

Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade

Nutritional assessment for the elderly: modern challenges



Elda Lima Tavares¹
Débora Martins dos Santos¹
Aline Alves Ferreira²
Maria Fátima Garcia de Menezes¹

Resumo

Entre os maiores problemas de saúde pública no país atualmente, a maioria está relacionada com o estado nutricional. O envelhecimento populacional é uma realidade e traz grandes desafios, especialmente para o setor de saúde. Visto o papel da nutrição na modulação do processo do envelhecimento, na etiologia de doenças e declínios funcionais associados com a idade, a avaliação e o monitoramento nutricional de idosos são necessários para uma assistência adequada e para o planejamento de ações de promoção da saúde. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi refletir sobre métodos e indicadores propostos para avaliação e acompanhamento nutricional de idosos. Apresenta-se uma síntese do que vem sendo proposto por meio das recomendações do Ministério da Saúde, que orientam a atenção e a vigilância nutricional do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS). Os procedimentos relativos ao diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos preconizados, embora sinalizem a importância de se levantar marcadores de consumo alimentar, acabam por dar ênfase ao uso de medidas antropométricas, especialmente o índice de massa corporal. A incorporação de outros indicadores para o monitoramento dos idosos demonstra avanço no reconhecimento de eixos fundamentais que precisam ser incorporados na prática profissional e na rotina da atenção básica. Entretanto, o uso desses marcadores exige que o profissional o faça de forma crítica e integrada em equipe, compreendendo que nenhum indicador isolado satisfará as necessidades de todas as dimensões envolvidas na avaliação nutricional, especialmente tratando-se de idosos.

Palavras-chave: Idosos;
Avaliação Nutricional;
Atenção Básica à Saúde.

Abstract

The majority of the public health problems in Brazil are related to nutritional status. Population aging is a reality and presents great challenges, especially for the health sector. Since nutrition plays a role in modulating the aging process, in the etiology of diseases and in the functional declines associated with aging, evaluation and nutritional monitoring of the elderly are necessary for proper care and planning of

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Social e Aplicada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

health promotion strategies. In this context, the present study aimed to reflect on the monitoring methods and proposed indicators of nutritional assessment of the elderly. It presents a summary of Ministry of Health recommendations which guide the care and nutritional assessment provided to the elderly by the National Health Service (SUS). The recommended procedures for the diagnosis and monitoring of the nutritional status of the elderly, though suggesting an increasing importance of monitoring food consumption indicators, end up emphasizing the use of anthropometric measures, especially the body mass index. The incorporation of other indicators in monitoring the elderly demonstrates progress in the recognition of the fundamental issues that need to be incorporated into professional practice and routine primary care. However, these indicators must be used by the professional as part of a critical, team-based approach, it being understood that no single indicator will meet the needs of all the elements of nutritional assessment, especially when it comes to the elderly.

Key words: Elderly;
Nutritional Assessment;
Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Entre os problemas de saúde pública no país atualmente, a maioria está relacionada com o estado nutricional. Há uma crescente demanda de saúde atrelada à dupla carga de doenças – doenças não transmissíveis como obesidade, diabetes e doenças coronarianas; e fome/desnutrição e anemia.¹ Esse cenário díspar e complexo está relacionado com outra particularidade: o envelhecimento populacional.²

O envelhecimento populacional é uma realidade nos países em desenvolvimento, o que traz grandes desafios para a sociedade e especialmente para o setor saúde.² No Brasil, esse processo é acelerado e se dá de maneira desigual entre as diferentes regiões do país.³ Dessa forma, torna-se premente o desenvolvimento de ações intersetoriais articuladas de assistência e estímulo à inserção social de idosos para a promoção de envelhecimento ativo.⁴

A atenção integral à saúde do idoso constitui uma das prioridades no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.⁴ Nesse contexto, avaliação e monitoramento das condições de alimentação e nutrição dos idosos são fundamentais. A avaliação nutricional nesse grupo etário deve ser realizada de forma reflexiva, crítica e mais humanizada. Isso porque deve ser levada em consideração uma rede complexa de fatores determinantes diretos e indiretos inerentes ao processo de envelhecimento, tais como: isolamento social,

doenças, incapacidades, alterações fisiológicas e biológicas.⁵ Além dessas especificidades, os métodos de avaliação nutricional e o contexto de vida da atualidade exigem a incorporação de uma perspectiva ampliada.

Visto que a nutrição tem papel importante na modulação do processo do envelhecimento, na etiologia de doenças associadas com a idade, bem como no declínio funcional e surgimento de deficiências,⁵ a avaliação e o monitoramento nutricional de idosos são necessários para uma assistência adequada e para o planejamento de ações de promoção da saúde.

A avaliação nutricional é a interpretação de informações obtidas de dados socioeconômicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos e clínicos. Essas subsidiam o diagnóstico coletivo, a identificação de indivíduos em risco, a vigilância nutricional, o estabelecimento e avaliação de políticas e programas.⁶

No Brasil, ainda nos deparamos com importantes desafios para garantir o monitoramento da situação nutricional dos idosos. Questões relacionadas ao perfil epidemiológico, ao processo de envelhecimento, às alterações nos modos de vida e às preocupações da vida moderna, incluindo a demanda por um corpo jovem e belo, os valores simbólicos associados à comida, exemplificam a complexidade do tema. O ajuste de indicadores do estado nutricional adequados às diversas modalidades de cuidado também são aspectos que merecem atenção,

especialmente porque o enfoque central é promover a identificação de risco e a intervenção precoce, a fim de reduzir o impacto da perda de funcionalidade.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi refletir sobre métodos e indicadores propostos para avaliação e acompanhamento nutricional de idosos na atualidade. Trata-se de uma síntese do que vem sendo proposto, abordando-se alguns destes, seus alcances e limitações. Foram utilizadas as atuais recomendações do Ministério da Saúde que orientam a atenção e a vigilância nutricional do idoso no SUS,⁷⁻¹⁰ assim como referências científicas da área.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS NO SUS

O Ministério da Saúde lançou, em 2006, a *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* como instrumento de acompanhamento do idoso na atenção básica de saúde.⁸ A função primordial da Caderneta é permitir um monitoramento periódico de algumas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir em sua saúde e bem-estar. Com relação às informações nutricionais, essa versão contém apenas o registro de peso, pressão arterial e glicemia.

Em paralelo, a publicação do *Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* reforçou a importância do uso da Caderneta, trazendo orientações para os profissionais sobre a avaliação e a atenção integral à saúde do idoso.⁹ Nesse são recomendados o registro semestral das medidas antropométricas na Caderneta e/ou

prontuário e o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como indicador para o diagnóstico nutricional com pontos de corte diferenciados.

Destaca-se que a Antropometria Nutricional tem sido amplamente utilizada na prática clínica e epidemiológica. É o método mais utilizado para avaliação do estado nutricional por ser prático, de baixo custo, com uso de equipamentos portáteis e por detectar alterações nutricionais precocemente.⁶ Dessa forma, a antropometria tem sido priorizada nas ações de vigilância nutricional, cuja história está mais consolidada na rede de saúde no monitoramento do crescimento infantil.

Na população adulta, a antropometria tem como principal objetivo avaliar a composição corporal, porém surgem mais dificuldades na sua aplicação quando se trata de indivíduos idosos. Alterações físicas e de composição corporal observadas com a idade, tais como: redução da estatura, problemas posturais ou de mobilidade, presença de edema ou desidratação, redução de massa muscular e de densidade óssea, aumento e redistribuição da gordura corporal, perda da elasticidade e compressibilidade da pele, interferem na coleta e análise de medidas antropométricas.^{11,12}

Alterações fazem parte do processo fisiológico do envelhecimento humano, porém, em dado momento e de acordo com a história do indivíduo, podem estar relacionadas a riscos de agravos importantes para a saúde do idoso,^{11,12} conforme quadro 1.

Quadro 1. Alterações de composição corporal e agravos relacionados com o envelhecimento.

Alterações	Agravos
Redução da massa muscular	Sarcopenia Redução da capacidade funcional
Redução da água corporal	Desidratação
Redução da massa mineral óssea	Osteoporose
Aumento e redistribuição de gordura corporal	Obesidade, diabetes, dislipidemias, doenças cardiovasculares

Fonte: referências.¹¹⁻¹²

A tendência de aumento de massa corporal com a idade parece alcançar seu platô aos 65 anos em homens e 75 anos em mulheres, quando esta começa a diminuir associada à redução de água corporal e massa muscular, sendo maior em homens.¹³

Nesse grupo é importante o acompanhamento da velocidade de perda de massa corporal, sendo essa considerada um indicador de risco nutricional quando relatada como mudança involuntária ou recente de peso.^{12,14} Na prática clínica, normalmente utiliza-se a classificação de gravidade pela porcentagem de perda de peso sobre o peso total do indivíduo relacionada ao tempo.¹²

Há uma redução da estatura com a idade devido ao aumento da curvatura da coluna em consequência do achatamento dos discos intervertebrais e devido a alterações, tais como: osteoporose, cifose dorsal, escoliose, perda do tônus muscular, arqueamento dos membros inferiores e/ou achatamento do arco plantar.¹¹ Não existe consenso quanto ao valor da redução da estatura com a idade, que parece ser de 0,5 a 2 cm/ década, após os 60 anos, acentuando-se nas idades mais avançadas, em ambos os sexos.¹³

Em situações posturais acentuadas que dificultam a obtenção da estatura ou na impossibilidade de sua aferição (idoso acamado ou cadeirante), recomenda-se o uso da medida “*Knee height*” – altura do joelho –

para estimativa da estatura.¹¹ Nos casos em que o indivíduo não pode ser pesado com o auxílio de uma balança, pode-se também estimar a massa corporal por meio da obtenção de outras medidas corporais (perímetros, dobras subcutâneas, altura do joelho).^{11,12,15}

O IMC tem sido apontado como importante preditor de morbimortalidade,¹⁵ apresentando boa correlação com a massa corporal e gordura corporal nos indivíduos. De acordo com publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶ e do documento *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN* do Ministério da Saúde,⁷ o IMC é o índice preconizado para classificar o estado nutricional tanto de adultos como idosos. Esse protocolo define para triagem e acompanhamento de idosos em risco à saúde os seguintes parâmetros antropométricos: IMC ≥ 30 kg e perda de peso não intencional $\geq 4,5$ kg ou de 5% do peso corporal no último ano.

A recomendação do Protocolo SISVAN é a utilização de pontos de corte específicos de IMC para idosos:⁷ < 22 kg/m² – baixo-peso; ≥ 22 e < 27 kg/m² – eutrofia; ≥ 27 kg/m² – sobrepeso. Esses se diferenciam dos pontos de corte de adultos, considerando as modificações físicas e de composição corporal que ocorrem com o envelhecimento. No entanto, a definição do critério de classificação mais adequado é polêmica, visto os diversos pontos indicados na literatura, conforme observado no quadro 2.

Quadro 2. Classificação nutricional de idosos, segundo o valor do IMC, de acordo com diferentes referências internacionais (1991 a 2005).

	Pontos de corte IMC (kg/m ²)			
	Baixo peso	Adequação	Excesso de peso ou sobrepeso	Obesidade
CDC ¹⁷ (1991)			>27,3 (mulher) >27,8 (homem)	
Lipchitz ¹⁴ (1994)	<22	≥ 22 e ≤ 27	>27	
WHO ¹⁶ (1998)	<18,5	$\geq 18,5$ e < 25	≥ 25 e < 30	≥ 30
OPAS ¹⁸ (2002)	≤ 23	>23 e < 28	≥ 28 e < 30	≥ 30
Harris e Haboubi ¹⁹ (2005)	<24	≥ 24 e < 27	≥ 27	

Ainda que o IMC seja um índice de fácil utilização na rotina dos serviços e um bom preditor de saúde, sua análise apresenta algumas limitações em idosos:²⁰

- a) *Avaliação do real excesso de gordura corporal* – esse índice não diferencia massa gordurosa de massa magra (músculos) ou outros tecidos (exemplo: osso). Há mudanças importantes na composição corporal a partir dos 60 anos que ocorrem em proporção diferente com o avançar da idade;
- b) *decréscimo de estatura* – mudanças no IMC não necessariamente refletiriam uma mudança na massa corporal, como entre os adultos, mas poderiam refletir essa mudança na estatura;
- c) *avaliação da distribuição de gordura* – a não estimativa do real aumento (ou diminuição) da gordura corporal, especialmente a gordura central, em indivíduos de idade mais avançada, pode comprometer a avaliação do risco de muitas doenças.

Portanto, torna-se necessário complementar a avaliação do IMC com o acompanhamento de outras medidas antropométricas e informações obtidas por outros métodos.

Em 2012, iniciou-se uma revisão e atualização da *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*, objetivando a ampliação, instrumentalização e articulação das equipes da Atenção Básica para o cuidado da pessoa idosa, à luz da necessidade de aperfeiçoamento dos instrumentos no contexto atual do SUS.

A proposta de uma nova versão da *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* passou por consulta pública no início de 2014 e está atualmente no prelo para publicação.¹⁰ No que diz respeito à avaliação nutricional, essa nova versão traz mudanças importantes com a possibilidade de registro em tabela e/ou gráfico de medidas e índices antropométricos, como: peso; estatura; IMC com a classificação nutricional para idosos, recomendada no Protocolo SISVAN; perda de peso não intencional (4,5 kg em um ano, 6 kg em seis meses e 3 kg em um mês) e perímetro da

panturrilha com os pontos de corte de 34 e 31 cm para avaliar redução de massa muscular e risco de sarcopenia. Caso seja realmente implantada, a nova Caderneta se constituirá em um avanço para o monitoramento nutricional da população idosa na atenção primária de saúde.

A perda de peso, como já mencionado, é um importante indicador na prática clínica, porém pode ocultar importantes mudanças que ocorrem no estado nutricional de idosos. Segundo a OMS,¹³ o perímetro da panturrilha é indicado para avaliação de idosos por ser considerado mais sensível às alterações de massa muscular com a idade, decréscimo da atividade física e da mobilidade.

A Caderneta contempla ainda importantes indicadores que complementam a avaliação do estado nutricional, como o monitoramento de parâmetros clínicos e bioquímicos, principalmente glicemia e pressão arterial.¹⁰ O Protocolo SISVAN propõe parâmetros bioquímicos de glicemia (≥ 126 mg/dl); pressão arterial (pressão arterial sistólica e diastólica ≥ 120 mmHg e 80 mmHg, respectivamente); colesterol (*Low Density Lipoproteins* *Oulipoproteínas* de baixa densidade – LDL ≥ 160 mg/dl) ou outra alteração no lipidograma.⁷ Todos esses parâmetros devem ser avaliados, mesmo que só haja campo específico para o registro de glicemia e pressão arterial.

Outros pontos também abordados pela nova Caderneta são fundamentais para entendermos o contexto socioeconômico, familiar e clínico-funcional do idoso.¹⁰ Destacam-se as seguintes informações por sua relação com a situação alimentar e nutricional: *sociodemográficas* (escolaridade, situação conjugal, origem, raça/cor, religião); *sociofamiliares* (arranjo domiciliar, convívio social, situação de trabalho e fontes de renda); *condições de saúde*; *uso de medicamentos* (fitoterápicos, suplementos ou vitaminas); *Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional para Atenção Básica (IVCF-AB)*, que utiliza marcadores de idade, autopercepção de saúde, atividades de vida diária, cognição e humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas; *hábitos de vida* (tabagismo, álcool, atividade física e de lazer); e *avaliação da equipe de saúde bucal*.

Mesmo reconhecendo a importância da Caderneta, vale ressaltar que a avaliação nutricional de idosos deve ir além, englobando diferentes aspectos de forma integrada e multidisciplinar, em distintos níveis.

Em relação à questão alimentar, tanto no *Caderno de Atenção Básica* como no Protocolo SISVAN é destacada a necessidade dos profissionais atentarem às seguintes questões:^{7,9}

- perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;
- perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se;
- perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
- perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, o preparo e consumo dos alimentos;
- perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;
- algum motivo que a faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia;
- dificuldade de mastigação por lesão oral, o uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

Em nível individual, para avaliação do consumo alimentar, os instrumentos mais utilizados para a obtenção de dados (grupos de alimentos, tipos de refeições, locais e horários das refeições, tipos de preparações utilizadas) são o questionário de frequência alimentar, o registro ou diário alimentar e o recordatório de 24 horas.^{6,21}

Diante da impossibilidade do emprego de métodos mais completos para análise da dieta, podem ser usados métodos mais indiretos para caracterizar padrões de consumo. Entre as possibilidades, encontram-se inquéritos que buscam identificar características da dieta e/ou do

comportamento alimentar reconhecidos como fatores de risco e/ou de proteção para doenças crônicas e, também, aspectos associados à maior longevidade com qualidade de vida. Esses itens podem ser analisados sob a forma de questões isoladas e/ou combinadas e ser definidos como marcadores de padrões alimentares.²² Como exemplos, têm-se: a associação do consumo de frutas e hortaliças com desfecho favorável;²³ e, por outro lado, o consumo diário ou quase diário de refrigerantes, consumo habitual de alimentos fontes de gorduras saturadas de origem animal e consumo abusivo de bebidas alcoólicas, empregadas como marcadores de desfecho desfavorável.^{22,24}

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico, o *Vigitel*, exemplifica o emprego desses marcadores de padrão alimentar.²⁵ É um sistema de monitoramento que acompanha essas condições por meio de entrevistas telefônicas realizadas continuamente em amostras probabilísticas da população adulta de capitais brasileiras. Alguns desses marcadores foram incorporados em questionário de avaliação de frequência de consumo de itens alimentares para atenção básica, proposto no Protocolo SISVAN.⁷

Entre os idosos, a escolha dos métodos para a avaliação do consumo precisa considerar as características associadas ao processo de envelhecimento, como dificuldades de cognição, concentração, memória, visão ou audição. Nesse contexto, a escolaridade, o arranjo domiciliar, o acesso aos alimentos (segurança alimentar ou autonomia financeira e operacional quanto a aquisição, transporte e preparo de alimentos) e o prazer associado ao consumo alimentar são também aspectos que merecem atenção.^{7,26}

Vale ressaltar que compreender a prática alimentar vai além desses métodos de avaliação de consumo. As questões de natureza socioculturais influenciadas pela história de vida, preferências e aversões construídas, tradição culinária, tabus e crenças; e, na atualidade, pela industrialização e *marketing* de alimentos processados, o consumo de alimentos fora de casa, valorização de

alimentos considerados funcionais, trazem novos elementos a essa complexa rede. A análise dessas informações reforça a percepção de que as questões alimentares e nutricionais transcendem a necessidade biológica e se constituem em um complexo sistema simbólico de significados sociais, políticos, religiosos, éticos e estéticos.²⁷

Por outro lado, uma dimensão relevante se relaciona às modificações corporais associadas com o envelhecimento, que incluem alterações da quantidade e distribuição do tecido adiposo e de massa muscular. Essas podem ser analisadas de forma quantitativa e qualitativa, por exemplo, por meio de métodos antropométricos e de percepção da imagem corporal, respectivamente. A busca pelo corpo perfeito e rejuvenescido está entre as características da sociedade contemporânea e, em consequência, a negação das transformações corporais associadas ao envelhecimento pode contribuir para a piora do bem-estar e perda da identidade. Nesse sentido, a análise das questões simbólicas e da percepção corporal, construção multidimensional que representa como a pessoa percebe seu próprio corpo, pode ser importante componente da identidade pessoal dos idosos na atualidade.²⁸

A associação entre estado nutricional e a insatisfação da autoimagem corporal tem revelado que indivíduos com IMC elevado tendem a ser mais insatisfeitos com sua imagem corporal.²⁸ Tal fato merece mais aprofundamento sobre os determinantes e os significados dessa insatisfação na complexa relação corpo, beleza, saúde e envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os procedimentos relativos ao diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos preconizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, embora sinalizem a importância de se levantar marcadores de consumo alimentar, acabam por dar ênfase ao uso de medidas antropométricas, especialmente o índice de massa corporal. Entretanto, a nova versão da *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* pode ser considerada um marco no sentido de incorporar outros indicadores para o monitoramento de um grupo que não era tradicionalmente alvo das ações de vigilância nutricional, mas que ao mesmo tempo representa hoje uma das principais demandas de saúde. Isso demonstra avanço no reconhecimento de que esses eixos são fundamentais e precisam ser incorporados na prática profissional e na rotina da atenção básica.

Para tal, o profissional deve ser habilitado a realizá-los de forma crítica e integrada em equipe, compreendendo que nenhum indicador isolado satisfará as necessidades de todas as dimensões envolvidas, especialmente tratando-se de idosos. No cuidado individual, deve-se considerar que são insuficientes para uma avaliação ampla do idoso, que deve ser olhado de forma singular, levando em conta a heterogeneidade do processo de envelhecer e de adoecer em nossa sociedade desigual. Na perspectiva coletiva, são parâmetros importantes para a definição de políticas e programas de promoção e atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(4):897-908.
2. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 32)
4. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 19 outubro 2006.
5. Inzitari M, Doets E, Bartali B, Benetou V, DiBari M, Visser M, et al. Nutrition in the age-related disablement process. *J Nutr Health Aging* 2011;15(8):599-604.

6. GIBSON RS. Principles of Nutritional Assessment. New York: Oxford University Press; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF : Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa: proposta preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 18 dez 2014]. Disponível em: <http://www.icict.fiocruz.br/content/caderneta-do-idoso-consulta-publica-ja-esta-disponivel>
11. Sampaio LR. Avaliação nutricional no envelhecimento. *Rev Nutr* 2007;17(4):507-14.
12. Najas M. Primeiro Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, organizador. Barueri, São Paulo: Minha Editora; 2011.
13. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. (Report Series n. 854).
14. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994;21(1):55-67.
15. Marucci MFN, Ferreira LS. Ações preventivas na terceira idade: nutrição. In: Wilson JF. Geriatria e Gerontologia: o que todos devem saber. São Paulo: Roca; 2008.
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998. (Technical Report Series, 894).
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Health Statistic. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). Atlanta: National Heart, Lung and Blood Institute; 1991.
18. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: informe preliminar. 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud; 9 -11 jul 2001; Kingston. Washington, D.C: OPAS.
19. Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. *J R Soc Med* 2005;98(9):411-4.
20. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr* 2005;18(6):765-75.
21. Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas. São Paulo: Manole; 2005.
22. World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003.
23. Mondini L. Frutas, legumes e verduras (FLV): uma comunicação sobre os níveis de consumo da população adulta urbana brasileira. *Inf Econ* 2010;40(2):36-41.
24. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro RM. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):582-89.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
26. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornellas APRCC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr* 2000;13(3):157-65.
27. Menezes MFGD, Ferreira AA, Tavares EL, Kuwae CA, Prado SD. Alimentação saudável, aposentadoria e projetos de felicidade. In: França L, Stepansky D, organizadores. Propostas multidisciplinares para o bem-estar na aposentadoria. Rio de Janeiro: Quartet; 2012. p. 101-19.
28. Ferreira AA, Menezes MFGD, Tavares EL, Nunes NC, Souza FP, Albuquerque NAF, et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosos de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(2):289-301.

Recebido: 15/1/2015

Revisado: 16/6/2015

Aprovado: 21/7/2015