendadas, fornecer alimentos preferidos em alturas do dia em que a ingestão seja habitualmente superior⁽³⁾, promover a ingestão regular de água, melhorar o ambiente da refeição, utilizar suplementação e utilizar fármacos para aumentar o apetite.^{(10),(38),(25),(22)}

- **Disfagia**

O idoso deve ser encorajado a alimentar-se sozinho ou com ajuda sempre que necessário,⁽²⁹⁾ no entanto para ultrapassar problemas de deglutição, a intervenção nutricional pode ter de considerar o uso de uma sonda de alimentação para prevenir/tratar a desnutrição ou a pneumonia de aspiração, sendo que a colocação de sonda só deve ocorrer após ponderação das vantagens e desvantagens do seu uso.⁽²⁹⁾ No entanto, principalmente em doentes com demência em fase terminal, não existe evidência que as sondas forneçam algum benefício em termos de tempo de sobrevivência, qualidade de vida ou que reduzam o risco de úlceras de pressão,⁽²⁹⁾ existindo ainda o risco de remoção, pelos doentes, da sonda^{(16),(23),(25),(26),(42)}, devendo ser especialmente encorajada a alimentação oral, o que também proporciona a integração social.⁽²⁹⁾

- **Deficiência em nutrientes específicos**

Para evitar a carências nutricionais nos idosos é necessário considerar recomendações totais de macro e micronutrientes, em particular: proteínas, cálcio, vitamina C, vitamina D e vitamina B12. Nesta faixa etária, é igualmente importante realçar as necessidades hídricas diárias, uma vez que existe um grande risco de desidratação^{(32),(11)}.

Particularmente para idosos sarcopénicos a evidência científica defende que uma ingestão proteica superior à recomendada parece ser benéfica, mas mais importante parece ser a ingestão de proteína de alto valor biológico em cada refeição, sendo a qualidade determinada pela constituição em aminoácidos essenciais e pela digestibilidade. A proteína vegetal mostra-se menos digerível que a proteína animal.⁽²⁰⁾ Nestes doentes, a abordagem nutricional deve centrar-se em medidas para prevenir e/ou combater a perda de massa muscular.⁽²⁰⁾

No caso do cálcio este pode estar presente em alimentos como os produtos lácteos, couve-galega, grelos, salsa, amêndoa, avelã, ou ainda em produtos enriquecidos em cálcio⁽⁴³⁾. Uma vez que um grande número de idosos não ingere a quantidade recomendada de cálcio, para prevenir o risco de fraturas pode ser necessário a suplementação em cálcio.⁽¹⁸⁾

Em relação à vitamina D, existe naturalmente em alimentos de origem animal como os peixes gordos, ovos, ou ainda em alimentos fortificados⁽⁴³⁾, podendo ser ainda sintetizada a partir da exposição solar.^{(14),(17),(10),(18)} Por ser improvável adquirir os níveis adequados desta vitamina através da alimentação,⁽¹⁶⁾ pode ser necessário recorrer à suplementação.^{(3),(18)} As recomendações de cálcio e vitamina D presentes na tabela 1 têm um efeito benéfico na densidade óssea e ainda reduz as incidências de fraturas.^{(11),(17),(18)}

Relativamente à vitamina B12, encontra-se apenas disponível em alimentos de origem animal principalmente no fígado de animais, e em peixes como a sardinha^{(10),(43)} podendo ser necessário recorrer a alimentos fortificados como cereais^{(3),(17)} ou à suplementação.⁽¹¹⁾ É especialmente importante nos indivíduos vegetarianos⁽¹⁸⁾ ou em idosos com aumento do pH gástrico.⁽³²⁾

Quanto à vitamina C as principais fontes são as frutas como framboesas, laranjas, kiwis e vegetais como a couve⁽⁴³⁾. Particularmente no caso da vitamina C, é necessário ter em atenção a sua perda durante a confeção. A ingestão deficiente de vitamina C começa antes da idade sendo que dos adultos com mais de 51 anos, 25% não consomem oralmente a dose recomendada de vitamina C, pelo que uso de suplementação multivitamínica, pode ser necessária.⁽¹⁸⁾

5. Envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo pode ser descrito como a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, procurando participar na sociedade enquanto cidadão produtivo e ter uma boa qualidade de vida, aproveitando da melhor forma o potencial ainda existente no final da vida, procurando ser ativo no emprego, na sociedade e permanecer autónomo. Para isto é necessário oferecer melhores perspetivas de emprego aos trabalhadores idosos, reconhecer o seu contributo para a sociedade, criar condições para lhes dar mais apoio e fazer pequenas mudanças que promovam a autotomia dos idosos. ⁽⁴⁴⁾

Relativamente à atividade física, este é um dos preditores mais fortes do envelhecimento saudável: nenhum outro grupo etário beneficia mais da atividade física regular do que os idosos. O exercício físico moderado regular promove o bem-estar físico, mental e social e ajuda a prevenir quedas, incapacidade, sarcopenia e doenças crónicas,^{(9),(5)} como osteoporose, doenças cardiovasculares e obesidade,⁽⁴⁵⁾ demência e depressão,^{(17),(46)} ajudando as pessoas mais velhas a permanecerem tão independentes quando possível durante mais tempo.^{(5),(47)}

É também necessário que as pessoas idosas tenham um acompanhamento cognitivo para que possam retardar o aparecimento de doenças neuro degenerativas.⁽⁴⁸⁾

6. Determinantes comportamentais

Comportamentos de risco adotados ao longo da vida, como o tabagismo, o alcoolismo, hábitos sedentários, alimentação desequilibrada e má saúde oral, podem levar ao aparecimento de doenças. Contudo, a cessação destes comportamentos de risco, mesmo em idade geriátrica, pode levar à melhoria de patologias já existentes ou evitar o aparecimento de novas doenças. ⁽⁵⁾

Assim, é importante incentivar, em qualquer idade, a adoção de um estilo de vida saudável através da implementação de políticas de controlo relacionadas com o uso do tabaco, consumo abusivo de álcool, desenvolver políticas nutricionais como medidas especiais para prevenir a desnutrição e garantir a segurança alimentar à medida que as pessoas envelhecem, disponibilizar informação ao público em geral e profissionais sobre a educação nutricional e a importância de permanecer ativo, desenvolver zonas para a prática de exercício físico e promover a saúde oral.^{(5),(49)}

7. Análise crítica

A população idosa está a aumentar de uma forma dramática, não apenas a população com mais de 65 anos como também a população com mais de 80 anos.⁽³²⁾ Sendo da maior importância, que a sociedade esteja preparada para apoiar a população idosa e responder a todas as suas necessidades, prevenindo determinadas condições, principalmente a desnutrição, uma vez que pode acelerar o aparecimento de patologias graves como a sarcopenia e a demência.

Por tudo isto, é necessário formar os profissionais de saúde para que utilizem as melhores ferramentas de identificação da desnutrição nos idosos e sua referenciação a um profissional de nutrição para que seja feita uma avaliação nutricional mais pormenorizada a todos aqueles que tiverem um risco elevado de desnutrição, intervindo com medidas que melhorem o seu estado e lhes proporcione qualidade de vida.

Em Portugal o projeto “Envelhecer Saudável” fornece sugestões relativas a reforma e pré-reforma, capital social, saúde mental, ambiente, alimentação, atividade física, prevenção de traumatismos, uso e abuso de substâncias como o

álcool e o tabaco, uso de medicação e problemas associados, assim como serviços de saúde preventivos. Pretende principalmente a promoção do idoso, para que se sinta mais produtivo e integrado na própria sociedade, bem como dar sugestões para que adote um estilo de vida saudável. ⁽²⁾

8. Conclusões

A nutrição tem um importante papel no desenvolvimento de doenças relacionadas com o envelhecimento, com consequências devastadoras para as pessoas e de impacto nos recursos de saúde. Uma alimentação saudável associada ao exercício físico é essencial para um envelhecimento ativo. ⁽⁹⁾

Com este trabalho pretendeu-se dar a conhecer alguns dos problemas com mais impacto no quotidiano dos idosos, por estarem associadas a uma maior morbilidade e mortalidade bem como por os tornarem mais dependentes. As particularidades que devem ser tidas em conta na avaliação nutricional e a intervenção nutricional mais adequada perante os problemas mais frequentes.

Embora já haja muito trabalho feita nesta área, também existe muitas questões por responder, nomeadamente a melhor forma de incentivar os idosos a desfrutarem de um estilo de vida mais saudável, como os motivar para que eles próprios não se considerem sem esperança e desmotivados nas suas ações diárias e que se considerem úteis para a sociedade.

E como dizia Mark Twain “A vida seria infinitamente mais feliz se tivéssemos nascido aos 80 anos e gradualmente nos fôssemos aproximando dos 18”.

9. Referências bibliográficas

1. WHO. World Health Day WHO; 2012. WHO. Disponível em: http://www.who.int/world-health-day/2012/photo_story/en/index.html.
2. Saúde Md. Envelhecimento activo » Informações úteis Ministério da Saúde 2012. Direcção Geral da Saúde Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cn=651265136519AAAAAAAAAAAAA>.
3. Wellman NS. Nutrition in Aging In: Mahans LK, Escott-Stumb S, editores. Krause's Food and Nutrition Therapy. 12th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2011. p. 286-303.
4. Barros H. A FRAGILIDADE E A SARCOPENIA NA PESSOA IDOSA - A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL. FCNAUP. 2011
5. Organization WH. Active ageing: A policy framework. World Health Organization; 2002.
6. Puska P, Kalache A. Towards policy for health and ageing. World Health Organization. 2002
7. Estatística INd. Censos 2011 - Momento Censitário de 21 Março de 2011. Estatística INd. 2011.
8. Esteves RC, Tânia Envelhecimento Activo: um guia para o ajudar a sentir-se sempre jovem. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. 2012
9. Vellas B. Nutrition and Health in an Ageing Population. UCD Institute of Food and Health. 2009
10. Morley J.E.; van Staveren WA. Undernutrition: diagnosis, causes, consequences and treatment In: Food for ageing Population. England: Woodhead Publishing 2008. p. 153-66.

11. Waitzberg D. Geriatria In: Ateu, editor. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 4ª ed. São Paulo 2009. 2º, p. 1175-84.
12. Lorefalt B, Wilhelmsson S. A multifaceted intervention model can give a lasting improvement of older peoples' nutritional status. The journal of nutrition, health & aging. 2012; 16(4):378-82.
13. M.Ferry EA. Consequências da má nutrição In: Lusociência, editor. A Nutrição da pessoa idosa. 2º ed. Loures: Lusociência; 2004.
14. Thomas DR. Vitamins in aging, health, and longevity. Clinical interventions in aging. 2006; 1(1):81-91.
15. Brennan DS, Singh KA. Dietary, self-reported oral health and socio-demographic predictors of general health status among older adults. The journal of nutrition, health & aging. 2012; 16(5):437-41.
16. Verhoeven V, Vanpuyenbroeck K, Lopez-Hartmann M, Wens J, Remmen R. Walk on the sunny side of life--epidemiology of hypovitaminosis D and mental health in elderly nursing home residents. The journal of nutrition, health & aging. 2012; 16(4):417-20.
17. Science TUSoN, Policy. Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons. World Health Organization; 2002.
18. Marian M, Sacks G. Micronutrients and older adults [Review]. Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2009; 24(2):179-95.
19. Perdigão AL. Nutrição na idade da sabedoria 12 ed. Nestlé Portugal, SA. Lisboa: Nestlé Portugal, S.A.; 2012. 11.
20. Barros H. A Fragilidade e a Sarcopenia na Pessoa Idosa – a Importância da Intervenção Nutricional. Nutricias. APN; 2012. 30-33.

21. Beard J. "Good health adds life to years". World Health Day 2012 - Ageing and Health; 2012.
22. H. W. Cerebro. In: H. W, editor. Guia Pratico de Geriatria 1th ed. Lisboa Climepsi Editors 2007. p. 29-145.
23. Saxena SW, Marc Demencia, a public health priority. World Health Organization. 2012:102.
24. Aselage MB, Amella EJ. An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with dementia [Review]. Journal of clinical nursing. 2010; 19(1-2):33-41.
25. Chase Ba. Feeding issues and dementia. Dietetic Department. 2011
26. Aselage MB. Measuring mealtime difficulties: eating, feeding and meal behaviours in older adults with dementia [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. Journal of clinical nursing. 2010; 19(5-6):621-31.
27. Watson R, Green SM. Feeding and dementia: a systematic literature review [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. Journal of advanced nursing. 2006; 54(1):86-93.
28. Watson R, Deary IJ. Feeding difficulty in elderly patients with dementia: confirmatory factor analysis. International journal of nursing studies. 1997; 34(6):405-14.
29. Dorner B, Posthauer ME, Friedrich EK, Robinson GE. Enteral nutrition for older adults in nursing facilities. Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2011; 26(3):261-72.
30. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS. Oral feeding options for people with dementia: a systematic review [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. Journal of the American Geriatrics Society. 2011; 59(3):463-72.

31. Keating N, Gaudet N. Quality of life of persons with dementia. *The journal of nutrition, health & aging*. 2012; 16(5):454-6.
32. Afonso CM, Cecilia; Almeida, Maria *Alimentação e Nutrição em Gerontologia* In: Lidel, editor. *Manual de Gerontologia* Lisboa 2012. p. 41-69.
33. Gil-Montoya JA, Subira C, Ramon JM, Gonzalez-Moles MA. Oral health-related quality of life and nutritional status. *Journal of public health dentistry*. 2008; 68(2):88-93.
34. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005; 33(2):81-92.
35. M.Ferry EA. Envelhecimento bucodentário In: Lusociência, editor. *A Nutrição da pessoa idosa*. 2º ed. Loures: Lusociência; 2004.
36. Gerdin EW, Einarson S, Jonsson M, Aronsson K, Johansson I. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. *Gerodontology*. 2005; 22(4):219-26.
37. Quandt SA, Savoca MR, Leng X, Chen H, Bell RA, Gilbert GH, et al. Dry mouth and dietary quality in older adults in north Carolina. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(3):439-45.
38. Dormenval V, Budtz-Jorgensen E, Mojon P, Bruyere A, Rapin CH. Associations between malnutrition, poor general health and oral dryness in hospitalized elderly patients. *Age and ageing*. 1998; 27(2):123-8.
39. Desoutter A, Soudain-Pineau M, Munsch F, Mauprivez C, Dufour T, Coeuriot JL. Xerostomia and medication: a cross-sectional study in long-term geriatric wards. *The journal of nutrition, health & aging*. 2012; 16(6):575-9.

40. M.Ferry EA. A recusa dos alimentos In: Lusociência, editor. A Nutrição da pessoa idosa. 2º ed. Loures: Lusociência; 2004.
41. Stanner S. Healthy Ageing: Teeth and the Oral Cavity. In: Stanner Sea, editor. Healthy Ageing: The Role of Nutrition and Lifestyle. England: British Nutrition Foundation 2009.
42. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA : the journal of the American Medical Association. 1999; 282(14):1365-70.
43. Porto AO, Luísa Tabela da Composição de Alimentos. Lisboa Centro de Segurança Alimentar e Nutrição Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2007.
44. Europa. Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações Europa; 2012. Disponível em: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=pt>.
45. Kalache AH, Irene Women, Ageing and Health: A Framework for Action. World Health Organization. 2007:55.
46. Organization WH. active ageing: good health adds life to years World Health Organization. 2012
47. Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2008; 300(9):1027-37.
48. Moniz-Cook ER, Jennifer Neurorehabilitation Strategies for People with Neurodegenerative Conditions. In: Goldstein LHM, Jane E., editor. Clinical

Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians. England: Wiley; 2004.

49. Saúde DGd. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas Saúde DGd. Lisboa 2004.