

Nutrição no idoso: indicação e discussão de “dietas da moda” em geriatria

Nutrition in the elderly: Indication and discussion of the “popular diets” in geriatrics

Nutrición en el anciano: Indicación y discusión de las “dietas de la moda” en la geriatría

Patrícia Amante de Oliveira¹, Celso Cukier², Daniel Magnoni³

Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e o desafio maior, no século XXI, será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, ao lado de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. A preocupação na área da saúde é se esta maior longevidade é acompanhada por proporcional qualidade nos anos vividos. A prevalência de obesidade está aumentando também entre os idosos e, devido à sua associação a doenças como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão, dislipidemias, diabetes e aumento da mortalidade, deve ser abordada na área da saúde do idoso. Portanto, os cuidados com a alimentação incluem zelar pela não deterioração do estado nutricional do indivíduo. Na linha de prevenção de doenças cardiovasculares pode-se citar os três tipos de dietas utilizadas: dieta de baixo teor de carboidratos (Atkins), a dieta de baixo teor de gordura (Ornish) e a dieta do Mediterrâneo. Conclui-se que três principais abordagens emergem na prevenção de doença cardiovascular: substituir gorduras saturadas e trans por gordura mono e poliinsaturada; aumentar o consumo de ômega 3 a partir de fontes como peixe e fontes vegetais como nozes e utilizar dietas ricas em várias frutas, vegetais, nozes, e grãos integrais e evitar alimentos com carga glicêmica alta. Qualquer que seja a abordagem dietética adotada, deve permitir individualização e adaptação da dieta. (Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(1):48-53)

Unitermos: dieta, idoso, geriatria, fatores de risco, obesidade, conduta na alimentação

Resumen

El envejecimiento de la población es una realidad mundial y el desafío mayor, en el siglo XXI, será cuidar de una población de más de 32 millones de ancianos y una alta prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades. La preocupación en la área de la salud refiere-se al acompañamiento de esta mayor longevidad por más cualidad en los años vividos. La prevalencia de la obesidad entre los ancianos ha aumentado y, por su asociación a enfermedades como infarto agudo del miocardio, accidente vascular cerebral, hipertensión arterial, colesterol, diabetes y el aumento de la mortalidad, debe recibir atención adecuada el área de la salud del anciano. Por tanto, las atenciones con alimentación incluyen la manutención del estado nutricional del anciano. Para la prevención de enfermedades cardiacas se puede mencionar los tres tipos de dietas más empleadas: dieta baja en carboidratos (Atkins), la dieta baja en grasa (Ornish)

Abstract

The population aging is a worldwide reality and the challenge, in the XXI century, will be to take care of a population of more than 32 millions of elderly beside a high prevalence of chronic diseases and incapacities. The health's area concern is if this increasing longevity is coming along with proportional quality in the lived years. The prevalence of obesity is also increasing among the elderly and because of its association with diseases as heart attack, stroke, hypertension, dyslipidemia, diabetes and mortality increase, it should also receive attention when related to the elderly's health area. Thus, the care with feeding includes to avoid the individual nutrition state. In the cardiovascular diseases prevention line we can mention three usual kinds of diets: low-carbohydrate high-protein diet (Atkins), low fat diet (Ornish) and the Mediterranean diet. The three approaches aim at the prevention of cardiovascular disease: substitute saturated and trans-fats for mono and polyunsaturated fats, increase consumption of omega-3 fatty acids from fish oil or plant sources; and consume a diet rich in fruits, vegetables, nuts, and whole grains and low in refined grains. Whatever dietetic approach is adopted, it should allow individualization and adaptation of the diet. (Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(1):48-53)

Keywords: diet, elderly, geriatrics, risk factors, obesity, feeding behavior

1. Médica do Instituto de Metabolismo e Nutrição - IMeN, especialista em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2. Cirurgião do Aparelho Digestivo. Mestre pelo Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Nutrição pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. Diretor do Instituto de Metabolismo e Nutrição; 3. Cardiologista. Nutrólogo. Responsável pelo Serviço de Terapia Nutricional do Hospital do Coração – Associação do Sanatório Sírio. Mestre pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Diretor do Instituto de Metabolismo e Nutrição.

Endereço para correspondência: Patrícia Amante de Oliveira - R. Carlos Sampaio, 304, cj. 31 - São Paulo/SP - CEP 01333-020 - E-mail: pat.amante@uol.com.br

Submissão: 22 de maio de 2005

Aceito para publicação: 12 de março de 2006

y la dieta del Mediterráneo. Si puede concluir que las tres abordajes fundamentales se quedan en la prevención de enfermedad cardíacas y preconizan sustituir grasas saturadas y trans por grasas mono y polinsaturada; aumentar la ingestión de omega 3 de pez y de fuentes vegetales como nuez; utilizar dietas ricas en frutas, vegetales, nuez y granos integrales y evitar alimentos de elevado montante de glucosa. Cualquier abordaje dietético que sea adoptado, se debe permitir la individualización y adaptación de la dieta. (Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(1):48-53)

Unitermos: dieta, anciano, geriatría, factores de riesgo, obesidad, conducta en la alimentación

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e o Brasil passa por um processo rápido e intenso, como se pode observar neste início de século. Segundo o IBGE, em 1992, o contingente de brasileiros acima de 65 anos era de 7,6 milhões (5,2% da população total) e, em 2002, esse número atingiu 11,1 milhões - 6,4% da população. Além disso, a proporção de "idosos mais idosos" também cresceu, com um aumento da média de vida em 2002 para 71 anos, um aumento de 4,7 anos em comparação com 1992. A população feminina teve um crescimento mais intenso, com média de 74,9, em comparação com 67,3 para os homens¹. O desafio maior, no século XXI, será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, ao lado de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes².

A preocupação na área da saúde é se esta maior longevidade é acompanhada por proporcional qualidade nos anos vividos. A maioria dos idosos apresenta muitas comorbidades que se sobrepõem e causam dependência e redução da qualidade funcional. Por isto, estudos demonstram avanços na prevenção de doenças crônicas e de seus fatores de risco. Tadei et al (1997) desenvolveram um estudo com idosos atendidos em instituições ambulatoriais e analisou fatores de risco para as doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte em pessoas acima de 65 anos e ainda mais expressiva entre mulheres acima de 75 anos. Entre os fatores de risco, a obesidade esteve presente em 30% dos idosos avaliados, sendo a faixa de maior incidência de 65 a 74 anos. Outros autores enfatizam a necessidade de prevenção e tratamento das cardiopatias através da abordagem de fatores de risco como a obesidade³.

A prevalência de obesidade na Região Sudeste do Brasil é da ordem de 31% para os homens e de 57% para as mulheres com mais de 65 anos⁴. Nos Estados Unidos, a prevalência vem aumentando também entre os idosos. Em relatório do CDC observa-se que, em 2000, havia 15,5% de idosos obesos acima de 70 anos e, em 2001, esta taxa passou para 17,1%⁵. Assim, o rápido aumento da obesidade é uma preocupação mundial e, devido a sua associação a doenças como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão, dislipidemias, diabetes e aumento da mortalidade, não poderia deixar de ter também atenção dentro da abordagem da saúde do idoso.

Com o envelhecimento, o aparelho digestório apresenta alterações estruturais, de mobilidade e da função secretória que variam em intensidade e natureza em cada segmento do mesmo. Assim, cada segmento terá características específicas que trarão peculiaridades à digestão nesta

faixa etária¹. De uma maneira geral, durante o processo de envelhecimento, a taxa metabólica basal diminui e a quantidade de massa magra corpórea é reduzida. Combinada com diminuição na atividade física, essas mudanças podem resultar em diminuição das necessidades energéticas e em aumento do tecido adiposo⁶.

As mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento interferem no apetite, consumo e absorção dos alimentos. É sabido que a composição corpórea sofre decréscimo de 1% a 2% por ano da massa magra a partir dos 30 anos e acréscimo de 0,5 a 1,5% por ano de massa gorda. O metabolismo basal diminui com o avanço da idade com redução de aproximadamente 7,5% entre os 50 e 70 anos e mais 10% dos 70 aos 80 anos e aumento da necessidade energética em determinadas situações de estresse como febre, infecções e reparo de tecidos. As necessidades diárias, em geral, são diferentes na população idosa. A necessidade hídrica está aumentada devido ao declínio na água corporal total e menor resposta à sede (hipodipsia) e menor eficiência do rim; a necessidade protéica se mantém igual apesar da diminuição da taxa de filtração glomerular, não sendo necessária portanto restrição protéica (a não ser na presença de diminuição da função renal); é necessária a restrição no consumo de carboidratos por observar-se diminuição da tolerância à glicose, dando preferência a carboidratos complexos pela absorção mais lenta; a necessidade calórica total e lipídica é menor pelo aumento do tecido adiposo, fazendo-se necessária a diminuição da gordura da dieta e redução da ingestão calórica total, utilizando-se gorduras poli e monoinsaturadas; as necessidades de vitaminas hidrossolúveis e lipossolúveis estão aumentadas, devido a fatores que contribuem para sua menor disponibilidade como acloridria e uso freqüente de drogas e, no caso das lipossolúveis A e D, devido ao baixo consumo dietético e falta de exposição ao sol⁷.

As necessidades nutricionais do idoso são influenciadas por numerosos fatores, tais como: estado geral de saúde; alterações na capacidade de mastigar e digerir os alimentos e de absorver e aproveitar os nutrientes; modificações no sistema endócrino e alterações no estado emocional e na saúde mental. É importante reconhecer a complexidade dos fatores que influenciam os indivíduos na sua seleção de alimentos. Estes fatores incluem renda, composição familiar, hábitos e valores culturais, religião, etnia e sexo. Escolhas alimentares inadequadas são perigosas para os idosos, pois os colocam diante de maior risco de má alimentação³. Além disso, evidências sobre dietas ricas em gordura ou pobres em vitaminas e antioxidantes podem propiciar doenças como Alzheimer, ou dietas específicas que podem auxiliar no tratamento de patologias como hipertensão^{8,9}. Portanto, os

cuidados com a alimentação incluem zelar pela não deterioração do estado nutricional do indivíduo.

Assim, os programas de redução de peso devem ser recomendados para indivíduos idosos pelo papel coadjuvante que a obesidade desempenha no agravamento de doenças crônicas. Orientações dietéticas têm surgido nos últimos anos, mas deve-se prestar atenção quanto aos seus efeitos sobre a saúde e qual o objetivo que se busca com sua indicação.

Na linha de prevenção de doenças cardiovasculares, pode-se citar três tipos de dietas mais utilizadas que são: dieta de baixo teor de carboidratos (Atkins), a dieta de baixo teor de gordura (Ornish) e a dieta do Mediterrâneo.

Dieta de baixo teor de carboidratos - Atkins

Esta dieta promete perda de peso e sua manutenção às custas de severa restrição de carboidratos enquanto permite ilimitado consumo de proteína e gordura. A explicação natural é que trocando-se os carboidratos (os quais são facilmente absorvidos e liberam a resposta insulínica, o que leva ao armazenamento destas calorias em forma de gordura) por proteínas que são dificilmente metabolizadas, leva-se a um efeito sacietogênico devido à cetose promovida pela restrição dos carboidratos e ao tempo maior para sua absorção, fazendo com que se coma menos. Com esta restrição, as pessoas deixam de consumir alimentos populares em excesso como pão, cereal, refrescos, batatas fritas e pizza, consumindo assim menos 500 kcal por dia, o que ocasionaria uma redução de 0,450 a 0,900 kg por semana, teoricamente. Porém, na prática, esta dieta proporciona uma perda de 2 a 3 kg na primeira semana, devido à diurese induzida pela dieta. Isto ocorre, devido à restrição de carboidratos, que desencadeia dois mecanismos que reduzem a água total corporal: o primeiro é a mobilização do glicogênio armazenado no fígado e nos músculos, que contém 100 e 400g de glicogênio, respectivamente. Cada grama de glicogênio é mobilizada com aproximadamente dois gramas de água, o que resulta numa perda de peso de aproximadamente 1 kg. Os pacientes percebem o efeito com a diminuição da sensação de inchaço. O segundo processo é a geração de corpos cetônicos do catabolismo de gordura endógena e da dieta. Estes são purificados pelos rins em ânions não-reabsorvíveis que aumentam a passagem de sódio para o túbulo distal aumentando sua excreção juntamente com a água. Em um estudo comparando uma dieta de 800 kcal mista com outra de 800 kcal composta de carboidrato reduzido e gordura, em 10 dias houve perda de 2,8kg e 4,6kg respectivamente. Foi demonstrado pelo balanço de nitrogênio-energia que a diferença na perda de peso foi devido à perda de líquido corpóreo.

O efeito diurético desta dieta ocorre apenas na primeira semana. No estudo publicado usando a dieta do Dr. Atkins, pacientes seguindo a dieta reduziram a ingestão calórica em 500 kcal/dia. A média de perda de peso foi de 7,7 kg em oito semanas a qual não é maior do que a esperada para uma dieta de restrição calórica apenas. A capacidade da dieta de res-

trição de carboidratos em produzir cetona tem sido angariada como uma vantagem relativa para a perda de peso, no entanto esta vantagem não foi confirmada num estudo de 1 mês comparando dietas hipocalóricas cetogênicas e não-cetogênicas. A preponderância de evidências demonstrou que desde que a ingestão de calorias permaneça constante, não há vantagem intrínseca em cortar a ingestão de carboidratos¹⁰.

Por outro lado, esta dieta tem efeitos metabólicos adversos como complicações da cetose (desidratação, constipação e litíase renal, além de afetar o sistema nervoso central podendo alterar a função cognitiva), da alta ingestão de gorduras saturadas (aumento do LDL-colesterol e colesterol total), da alta ingestão de gorduras (aumenta a circulação de ácidos graxos livres, o que tem um efeito pró-arritmico no músculo cardíaco), da exclusão de frutas, vegetais e grãos (deficiência de micronutrientes) e da alta ingestão de proteínas (aumento da uréia sérica devido a resposta compensatória insuficiente da filtração glomerular e aumento de ácido úrico sérico). Efeitos adversos a longo prazo são desenvolvimento de nefrolitíase (devido a hipercalcúria ocasionada pelo aumento da filtração glomerular e diminuição da reabsorção tubular de cálcio, hiperuricemia e hiperuricosúria, redução do pH pela cetose, hipocitratúria), de osteoporose (mobilização do cálcio ósseo induzida pela acidose metabólica subclínica e reabsorção óssea desencadeada pelo baixo pH – em idosos o efeito das dietas com alto consumo de proteínas é mais preocupante devido ao aumento da excreção renal de cálcio e dos níveis do hormônio paratireóideo tendem a sobrepor o clearance renal reduzido e os níveis aumentados deste hormônio) e progressão da insuficiência renal crônica (acelera a progressão de insuficiência renal em pacientes com insuficiência renal limítrofe)¹⁰.

Portanto, a princípio, este tipo de dieta não tem indicação a longo prazo, sendo necessários estudos prospectivos para saber seu efeito de forma mais segura. Além disso, a American Heart Association já advertiu que estas dietas levam a aumento das gorduras saturadas, ácido úrico, perda de cálcio urinário, risco de nefropatia diabética em diabéticos, deficiências vitamínicas e minerais e fadiga¹¹.

Dieta de baixo teor de gordura: Dr. Ornish

Dr Ornish, em seu estudo com pacientes portadores de doença cardiovascular, recomenda uma dieta de baixa gordura – 10% por dia, baseada em gordura insaturada - vegetariana, que utiliza frutas, vegetais, cereais, grãos integrais e produtos à base de soja em sua forma natural. Também incorpora moderadas quantidades de clara de ovo, leite desnatado ou produtos de soja e pequenas porções de açúcar e farinha branca. Suplementos nutricionais também são recomendados, como multivitamínicos contendo vitamina B12, fontes de ácido graxo ômega 3, produtos de soja integral e suplementação adicional de vitamina C e E, beta-caroteno, selênio e ácido fólico. Informa que esta dieta traz pelo menos quatro benefícios:

- a grande quantidade de fibras contida em frutas, vege-

tais, grãos e favas reduz os níveis de insulina, assim perde-se peso e reduz-se o nível de colesterol;

- quando se ingere menos gordura, ingere-se menos calorias sem comer menos;
- evita-se os produtos de origem animal ricos em substâncias que causam doenças; e
- adquire-se milhares de outras substâncias protetoras.

Além disso, Dr Ornish enfatiza que, com este tipo de dieta, além de perder peso, as pessoas tendem a sentir-se melhor, ter melhor aparência, melhorar o paladar e o olfato.

Por outro lado, estudos demonstraram que uma dieta com baixa quantidade de gordura, a curto prazo, causa aumento nos níveis de triglicerídios e redução nos níveis de HDL colesterol, sem redução significativa nos níveis de LDL colesterol. Surgem questionamentos se esta perda de peso atenua os efeitos no plasma sanguíneo, assim como a falta de estudos a longo prazo deixa a dúvida sobre a continuidade da perda de peso ou sobre a redução dos níveis de colesterol. Assim, para certas pessoas – exemplo os idosos – este tipo de dieta deve ser indicada com muita cautela devido ao potencial para o aumento dos triglicerídios, a redução do HDL colesterol e a insuficiência de nutrientes.¹²

Porém, Dr Ornish, respondendo às críticas, explica que com este tipo de dieta foram feitos estudos nos quais os pacientes eram submetidos também à atividade física, meditação e diminuição do estresse, que revelaram redução do tamanho e gravidade nas anormalidades de perfusão miocárdicas¹³, assim como diminuição da frequência de angina, redução do tamanho da estenose coronariana e redução do número de eventos cardíacos (IAM, angiografia, cirurgia de bypass, internação ou morte por causa cardíaca¹⁴). Além disso, argumenta que o HDL-colesterol baixo não confere o mesmo risco para aterosclerose que, em pacientes que consomem dieta rica em gordura, pois estudos que demonstram que mesmo com HDL baixo e triglicerídio alto, o risco para doença aterosclerótica foi reduzido¹⁵.

Porém, a dificuldade em seguir uma dieta tão rígida, com apenas 10% de gordura, e a longo prazo, é, na prática, sua principal crítica.

Dieta do Mediterrâneo

Há mais de 50 anos, cientistas demonstraram que a doença cardíaca é extremamente rara em países onde havia abundância de frutas, vegetais frescos e óleo de oliva (Grécia, Sudeste da Itália, Sudeste da França e partes do Norte da África e Oriente Médio), enquanto que, nos países onde as pessoas consomem muita carne, queijo e outros alimentos ricos em gordura saturada (por exemplo nos Estados Unidos), é a causa de morte mais freqüente¹⁶.

A típica dieta do Mediterrâneo é rica em vegetais, frutas, legumes, nozes e cereais, moderada no consumo de peixe, e tem pequenas quantidades de carne e laticínios; óleo de oliva e pequena quantidade de álcool (vinho) diariamente.

Uma dieta rica em óleo de oliva e pobre em carne vermelha pode combater a inflamação que se espalha silenciosamente dentro dos vasos sanguíneos, reduzindo o risco de infarto agudo do miocárdio, demonstrou um estudo recente¹⁷.

Panagiotakos apresentou achados na Sessão Científica da American Heart Association em 2003, onde adotando-se a dieta do Mediterrâneo, o risco de doença cardíaca é reduzido até 30%. Outro estudo mostrou que esta dieta reduz o risco de morte por doença cardíaca e câncer, sendo que a cada 2 pontos numa escala de 0 a 9 – sendo o máximo para aqueles que chegam mais próximo da dieta clássica – a taxa de morte reduziu em 25%^{18,19}.

No entanto, não está totalmente explicado como esta dieta exerce este efeito protetor. Alguns sugerem que ela reduz a pressão arterial e os níveis de colesterol; outros ainda dizem que não é a dieta e sim características das pessoas que seguem este tipo de dieta, tais como estilo de vida mais saudável. Num seguimento de 2200 pacientes, de 18 a 89 anos, sem história de doença cardíaca ou acidente vascular cerebral, demonstrou-se que aqueles que mais se aproximaram da dieta do Mediterrâneo tiveram menores níveis de proteína C reativa, um sinal inespecífico de inflamação¹². Lichtenstein acredita que os benefícios vêm da dieta como um todo e não de componentes específicos.

Estudo comparando tratamento da hipercolesterolemia com medicação e dieta juntos – dieta do Mediterrâneo com 4 g por dia de ômega 3 de plantas e peixes - demonstrou que esta combinação promoveu uma maior redução dos níveis de colesterol, redução dos efeitos degenerativos sobre os níveis de antioxidantes, redução dos níveis de insulina e da resistência à insulina²⁰.

Outro estudo publicado sobre o uso da dieta do Mediterrâneo como prevenção secundária de doença coronariana, utilizando um grupo controle e outro com a dieta (mais pão, vegetais (raízes e folhosos verdes), peixe, menos carne, nenhum dia sem frutas e margarina substituindo manteiga e cremes, azeite e vinho moderadamente) evidenciou que os fatores de risco para doença cardiovascular foram reduzidos no grupo experimental com redução do LDL, aumento do HDL e apoA, aumento das vitaminas antioxidantes, aumento da albumina plasmática e redução do número de granulócitos. Concluiu que a dieta do Mediterrâneo, rica em ácido alfa linoléico, pareceu ser mais eficiente na prevenção secundária de eventos cardíacos e morte do que as dietas habitualmente utilizadas²¹.

Efeitos das dietas em idosos

Quando indicadas à população idosa, deve-se ter em mente os efeitos destas dietas em associação às diversas peculiaridades desta faixa etária.

Uma dieta com severa restrição de carboidratos causa redução da água corporal, em idosos, cujo limiar de sede já é diminuído e por isso ingerem menos água, devendo-se ter cuidado quanto à desidratação. Diabéticos sob efeito da restrição dos carboidratos cursam com cetose, que pode induzir à cetoacidose diabética e coma; além disso, o uso de medicações como hipoglicemiantes orais ou insulina junto à restrição de carboidratos podem causar hipoglicemia grave. O aumento da excreção de sódio pode levar a hipona-

tremia e a reabsorção óssea e mobilização do cálcio podem causar osteopenia ou agravar uma osteoporose pré-existente. Outra característica desta dieta é a ingestão livre de proteínas, que poderá causar uremia ou agravar uma insuficiência renal crônica limítrofe. As gorduras também podem levar a um aumento dos níveis de colesterol total e LDL em uma população com alta prevalência de aterosclerose e insuficiência coronariana, assim como induzir a arritmias pelo aumento da circulação de ácidos graxos livres. Ainda pode levar a deficiências vitamínicas, que podem causar distúrbios neurológicos e hematológicos.

Quanto à dieta de grande restrição de gordura, sua indicação nesta população pode ser feita, porém a aderência e seguimento deste tipo de dieta é difícil, uma vez que estes pacientes já têm restrição de certos tipos de alimentos devido a outras patologias além da diminuição do paladar, que dificulta a retirada de carboidratos e gorduras. Além disso, o aumento dos triglicerídios pode ser problemático em pacientes com seus níveis altos, além da redução do HDL em pacientes com outros fatores de risco para insuficiência coronariana. A longo prazo e em pacientes sem contra-indicações, pode ser uma maneira eficaz e segura de redução de peso sem grandes alterações metabólicas.

Já em relação à dieta do Mediterrâneo, pacientes com doença hepática não poderão aderir a este tipo de dieta devido à presença de gorduras e álcool, o que poderá agravar esta doença. Por outro lado, é uma dieta rica em nutrientes que poderá prevenir uma série de deficiências vitamínicas comuns aos idosos, assim como melhorar o perfil lipídico e prevenir eventos ateroscleróticos de uma maneira geral, podendo ser uma opção de dieta para manutenção após perda de peso.

Comentários finais

Talvez nenhum assunto científico tenha gerado tanta

confusão e controvérsia nos tempos atuais do que a questão da dieta humana ideal. Na verdade, a dieta ideal não é nenhum destes extremos, nem o que muitos profissionais da área médica hoje promovem. Numa revisão recentemente publicada²², os autores concluíram que três principais abordagens emergem na prevenção de doença cardiovascular:

- 1) substituir gorduras saturadas e trans por gordura mono e poliinsaturada;
- 2) aumentar o consumo de ômega 3 a partir de fontes como peixe e fontes vegetais como nozes e;
- 3) utilizar dietas ricas em várias frutas, vegetais, nozes, e grãos integrais e evitar alimentos com carga glicêmica alta^{22,23}.

Seja qual for a dieta indicada, o melhor é sempre usar o bom senso e lembrar que sempre é necessário individualizar o tratamento.

Na geriatria, como na medicina em geral, sabe-se que não existem fórmulas; cada caso deve ser analisado de forma independente mas inserido num contexto voltado ao paciente. Deve-se sempre ponderar sobre o que será melhor, mostrando vantagens para a saúde e viabilizando facilidades de adaptações.

Baseados em estudos clássicos de morbidade e mortalidade poderemos, de certa forma, cometer equívocos de conduta, visto que, no manuseio clínico da terceira idade existe um ponto que deve ser considerado, a perda do poder aquisitivo¹.

O paciente idoso, notadamente nos países subdesenvolvidos, caminha após a sua retirada do mercado de trabalho, para um processo de exaurir as suas reservas financeiras, a previdência governamental não promove o custeio de todas as necessidades e o indivíduo necessita do apoio familiar no fornecimento de itens básicos ao cotidiano.

Desta forma, como conduta básica, deve-se nortear por ações de educação nutricional (adequação de horário, escolha de alimentos saudáveis, modos de preparo, etc).

Referências bibliográficas

1. www.ibge.gov.br
2. Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan; 2002. p.72-78.
3. Najas M, Pereira FAI. Nutrição. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan; 2002.p.838-845.
4. Ferrioli E, Moriguti JC. Envelhecimento do Aparelho Digestório. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (Eds). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan; 2002.p.376-380.
5. www.cdc.gov Overweight and Obesity Obesity - Trends 1991-2001 - Prevalence of Obesity Among U.S. Adults, by Characteristics Behavioral Risk Factor Surveillance System (1991-2001); Self-reported data.
6. Peckenapugh NJ. Nutrição dos adultos mais velhos. Nutrição, Essência e Dietoterapia. Roca; 1997.p.421-436.
7. Silva CC, Silva CT, Magnoni D, Cukier C. Geriatria. In: Magnoni D, Cukier C (Eds). Perguntas e Respostas em Nutrição Clínica. Roca; 2001.p.244-248.
8. Panagiotakos DB, Pitsavos CH, Chrysohouou C, Skoumas J, Papadimitriou L. Status and management of hypertension in Greece: role of the adoption of a Mediterranean diet: the Attica study. J Hypertens 2003; 21(8):1483-9.
9. Petot GJ, Traore F, Debanne SM, Lerner AJ, Smyth KA. Interactions of apolipoprotein E genotype and dietary fat intake of healthy older persons during mid-adult life. Metabolism 2003; 52(3):279-81.
10. Denke MA. Metabolic effects of high-protein, low-carbohydrate diets. Am J Cardiol 2001; 88(1):59-61.
11. Kirk, SSRD. Diet and weight management. Nursing Standard 2003; (49):47-55.
12. Lichtenstein AH, Van Horn L. Very low fat diets. Circulation. 1998; 98(9):935-939.
13. Gould KL, Ornish, D, Scherwitz L, Brown S, Edens RP. Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification. JAMA 1995; 274(11):894-901.
14. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Gould KL, Merritt TA. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA 1998; 280(23):2001-2010.
15. Ornish D. Serum lipids after a low-fat diet. JAMA 1998; 279(17):1345-1346.
16. Yang S. The Mediterranean Diet - Diets of the world. Disponível na URL: www.webmed.com
17. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohouou C, Skoumas J, Tousoulis D.

- Impact of lifestyle habits on the prevalence of the metabolic syndrome among Greek adults from the ATTICA study. *Am Heart J* 2004; 147(1):106-12.
18. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*. 2003; 348:2599-2608.
 19. Mediterranean Diet Reduces All-Cause Mortality. Clinician Review www.medscape.com/viewarticle/463591
 20. Jula A. Effects of diet and simvastatin on serum lipids, insulin, and antioxidants in hypercholesterolemic men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 287(5):598-605.
 21. Lorigeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet* 1994; 343:1454-1459.
 22. O'Keefe JH, Cordain L. Cardiovascular disease resulting from a diet and lifestyle at odds with our paleolithic genome: how to become a 21st-Century Hunter-Gatherer. *Mayo Clinic Proceedings* 2004; 79(1):101-108.
 23. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA* 2002; 288(20):2569-2578.