

Doutoramento

NUTRIÇÃO CLÍNICA

Saúde e estado nutricional de idosos a viver na comunidade: uma abordagem multidimensional

Leandro Jorge Guimarães de Oliveira



Saúde e estado nutricional de idosos a viver na comunidade: uma abordagem multidimensional

Health and nutritional status of community-living older adults: a multidimensional approach

Leandro Jorge Guimarães de Oliveira, Nutricionista (3007N)

Universidade do Porto, Porto

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação

Maria Daniel Vaz de Almeida - FCNAUP, GreenUPorto

Rui Manuel de Almeida Poínhos - FCNAUP

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Nutrição Clínica apresentada à
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

2021

Financiamento

PRONUTRISENIOR - Enable health professionals in nutrition in senior age: a holistic approach

Esta dissertação foi parcialmente financiada por:

Islândia, Liechtenstein e Noruega através do EEA Grants (PT06 - Programa Iniciativas em Saúde Pública, referência 81NU5)

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Daniel Vaz de Almeida pela orientação, disponibilidade, incentivo e sugestões construtivas. Assim como por ser um exemplo de rigor, profissionalismo e dedicação à profissão.

Ao Professor Doutor Rui Manuel de Almeida Poínhos pela orientação, disponibilidade, incentivo, suporte estatístico e seu sentido crítico.

Ao Professor Doutor Eduardo Luís Cardoso pelo incentivo, apoio e flexibilidade que me permitiu trabalhar e levar a cabo o doutoramento.

À Graça Teixeira, Ana Sofia Santos e Marta Guimarães pelo incentivo e companheirismo ao longo destes anos de doutoramento.

À Equipa do Projeto ProNutrisenior cujo trabalho me permitiu o desenvolvimento desta dissertação.

Aos idosos que participaram no Projeto ProNutriSenior de forma altruísta.

À minha família, especialmente à minha mãe, que distante esteve sempre presente.

A todas as outras pessoas que, apesar de não serem referidas, contribuíram de forma direta ou indireta para a concretização desta dissertação, pelo seu incentivo e estímulo intelectual e emocional.

Os resultados que integram esta dissertação encontram-se publicados ou em publicação e/ou foram apresentados em reuniões científicas. Identificam-se de seguida os trabalhos e respetivas formas de divulgação, bem como os prémios de investigação recebidos. Nas publicações sob a forma de resumo, a forma de apresentação e reunião científica em que o trabalho foi apresentado e que deu origem à publicação é indicada entre parênteses retos no final da referência.

Publicações por extenso

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2020). Information Sources on Healthy Eating Among Community Living Older Adults. *International Quarterly of Community Health Education*, 272684x20915362. doi:10.1177/0272684x20915362.

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (S/D). Association of healthcare and social services utilization with social, health and nutritional factors among community-living older adults. *European Geriatric Medicine* [Artigo submetido para publicação]

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (S/D). Food-related quality of life among older adults living in the community: a multi-factorial approach. *ESPEN Clinical Nutrition* [Artigo submetido para publicação]

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (S/D). Relating food choice with sociodemographic variables, health status and nutritional risk among community living older adults. *Food Quality and Preference* [Artigo submetido para publicação]

Publicações sob a forma de resumo

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2018). Factors related with food choice among older adults living in the community. Results of the PRONUTRISENIOR Project. Resumos Comunicações Orais | XVII Congresso de Nutrição e Alimentação. Acta Portuguesa de Nutrição 13 (2018) 38-47. [Comunicação Oral apresentada no XVII Congresso de Nutrição e Alimentação, Lisboa, 10 e 11 de maio, 2018]

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2018). Relação de Variáveis Sociodemográficas Com o Estado de Saúde de Idosos a Viver em Comunidade. Resultados do Projeto PRONUTRISENIOR. In: Carvalho, G. S.; Pereira, B., et al (Ed.). 5º Congresso Internacional em Saúde: Atividade Física e Saúde. Braga: Centro de Investigação em

Estudos da Criança (CIEC) Instituto de Educação, Universidade do Minho. ISBN 978-972-8952-50-1 (eBook). *[Poster apresentado no 5.º Congresso Internacional em Saúde, Braga, 10-13 de julho, 2018]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2018). Health Status and Food Choice among Community Living Older Adults. Results from the Pronutrisenior Project. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, vol. 24, suplemento 2, p132. doi:10.14642/RENC.2018.24.sup2.5190 *[Poster apresentado no Congreso NUTRIMAD 2018: XII Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y IV World Congress Public Health Nutrition), Madrid, 24-27 de outubro de 2018]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2018). Sources of Information about Food among Community Living Older Adults. Results from The Pronutrisenior Project. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, vol. 24, suplemento 2, p106. doi:10.14642/RENC.2018.24.sup2.5190 *[Poster apresentado no Congreso NUTRIMAD 2018: XII Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y IV World Congress Public Health Nutrition), Madrid, 24-27 de outubro de 2018]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2019) Fatores sociodemográficos e Qualidade de Vida Relacionada com a Alimentação. Resultados do projeto PRONUTRISENIOR*. *[Poster apresentado no Congresso da Ordem dos Nutricionistas 2019, Lisboa, 21 e 22 de março de 2019]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2019) Relação entre a malnutrição e o risco cardiovascular com a qualidade de vida relacionada com a alimentação. Resultados do Projeto PRONUTRISENIOR*. *[Poster apresentado no XIX Congresso Anual da APNEP, Porto, 1 e 2 de abril de 2019]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2019) Sociodemographic determinants of obesity, cardiovascular risk and malnutrition among community-living older adults. Results from the PRONUTRISENIOR project*. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 39 (supl.1). p.67. *[Comunicação Oral apresentada nas XXIII Jornadas de Nutrición Práctica, Madrid, 3 e 4 de abril de 2019]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2019). Relação de patologias e problemas de saúde auto-reportados com a qualidade de vida relacionada com a alimentação. Resultados do Projeto PRONUTRISENIOR*. Resumos Posters| XVIII Congresso de Nutrição e Alimentação. *Acta Portuguesa de Nutrição* 17 (2019) 55-99. *[Poster apresentado no XVIII Congresso de Nutrição e Alimentação, Porto, 16 e 17 de maio, 2019]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2019). Relação dos fatores que influenciam a escolha alimentar com risco cardiovascular, estado ponderal e risco nutricional em idosos a viver na comunidade. Resultados do projeto PRONUTRISENIOR*. In: Vieira, M., Cruz, R., Quintas, C. & Fraqueza, G. (Ed.). Book of Abstracts - XII CIBIA Iberoamerican Congress of Food Engineering. Faro: Universidade do Algarve. ISBN 978-989-8859-75-4 (eBook). *[Poster apresentado no XII CIBIA Iberoamerican Congress of Food Engineering, Faro, 1 a 4 de junho, 2019]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2020). Food-related quality of life and food choice among community living older adults. Results from the PRONUTRISENIOR project. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40, 68-69. doi:10.12873/3944supcongreso. *[Comunicação Oral apresentada nas XXIV Jornadas Internacionales de Nutrición Práctica, Madrid, 12 e 13 de fevereiro de 2020]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2020). Clinical status, malnutrition and cardiovascular risk in older adults living in the community. Results of the PRONUTRISENIOR Project. *[Poster apresentado no XIX Congresso de Nutrição e Alimentação, Lisboa, 9 e 10 de setembro de 2020]*

Oliveira, L., Poínhos, R. & Vaz de Almeida, MD. (2020). Relação do estado clínico com malnutrição e risco cardiovascular em idosos a viver em comunidade. Resultados do Projeto PRONUTRISENIOR. *[Poster apresentado no XXII Congresso APNEP, Edição online, 13 e 14 de novembro de 2020]*

Prémios de investigação

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2019) Clinical status assessment of older adults malnourished or at risk of malnutrition living in community. Results from the PRONUTRISENIOR project*. XXIII Jornadas de Nutrición Práctica. dias 3 e 4 de abril. Madrid: Centro de Conferencias Fundación Pablo VI. *[Comunicación Ganadora - categoría: Nutrición]*

Oliveira, L., Poínhos, R., Afonso, C., & Vaz Almeida, M. D. (2020) Food-related quality of life and food choice among community living older adults. Results from the pronutrisenior project. XXIV Jornadas Internacionales de Nutrición Práctica, 12 e 13 de fevereiro, Centro de Conferencias · Fundación Pablo VI, Madrid, Espanha. *[Comunicación Ganadora - categoría: Ciencia y Tecnologías de la Alimentación]*

Resumo

A alimentação atende a um conjunto de propósitos que vão além de suprir as necessidades fisiológicas básicas, pois possui também dimensões hedónicas e sociais. Além disso, a relação entre alimentação, saúde e bem-estar é hoje inquestionável. O processo de envelhecimento tem implicações fisiológicas, psicológicas e sociais que interferem com o estado de saúde e nutricional. Sabe-se que um estado nutricional adequado traz benefícios tangíveis para os idosos e que muitas doenças e problemas relacionados com a idade podem ser evitados, modulados ou melhorados através da alimentação.

Esta dissertação tem como objetivo caracterizar o estado de saúde e nutricional de idosos a viver na comunidade e relacioná-los com fatores sociodemográficos, problemas de saúde relacionados com o envelhecimento, qualidade de vida relacionada com a alimentação, fatores que influenciam a escolha de alimentos e fontes de informação sobre alimentação.

O projeto PRONUTRISENIOR teve lugar na Unidade de Saúde Familiar "Nova Via", (Vila Nova de Gaia, Portugal). Uma amostra de 602 idosos (≥ 65 anos) foi avaliada presencialmente por entrevistadores treinados. Uma lista de 22 doenças/ problemas de saúde e 16 problemas relacionados com o envelhecimento foram igualmente utilizados para avaliar o estado de saúde. Foram avaliados: o estado ponderal (pelo Índice de Massa Corporal: peso/altura²), o risco cardiovascular (pelo perímetro da cintura) e o risco nutricional (pelo *Mini Nutritional Assessment*). A qualidade de vida relacionada com a alimentação foi avaliada pela *Satisfaction With Food-Related Life Scale*. Analisaram-se dados referentes a 18 fatores que influenciam a escolha alimentar e às fontes preferenciais de informação sobre alimentação.

Os participantes tinham idade média de 73 anos (DP = 6); a maioria era do sexo feminino (64,0%), casada (67,8%) e morava em casa própria (80,2%).

Os problemas de saúde oral e os relacionados com a visão e o envelhecimento músculo-esquelético foram os mais prevalentes. Em relação às doenças/ problemas de saúde destacaram-se a hipertensão arterial, a dislipidemia, as doenças/ problemas osteoarticulares, as doenças/ problemas gastrointestinais e

a diabetes *mellitus*. Encontrou-se também uma elevada prevalência de excesso de peso (64,8%) e risco cardiovascular muito aumentado (homens: 41,9%; mulheres: 73,5%) coexistindo também uma elevada prevalência de idosos em risco de desnutrição/ desnutridos (27,0%).

Os serviços de saúde mais frequentemente utilizados foram consultas de medicina geral e familiar e enfermagem; os menos utilizados foram consultas com nutricionista e psicólogo. Nenhum dos idosos utilizava os serviços de assistência social e apenas 0,1% utilizava os serviços de apoio domiciliário. Foram encontradas relações entre a utilização de serviços de saúde e ação social com fatores sociodemográficos (sexo, idade, rede de suporte social), estado de saúde e nutricional, bem como problemas relacionados com a saúde oral, os órgãos dos sentidos e o envelhecimento músculo-esquelético.

Foram encontradas relações entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e: fatores sociodemográficos (mulheres, indivíduos com uma rede de suporte social adequada e idosos mais jovens têm uma maior a qualidade de vida relacionada com a alimentação do que homens, indivíduos com uma rede de suporte social inadequada e idosos mais velhos, respetivamente); estado de saúde, mais especificamente com insónia; e risco nutricional (relacionado com uma menor qualidade de vida relacionada com a alimentação).

Fatores como sexo, escolaridade, rede de suporte social e nível de independência estão relacionados com a escolha de alimentos nesta população. Problemas nos órgãos dos sentidos, envelhecimento músculo-esquelético e patologias como doenças gastrointestinais ou cardiovasculares estão relacionados com fatores como facilidade de preparação e mastigação, conteúdo em aditivos, dieta prescrita por médico/ nutricionista e disponibilidade de alimentos. Finalmente, verificou-se que idosos em risco de desnutrição ou desnutridos ou com alto risco cardiovascular atribuem menos importância ao conteúdo em aditivos, corantes e conservantes dos alimentos. Quanto ao peso, observou-se uma associação positiva com a importância atribuída à disponibilidade de alimentos e uma associação negativa com a facilidade da mastigação.

A maioria dos participantes (87,5%) demonstrava interesse na temática da alimentação saudável e 69,3% gostariam de receber mais informações sobre o

assunto, principalmente como material audiovisual (49,8%). As mulheres preferem receber informações através de sessões práticas de culinária e materiais audiovisuais. Indivíduos com mais escolaridade preferem folhetos com texto e materiais audiovisuais, enquanto indivíduos mais independentes preferem uma ampla variedade de meios, como folhetos com fotos, posters informativos, sessões de educação alimentar e práticas de culinária. Aqueles com uma rede de suporte social adequada preferem folhetos com texto. A idade não estava relacionada com estas preferências.

Em conclusão, o estudo do estado de saúde e nutricional, assim como da utilização de serviços de saúde e de ação social é importante em idosos devido ao aumento da longevidade e à acumulação de doenças crónicas. O nível de qualidade de vida relacionada com a alimentação entre idosos difere em função de vários fatores sociodemográficos e está relacionado com o seu estado de saúde. O conhecimento destes e dos fatores que influenciam a escolha de alimentos e as fontes preferenciais de informação sobre alimentação entre os idosos pode fornecer informações essenciais para intervenções clínicas e comunitárias mais eficazes e para o desenvolvimento de novos produtos para facilitar escolhas saudáveis entre os idosos que vivem na comunidade.

Palavras-Chave

Pronutrisenior, idosos, estado de saúde, estado nutricional, envelhecimento utilização de serviços de saúde.

Abstract

Food serves a set of purposes that go beyond meeting basic physiological needs: it also has hedonic and social dimensions. In addition, the relationship between food, health and well-being is nowadays unquestionable. The aging process has physiological, psychological, and social implications that interfere with health and nutritional status. It is known that an adequate nutritional status brings tangible benefits to the older adults and that many diseases and age-related problems can be avoided, modulated, or improved through food.

This dissertation aims to characterize the health and nutritional status of community-living older adults, and relating them to sociodemographic factors, health problems related to aging, quality of life related to food, factors that influence the choice of foods and sources of information about food.

The PRONUTRISENIOR project took place at the Family Health Unit "Nova Via", (Vila Nova de Gaia, Portugal). A sample of 602 older adults (≥ 65 years) was evaluated in person by trained interviewers. A list of 22 diseases/ health problems and 16 aging-related problems were used to assess health status. Weight status (assessed by Body Mass Index: $\text{weight}/\text{height}^2$), cardiovascular risk (assessed by waist circumference) and nutritional risk (assessed by Mini Nutritional Assessment). Food-related quality of life was assessed by the Satisfaction with Food-Related Life Scale. Data on factors that influence food choice were analyzed (list of 18 factors, rated from 1 = Not important to 5 = Extremely important) and the preferred sources of information on food were assessed through the choice of different sources. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics, version 23.0 for Windows.

The participants were on average 73 (SD = 6) years of age; the majority were female (64.0%), married (67.8%) and lived in their own home (80.2%).

Oral health problems and those related to vision and musculoskeletal aging were the most prevalent. In relation to diseases/ health problems, arterial hypertension, dyslipidemia, osteoarticular diseases/ problems, gastrointestinal diseases/ problems and diabetes *mellitus* stood out. There was also a high prevalence of overweight (64.8%) and very increased cardiovascular risk (men:

41.9%; women: 73.5%) with also a high prevalence of older adults at risk of malnutrition/ undernourished (27.0%).

The healthcare services most frequently used were appointments of general and family medicine and nursing, the least used were the appointments with nutritionist and psychologist. None of the older adults use social worker services and only 0.1% used home support. Relationships were found between the use of health services and social action with sociodemographic factors (gender, age, social support network), health and nutritional status, as well as problems related to oral health, the sense organs and muscle skeletal aging.

We found relationships between Food-related quality of life and: sociodemographic factors (women, individuals with social support networks, and younger individuals having a Food-related quality of life than men, individuals without social support networks and older, respectively); state of health, more specifically with insomnia; and nutritional risk (related to lower Food-related quality of life).

Factors such as sex, education, social support and level of independence influence the food choice in this population. Problems in the sense organs, musculoskeletal aging and pathologies like gastrointestinal or cardiovascular diseases were associated to factors as ease of preparation and chewing, content in additives, diet prescribed by a physician/nutritionist and food availability. Finally, it was found that older adults at risk of malnutrition or malnourished or with high cardiovascular risk attribute less importance to the food's content of additives, colours and preservatives. Regarding the weight status, a positive association was observed with the importance attributed to food availability and a negative association with the ease of chewing.

Most participants (87.5%) are concerned about healthy eating, and 69.3% would like to receive more information about the subject, mainly as audiovisual material (49.8%). Women prefer to receive information through practical cooking sessions and audiovisual material. Highly educated individuals prefer leaflets with text as well as audiovisual material, while more independent individuals prefer a wide range of media, such as booklets with pictures, informational posters, and food education and practical cooking sessions. Those with an

adequate social support network prefer booklets with text. Age was not related to these preferences.

In conclusion, the study of health and nutritional status, as well as the use of health and social action services is important to the older adults due to the increase in longevity and the accumulation of chronic diseases. The food-related quality of life among older adults differs in relation to several sociodemographic factors and is related to their health status. Knowledge of these and the factors that influence the choice of food and the preferred sources of information on nutrition among the older adults can provide essential information for more effective clinical and community interventions and the development of new products to facilitate healthy choices among the older adults who live in the community.

Keywords

Pronutrisenior, older adults, health status, nutritional status, aging, utilization of healthcare services.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	vii
Abstract	x
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	xvi
Lista de Tabelas.....	xvii
1. Introdução	1
1.1. Alterações relacionadas com o envelhecimento	3
1.1.1. Alterações fisiológicas	3
1.1.2. Alterações psicológicas e cognitivas.....	28
1.1.3. Alterações a nível social e ambiental	31
1.2. Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a alimentação	
35	
1.3. Fatores que influenciam a escolha alimentar	38
1.3.1. Fontes de informação sobre alimentação.....	39
2. Objetivos	42
3. Material e Métodos	43
3.1. População e amostra.....	43
3.2. Protocolo de recolha de dados	43
3.3. Análise estatística	48
4. Resultados	49

4.1.	Caracterização sociodemográfica, do estado de saúde e de utilização dos serviços de saúde e de ação social	49
4.2.	Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico.....	60
4.3.	Qualidade de vida relacionada com a alimentação e contexto sociodemográfico e de saúde.....	69
4.4.	Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos	72
4.5.	Fontes preferenciais sobre alimentação e características sociodemográficas	78
5.	Discussão e Considerações finais	80
5.1.	Caracterização do estado de saúde e utilização dos serviços de saúde e de ação social.....	81
5.2.	Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico.....	87
5.3.	Qualidade de vida relacionada com a alimentação e contexto sociodemográfico e de saúde.....	91
5.4.	Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos	93
5.5.	Fontes de informação sobre alimentação e aspetos sociodemográficos	97
5.6.	Limitações e pontos fortes do estudo	100
5.7.	Considerações finais	101

6. Referências.....	103
7. Anexos.....	131
7.1. Anexo A - Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico (tabelas completas).....	132
7.2. Anexo B - Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos (tabelas completas).....	163

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

DP - Desvio-padrão

e.g. - por exemplo (*do latim exempli gratia*)

et al. - e outros (*do latim et alii*)

M - Mediana

n - Número de participantes

n.a. - Não aplicável

p - Nível de significância crítico para rejeição da hipótese nula

P25 - Percentil 25

P75 - Percentil 75

r - Coeficiente de correlação de *Spearman*

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica.....	50
Tabela 2 - Problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos.....	51
Tabela 3 - Estado de saúde e número de medicamentos tomados pelos idosos.....	52
Tabela 4 - Estado ponderal, estado nutricional, risco cardiovascular entre os idosos....	52
Tabela 5 - Frequência da utilização dos serviços sociais e de saúde no total, e distribuídos por sexo e rede de apoio social e suas relações.....	53
Tabela 6 - Relação entre a utilização de serviços de saúde e sociais com a idade, a escolaridade, o nível de independência, o estado ponderal, o estado nutricional e o risco cardiovascular.....	55
Tabela 7 - Utilização dos serviços de saúde e ação social com saúde oral, órgãos dos sentidos, envelhecimento musculoesquelético e doenças/ problemas de saúde.....	58
Tabela 8 - Frequência de utilização dos serviços de saúde e de ação social entre si.....	60
Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos.....	61
Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos.....	62
Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si.....	65
Tabela 12 - Relação entre problemas relacionados com os órgãos dos sentidos com o estado nutricional.....	67
Tabela 13 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional.....	68
Tabela 14 - Qualidade de vida relacionada com a alimentação.....	69
Tabela 15 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e fatores sociodemográficos.....	70
Tabela 16 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e problemas relacionados com os órgãos dos sentidos	70
Tabela 17 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e doenças/ problemas de saúde.....	71

Tabela 18 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional.....	71
Tabela 19 - Fatores que influenciam a escolha dos alimentos.....	72
Tabela 20 - Relação entre fatores socio demográficos e fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem.....	75
Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde.....	76
Tabela 22 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com o estado ponderal, estado nutricional, risco cardiovascular e qualidade de vida relacionada com a alimentação.....	77
Tabela 23 - Fontes de informação sobre alimentação.....	78
Tabela 24 - Associações entre características sociodemográficas e fontes de informação preferidas.....	79

1. Introdução

A população mundial tem envelhecido rapidamente o que acarreta grandes implicações para a sociedade em geral, incluindo os sistemas de saúde (World Health Organization, 2015). Portugal está no grupo de 29 países do mundo com uma esperança média de vida superior ou igual a 80 anos (World Health Organization, 2016a). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2020), o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões, sendo que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Realça-se que em Portugal a taxa de idosos que vive na comunidade é cerca de 96% e que a taxa de idosos que vivem sós é cerca de 16% (Pereira et al., 2016).

Se por um lado é positivo viver mais anos, é ainda mais importante viver com qualidade de vida, ou seja, de boa saúde física e mental. A Qualidade de Vida é um conceito holístico baseado na perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994).

Por outro lado, importa ainda realçar que o aumento da esperança de vida leva a maior acumulação de patologias e outros problemas de saúde e, consequentemente, a mais anos com estes problemas. As dimensões não-fatais de doenças e lesões requerem a atenção dos sistemas de saúde e constituem uma despesa importante, na medida em que os anos vividos com incapacidade aumentam em paralelo com a diminuição da mortalidade (Vos, Barber, & Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015). Indivíduos com múltiplas doenças crónicas possuem um pior estado de saúde, menor qualidade de vida, maior utilização dos serviços de saúde e mortalidade, bem como maiores custos associados em comparação com indivíduos com apenas uma condição (Lehnert et al., 2011; Taburee et al., 2020).

Durante o processo de envelhecimento vários fatores fisiológicos influenciam o estado nutricional, nomeadamente: a diminuição da perceção sensorial (paladar

e olfato), a diminuição da capacidade de mastigar e engolir, da função intestinal e das secreções, que por sua vez diminuem a capacidade de absorção dos nutrientes, entre outros (Clegg & Williams, 2018). Além disso, uma alimentação inadequada e uma atividade física e social reduzidas podem conduzir à diminuição da capacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia, redução da qualidade de vida e maior morbidade e mortalidade (Chen et al., 2020; Moreiras, Beltrán, Carbajal, & Cuadrado, 2001; O'Connell, Coppinger, & McCarthy, 2020; Taburee et al., 2020).

Estas alterações, combinadas com as mudanças fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, aumentam o risco nutricional, tendo implicações na qualidade de vida (Chen et al., 2020; de Moraes et al., 2013; Kostka, Borowiak, & Kostka, 2014).

Em Portugal não existem muitos estudos sobre os hábitos alimentares e risco nutricional dos idosos a viver em comunidade, embora estejam publicados alguns estudos multidimensionais a nível local (Fontes, Botelho, & Fernandes, 2009; Pereira et al., 2016; Rodrigues et al., 2014) que se centram na funcionalidade. Isto é, nas funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais (World Health Organization, 2001).

Embora o impacto económico do envelhecimento e da doença sejam relevantes, muitos outros desafios sociais se colocam. Por exemplo, o abandono dos idosos nos meios mais rurais enquanto os mais jovens migram para áreas em desenvolvimento, ou a dificuldade de adaptação às novas tecnologias que podem levar à exclusão social e laboral dos idosos (World Health Organization, 2015).

O governo português, consciente destes desafios, criou um grupo de trabalho interministerial para delinear uma Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017), em linha com a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde (2016-2020) da Organização Mundial da Saúde. O grande objetivo desta estratégia é garantir uma Década de Envelhecimento Saudável a partir de 2020-2030 que deverá ser alcançada com base em cinco estratégias: 1) estabelecer um compromisso com o envelhecimento saudável; 2) alinhar os

sistemas de saúde com as necessidades das populações mais velhas; 3) desenvolver sistemas para fornecer cuidados a longo prazo; 4) criar ambientes amigos dos idosos; 5) melhorar a medição, monitorização e compreensão do envelhecimento (World Health Organization, 2016b).

Portanto, conhecer a situação dos idosos de forma holística torna-se importante para desenvolver estratégias promotoras de saúde mais específicas e eficazes para este grupo populacional.

As próximas subsecções são dedicadas ao enquadramento do tema focando os seguintes aspetos: as alterações relacionadas com o envelhecimento (físicas, psicológicas e cognitivas, e a nível social e ambiental), qualidade de vida relacionada com a alimentação, e fatores que influenciam a escolha alimentar.

1.1. Alterações relacionadas com o envelhecimento

1.1.1. Alterações fisiológicas

Alterações nos órgãos dos sentidos

Audição

A presbiacusia consiste na perda auditiva neurosensorial progressiva bilateral nos adultos mais velhos, que ocorre lentamente a partir dos 50 anos de idade. Ocorre sem qualquer outra causa óbvia e é devida a alterações morfológicas e funcionais no ouvido interno (cóclea), nervo auditivo e córtex auditivo central (Löhler et al., 2019). Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 466 milhões de pessoas em todo o mundo têm perda auditiva incapacitante e estima-se que em 2050 este número subirá para mais de 900 milhões (World Health Organization, 2020). Em Portugal, entre os idosos com mais de 80 anos, 35,1% apresenta problemas de audição (Brandão, Ribeiro, & Paul, 2017).

A perda auditiva leve pode prejudicar o processamento da fala, principalmente se esta for rápida ou se vários interlocutores em salas amplas gerarem ruído reverberante. Portanto, as dificuldades de comunicação verbal são mais proeminentes em locais onde as pessoas se reúnem. O aumento do isolamento social medeia as associações observadas entre perda auditiva e depressão, declínio cognitivo e redução da qualidade de vida. O uso de aparelhos auditivos

pode reverter efeitos adversos na qualidade de vida e na função cognitiva em idosos (Amieva et al., 2015; Löhler et al., 2019; Vaisbuch & Santa Maria, 2018).

Visão

Com o aumento da idade existe uma diminuição da acuidade visual devida a alterações na elasticidade do cristalino, o que leva a uma diminuição da capacidade de focar objetos próximos (presbiopia) e de se adaptar à luz (Owsley, 2011). A nível mundial, pelo menos 2,2 mil milhões de pessoas têm deficiência visual, das quais pelo menos mil milhões de pessoas têm uma deficiência visual que poderia ter sido prevenida ou que poderia ser tratada (World Health Organization, 2019).

A perda de visão afeta 37 milhões de americanos com mais de 50 anos e um em cada quatro com mais de 80 anos (Pelletier, Rojas-Roldan, & Coffin, 2016). Em Portugal, um estudo com idosos a partir dos 80 anos refere que 39,1% apresenta problemas de visão (Brandão et al., 2017).

A perda de visão pode afetar a saúde, as atividades diárias e a participação social (Yoshida et al., 2020). Em idosos, está associada ao aumento do risco de queda (Susilowati et al., 2020), perda de independência (Swenor, Munoz, & West, 2014), diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde (Chia et al., 2004) e maior taxa de comorbilidades físicas e mentais (Court, McLean, Guthrie, Mercer, & Smith, 2014; Tran et al., 2020). As quatro principais causas de grave perda de visão e cegueira em idosos são a degeneração macular relacionada com a idade, complicações oculares da diabetes *mellitus*, glaucoma e cataratas relacionadas com a idade (Pelletier et al., 2016).

Olfato

O sentido do olfato é particularmente importante no reconhecimento do perigo, na comunicação interpessoal e no ato de comer e beber (Stevenson, 2010). Nos idosos, a diminuição do olfato é comum, e pode preceder algumas condições adversas de saúde relacionadas com a idade. A prevalência da perda de olfato aumenta com a idade, afetando até 25% dos adultos com 50 anos ou mais, aumentando para 60% a 75% entre pessoas com 80 ou mais anos (Murphy et al.,

2002). A perda de olfato ocorre durante os estágios iniciais de várias doenças neurodegenerativas, principalmente a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson, provavelmente anunciando o início do processo da doença subjacente (Doty, 2018). Além disso, a perda de olfato foi associada a menor peso corporal e maior perda de peso em idosos (Purdy et al., 2020).

Paladar

A perda do paladar pode estar relacionada com o processo normal de envelhecimento. No entanto, em muitos casos, o que é percebido como uma perda de paladar é de facto um sinal primário de perda de olfato. Além da perda de olfato, as causas mais frequentes da perda de paladar são: infecção respiratória superior anterior, traumatismo craniano, uso de medicamentos e causas idiopáticas (Imoscopi, Inelmen, Sergi, Miotto, & Manzato, 2012).

Os problemas relacionados com o paladar são bastante prevalentes em idosos com mais de 60 anos (Kaneda et al., 2000). Nos Estados Unidos da América, os problemas de paladar afetam 18,3% da população entre 40 e 80 anos (Bigman, 2020).

A diminuição do paladar tem implicações na segurança alimentar, na ingestão de alimentos e na qualidade de vida (Doty, 2018). Por exemplo, a perda de paladar pode ter como consequência alterações nas preferências alimentares, parecendo levar a uma maior preferência por alimentos mais doces e macios em detrimento de hortofrutícolas e, portanto, pode aumentar o risco de obesidade e doenças metabólicas / cardiovasculares. Além disso, uma maior dificuldade na percepção do sabor salgado pode induzir os idosos a temperar os seus alimentos com quantidades excessivas de sal, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (Sergi, Bano, Pizzato, Veronese, & Manzato, 2017).

Tato

A sensação do toque permite distinguir objetos e tomar consciência do perigo, por exemplo, relacionados com objetos quentes ou afiados. Muitas das atividades diárias dependem do sentido do tato. A sensibilidade ao toque e a capacidade de detetar dor diminuem com a idade (Wickremaratchi & Llewelyn,

2006). Um estudo realizado com uma amostra representativa de adultos americanos residentes na comunidade com idades entre 57 e 85 anos reporta que cerca de 70% dos indivíduos apresentava problemas relacionados com o tato (Correia et al., 2016).

Certas doenças crônicas podem afetar ainda mais a sensação de toque, como é o caso da neuropatia diabética. Esta complicação da diabetes causa uma redução ou perda da sensação da vibração (palifosestesia) e sensibilidade superficial (pressão, toque), além de parestesia subjetiva. Por vezes é acompanhada pela chamada “síndrome dos pés ardentes” que geralmente surge à noite e é acompanhada por uma elevada sensação de dor (Feldman et al., 2019; Volmer-Thole & Lobmann, 2016). É possível destacar três situações que decorrem com a perda da sensibilidade (Volmer-Thole & Lobmann, 2016):

- pressão constante durante várias horas pode levar à necrose isquêmica local (por exemplo, na ausência de dor ao usar calçados apertados). A alta pressão por um curto período leva a ferimentos imediatos;
- danos mecânicos diretos podem ser causados por objetos com uma superfície pequena, como unhas, agulhas e pedras afiadas, etc. A pressão moderada repetitiva causa autólise inflamatória do tecido. A pressão contínua no tecido já inflamado ou estruturalmente afetado promove adicionalmente o desenvolvimento de ulcerações;
- desenvolvimento de gangrena devido a queimaduras com objetos quentes, como garrafas de água quente e cobertores de aquecimento, excessiva exposição ao sol, queimaduras ácidas (por exemplo, por removedores de calos), além do uso inadequado de produtos de desinfecção.

A perda de tato pode ter implicações em vários aspetos funcionais dos idosos, incluindo articulação da fala, preensão da mão e estabilidade postural. É importante apreciar o efeito do envelhecimento no sistema nervoso e distingui-lo das condições patológicas, como distúrbios neurodegenerativos (Wickremaratchi & Llewelyn, 2006).

Alterações nos sistemas de órgãos

Sistema tegumentar

A pele é o maior e mais visível órgão do corpo humano e tem como principal função permitir que vivamos no nosso ambiente, protege o corpo da desidratação e impede a penetração xenobiótica no organismo (Yousef, Alhajj, & Sharma, 2020). A organização estrutural e celular específica da pele é adaptada para garantir as suas três principais funções: barreira protetora primária, termorregulação e percepção sensorial (Bonté, Girard, Archambault, & Desmoulière, 2019). A pele envelhecida é caracterizada por modificações da epiderme e da junção dérmico-epidérmica e pela degradação global da matriz extracelular dérmica, onde as fibras de colágeno e elastina são particularmente afetadas (Binic, Lazarevic, Ljubenovic, Mojsa, & Sokolovic, 2013). O envelhecimento da pele pode ser intrínseco e/ ou extrínseco, causado por fatores fisiológicos e ambientais, respetivamente. O envelhecimento intrínseco reflete as modificações naturais da pele com a idade, levando a rugas e ressecamento. O envelhecimento extrínseco da pele é verificado mais precocemente e deve-se, por exemplo, à exposição à luz solar e/ ou ao ar ou mesmo à poluição, ao estilo de vida, podendo também ser devida a uma alimentação pouco saudável (Bonté et al., 2019). Quando ocorre uma lesão, a epitelização é mais lenta devido à reduzida capacidade de os queratinócitos proliferarem e migrarem. Ao mesmo tempo, alterações relacionadas com a idade na derme levam à produção de um tipo de colagénio mais denso, reduzindo a integridade do tecido. Para melhorar a resistência da pele à medida que os indivíduos envelhecem é importante realizar uma avaliação abrangente para identificar quaisquer problemas que tenham de ser resolvidos. Além disso, é essencial manter a integridade da pele através do uso diário de hidratantes, assim como dar atenção a medidas preventivas para reduzir o risco de lesões (Bonifant & Holloway, 2019).

Com o envelhecimento os cabelos geralmente ficam mais secos, finos, sem brilho e quebradiços (Goodier & Hordinsky, 2015). Isto é acompanhado pelo desgaste do eixo, com reduções na atividade e produção de melanina e na produção de cabelos. O eixo do cabelo fica fino, áspero, opaco, seco e frágil. O

embranquecimento depende da produção de melanina, mas as outras características têm a ver com a geometria do folículo piloso, como um aumento na curvatura da haste capilar (Fernandez-Flores, Saeb-Lima, & Cassarino, 2019).

Em relação às unhas, existem muitas alterações relacionadas com o processo de envelhecimento. Estas devem-se em parte a problemas de circulação sanguínea, alterações no tecido elástico e conjuntivo, bem como a doenças dermatológicas ou sistêmicas concomitantes e tratamentos relacionados (Singh, Haneef, & Uday, 2005). As unhas podem mudar de cor para amarelo, verde, acinzentado ou opaco (Abdullah & Abbas, 2011). As doenças mais comuns das unhas associadas aos idosos incluem: onicomicose, unhas quebradiças, unhas encravadas, onicogifose (“unhas de chifres de carneiro”), hematomas subungueais, exostose subungueal, cistos mixoides e neoplasias (Maddy & Tosti, 2018). Estas alterações podem causar sintomas graves e prejudicar as atividades diárias, que já podem ser restritas, ou ser assintomáticas mas associadas a problemas cosméticos substanciais, levando a efeitos psicológicos negativos (Abdullah & Abbas, 2011).

Sistema muscular

O corpo é composto por mais de 500 músculos esqueléticos, que são controlados pelo sistema nervoso e que conectam e sustentam o sistema esquelético (Jones Jr, Burns, Aminoff, & Pomeroy, 2013). Os músculos esqueléticos consistem em fibras musculares, cada uma contendo sarcómeros, que são as menores unidades funcionais de repetição no músculo. Através de uma série de eventos complexos, os sarcómeros são responsáveis pela contração e relaxamento muscular. Isso permite que o corpo realize uma ampla variedade de movimentos diferentes, variando de movimentos rápidos e poderosos a movimentos pequenos e finos. Como os músculos esqueléticos são responsáveis por todos os movimentos voluntários, são essenciais para um bom desempenho físico (Reid & Fielding, 2012). Depois dos 50 anos, existe uma tendência para a perda de massa muscular a uma taxa de 1 a 2% por ano (Marcell, 2003). Várias alterações morfológicas ocorrem durante o processo de atrofia, incluindo atrofia progressiva e perda de fibras do tipo II, aumento da variabilidade no tamanho da fibra, acumulação de fibras não agrupadas, dispersas e anguladas, expansão do espaço extracelular e

deposição de agregados de proteínas dentro da matriz intersticial (Kim, Kwak, Leeuwenburgh, & Lawler, 2008). Estas alterações morfológicas ocorrem em conjunto com o aumento da infiltração de material não contrátil, como os tecidos adiposo e conjuntivo (Brooks & Faulkner, 1994; Goodpaster et al., 2008). Além disso, com o envelhecimento a capacidade de reparação e regeneração do músculo esquelético envelhecido é atenuada, possivelmente devido ao número reduzido de células satélite e capacidade proliferativa (Kadi, Charifi, Denis, & Lexell, 2004). As células satélite envelhecidas também exibem uma expressão reduzida da cadeia pesada da miosina e creatina quinase em comparação com as células satélite jovens (Lees, Rathbone, & Booth, 2006) e dão origem a miotubos menos organizados e mais frágeis (Renault et al., 2000). Estas deficiências contribuem para a atrofia muscular esquelética relacionada com a idade devido à reparação insuficiente após lesão (Brack & Rando, 2007). Alterações fisiológicas, como perda de unidades motoras, alterações no tipo de fibra, atrofia das fibras musculares e redução da ativação neuromuscular, podem afetar a velocidade e força dos movimentos, levando à redução do desempenho físico e, potencialmente, à incapacidade funcional e necessidade de institucionalização (Tieland, Trouwborst, & Clark, 2018).

Sistema esquelético

A osteoporose é a doença óssea mais prevalente no mundo (Coughlan & Dockery, 2014), sendo caracterizada clinicamente por um comprometimento da densidade óssea, o que predispõe o indivíduo a um risco aumentado de fraturas da anca, coluna vertebral e outros locais esqueléticos (Lane, 2006). São vários os fatores de risco associados à osteoporose e fraturas ósseas, nomeadamente: um baixo pico de massa óssea alcançado durante o crescimento, fatores hormonais, uso de certos medicamentos, tabagismo, baixa atividade física, baixo aporte de cálcio e vitamina D, etnia e sexo, baixo tamanho corporal, e histórico pessoal ou familiar de fraturas ósseas (Lane, 2006). Por exemplo, no caso da etnia e sexo, as mulheres brancas e asiáticas apresentam taxas mais altas de risco de fratura óssea em relação a todas as faixas etárias com mais de 50 anos. Os homens latino-americanos com idade entre 50 e 59 anos têm uma taxa de fratura óssea mais alta que as mulheres, mas esse resultado relacionado com o sexo inverte-se

após os 60 anos (Lane, 2006). Estima-se que 50% das mulheres e 20% dos homens com mais de 50 anos sofrerão uma fratura relacionada com a osteoporose; a fratura da anca é a mais devastadora devido à consequente incapacidade, mortalidade e custos, tanto pessoais quanto sociais (Coughlan & Dockery, 2014).

Outra doença do sistema esquelético comum entre os idosos é a osteoartrite. Esta é uma doença articular completa, isto é, envolve alterações estruturais na cartilagem articular hialina, osso subcondral, ligamentos, cápsula, sinóvia e músculos periarticulares. A patogênese complexa da osteoartrite envolve fatores mecânicos, inflamatórios e metabólicos, que acabam por levar à destruição estrutural e falha da articulação sinovial. Trata-se de uma alteração dinâmica ativa decorrente de um desequilíbrio entre a reparação e a destruição dos tecidos articulares, e não de uma doença degenerativa passiva ou de uma “doença de desgaste” (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019). A osteoartrite é a segunda condição crônica mais comum entre idosos (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2016), sendo que a sua localização mais frequente é o joelho, seguido da mão e da anca (Prieto-Alhambra et al., 2014). Indivíduos com osteoartrite referem a dor como o sintoma mais incapacitante. Além disso, muitos também apresentam sinais de depressão, menor capacidade de trabalho, restrições de atividades sociais e a maioria tem uma ou mais comorbidades e/ou sobrepeso ou obesidade. Todos estes componentes da doença interagem com frequência, aumentando a gravidade dessa condição (Marks, 2018).

Sistema respiratório

O sistema respiratório compreende principalmente a caixa torácica, pulmões e diafragma. A complacência total do sistema respiratório inclui complacência do pulmão e da parede torácica. Com o envelhecimento há alterações estruturais na caixa torácica, levando à redução da complacência da parede torácica. A osteoporose relacionada com a idade resulta na redução da altura das vértebras torácicas. O endurecimento e calcificação da caixa torácica, a cifose relacionada com a idade e a osteoporose reduzem a capacidade de expansão da caixa torácica durante a inspiração e dificultam uma eficaz contração mecânica do diafragma (Ketata, Rekik, Ayadi, & Kammoun, 2012; Sharma & Goodwin, 2006).

Há um aumento no tamanho do espaço aéreo com o envelhecimento, como resultado da perda de tecido de suporte. A força muscular respiratória diminui com a idade, afetando mais os homens do que nas mulheres. Apesar dessas alterações, o sistema respiratório é capaz de manter oxigenação e ventilação adequadas durante toda a vida. No entanto, a reserva do sistema respiratório é limitada com a idade e a resposta ventilatória diminui causando hipóxia e hipercapnia e tornando-o mais vulnerável a falhas ventilatórias durante estados de alta necessidade de oxigénio, por exemplo no caso de insuficiência cardíaca ou pneumonia (Lowery, Brubaker, Kuhlmann, & Kovacs, 2013).

O pulmão possui defesas imunológicas complexas que utilizam uma resposta imune inata e adaptativa aos antígenos inalados. A imunidade inata é a primeira linha crítica de defesa para os pulmões. A imunidade adaptativa é específica do antígeno e é necessária para afastar bactérias, vírus e patógenos intracelulares encapsulados. Esta forma de imunidade depende da memória imunológica e da produção de linfócitos e de anticorpos para ameaças não próprias. Algumas mudanças importantes na resposta imunológica inata ocorrem com o envelhecimento (Cho & Stout-Delgado, 2020). As doenças crónicas do sistema respiratório inferior são a terceira principal causa de morte em pessoas com 65 anos ou mais, e incluem: asma, enfisema, bronquite crónica, bronquiectasia e doença pulmonar obstrutiva crónica (Miniño, 2013).

Sistema imunitário

Existe uma grande variedade de alterações no sistema imunitário relacionadas com a idade, algumas mediadas por inflamação e estado pró-inflamatório crónico. A inflamação está presente em praticamente todas as principais doenças e fenótipos relacionados com a idade e tem demonstrado ser uma característica patológica que define o envelhecimento dos tecidos. A inflamação é caracterizada pela infiltração persistente de um baixo nível de células imunes, principalmente, mas não exclusivamente células do sistema imunitário inato, e níveis elevados de várias citocinas e quimiocinas pró-inflamatórias, tanto no microambiente tecidual quanto no meio sistémico (Pinti et al., 2016). Os níveis aumentados de mediadores inflamatórios circulantes, como citocinas pró-inflamatórias e proteínas de fase aguda, como a interleucina-6 e proteína C-

reativa são normalmente usadas como indicadores de inflamação. Análises realizadas em idosos mostram que os níveis de interleucina-6 e proteína C-reativa aumentam sistematicamente com a idade, mesmo em indivíduos nunca diagnosticados com doenças comumente associadas à idade, como doenças cardiovasculares (enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral), diabetes tipo 2 ou cancro (Puzianowska-Kuznicka et al., 2016). Com o envelhecimento também há diminuição da função das células B, diminuição na produção e ativação alterada das células T e disfunção da imunidade inata (incluindo uma função neutrofílica e quimiotaxia prejudicada e uma resposta desregulada a monócitos pró-inflamatórios). Estas mudanças enfraquecem a capacidade de o organismo combater infecções (Sadighi Akha, 2018). Além disso, as vacinas geralmente não são tão eficazes para idosos. Por exemplo, infecções por *Influenza* são mais comuns e mais graves em idosos, sendo a vacina menos eficaz neste grupo populacional. A disfunção imune celular também contribui para a prevalência de *Herpes zoster* entre idosos. Altas doses da vacina contra *Influenza* podem ser mais úteis que a dose-padrão (Gustafson, Kim, Weyand, & Goronzy, 2020; Raviotta et al., 2016). Os processos inflamatórios crônicos lentos também contribuem para a lenta cicatrização de feridas em idosos (Gould et al., 2015).

Sistema gastrointestinal

O envelhecimento afeta todas as funções do sistema gastrointestinal: motilidade, secreção de enzimas e hormonas, digestão e absorção. O sistema gastrointestinal também desempenha um papel essencial na absorção e metabolismo de medicamentos, e geralmente é afetado devido a efeitos colaterais (Dumic et al., 2019). Os distúrbios mais comuns relacionados com a cavidade oral em idosos incluem queixas sensoriais orais, principalmente boca seca (xerostomia), distúrbios do paladar (disgeusia ou ageusia) e síndrome da boca ardente (Nagler & HersHKovich, 2005). Os problemas esofágicos relacionam-se mais com outras comorbilidades do que com o próprio esófago. O termo presbifagia é agora usado para descrever alterações fisiológicas características na deglutição associadas à idade avançada. Embora estas alterações sejam fisiológicas, aumentam o risco de disfagia e aspiração em idosos, especialmente

durante doenças agudas e outros fatores stressantes (Robbins, Bridges, & Taylor, 2006). No caso do estômago destacam-se as seguintes alterações: alteração da microbiota gástrica, mecanismos reduzidos de proteção da mucosa, fluxo sanguíneo gástrico diminuído e, conseqüentemente, mecanismos de reparação comprometidos. Estas mudanças tornam os idosos mais suscetíveis ao desenvolvimento de várias doenças, como úlcera gástrica, gastrite atrófica e doença ulcerosa péptica (Parsons et al., 2017). No intestino delgado são observadas mudanças de motilidade e redução da imunidade da mucosa, mas estas alterações são clinicamente insignificantes na ausência de doença coexistente (D'Souza, 2007). Tal como no intestino delgado, no intestino grosso as alterações relacionadas com a idade parecem ser clinicamente insignificantes na ausência de outras condições que predisponham os idosos à diminuição do tempo de trânsito do cólon e obstipação, como medicamentos anticolinérgicos, diminuição da mobilidade, mudanças na alimentação ou comorbilidades (Dumic et al., 2019). Outra mudança importante que ocorre ao longo do processo de envelhecimento é a mudança na microbiota intestinal. Existe uma elevada variação entre a microbiota infantil (dominada por *Bifidobacterium*) e a microbiota de um adulto (predominam *Bacteroidetes* e *Firmicutes*). Alterações relacionadas com a idade na microbiota foram associadas a doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn e colite ulcerativa), síndrome do intestino irritável e distúrbios metabólicos (diabetes *mellitus* tipos 1 e 2, e obesidade) (Kim & Jazwinski, 2018).

Sistema cardiovascular

As alterações relacionadas com a idade no sistema cardiovascular começam principalmente com alterações nos tecidos conjuntivos. O tecido conjuntivo endurece dentro das artérias, veias e miocárdio, fazendo com que se tornem menos contrácteis (Alvis & Hughes, 2015). A aterosclerose causa inflamação e outras alterações vasculares, aumentando o risco de eventos cardíacos, eventos cerebrovasculares, doença vascular periférica, comprometimento cognitivo e outras lesões nos órgãos (Paneni, Diaz Cañestro, Libby, Lüscher, & Camici, 2017). A hipertensão arterial, se não tratada, pode resultar em hipertrofia do miocárdio, levando a insuficiência cardíaca. A hipertrofia ventricular esquerda,

como consequência do excesso de pressão, é reconhecida como o preditor mais importante de insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita. As alterações patológicas que ocorrem durante a cardiopatia hipertensiva são muito complexas e envolvem muitas alterações celulares e moleculares. Por outro lado, as alterações cardíacas que ocorrem com o envelhecimento são um processo lento, mas que ocorrem ao longo da vida e envolvem todos os componentes estruturais do coração e rede vascular. Estas mudanças estruturais no sistema cardiovascular levam a alterações na fisiologia e função cardíacas gerais (Saheera & Krishnamurthy, 2020). O envelhecimento é um fator de risco determinante para doenças cardiovasculares, predispondo o coração a várias alterações estruturais e funcionais adversas que podem levar à doença cardíaca isquêmica crônica, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia patológica e arritmia (Paneni et al., 2017; Saheera & Krishnamurthy, 2020). Podem ainda manifestar-se doenças venosas crônicas que descrevem um espectro de sinais e sintomas, desde a drenagem venosa insuficiente dos membros inferiores até à disfunção nos sistemas venosos superficiais e/ou profundos. Esta doença pode manifestar-se de forma assintomática ou sintomática, neste caso com alterações cutâneas (como ulcerações cutâneas ativas), varizes e inchaço dos membros (Onida & Davies, 2016).

Sistema urinário

Os rins passam por processos de senescência, incluindo alterações anatómicas e fisiológicas. Estas alterações, que ocorrem pelo envelhecimento normal dos rins, divergem das doenças renais que são relativamente comuns em idosos, como a nefropatia diabética (Nadolnik, Skrypnik, Skrypnik, & Bogdanski, 2018). É difícil distinguir os dois processos: senescência inevitável dos órgãos, e alterações estruturais e funcionais mediadas por doenças mais comuns nos idosos. No entanto, é importante realçar que as doenças relacionadas com a idade, quando sobrepostas às de senescência normal, podem alterar significativamente a taxa de declínio funcional, esgotar a reserva funcional renal e predispor esses indivíduos a lesões renais agudas (Rodriguez-Castro & Cordova, 2011). As principais alterações micro-anatómicas relacionadas com o envelhecimento observadas na avaliação microscópica incluem nefrosclerose e hipertrofia do

nefrónio. No caso das alterações macro-anatómicas relacionadas com o envelhecimento dos rins, encontradas nas tomografias computadorizadas, destacam-se um menor volume cortical e a presença de cistos e tumores, geralmente benignos (Denic, Glassock, & Rule, 2016). O volume total dos rins permanece estável até cerca dos 50 anos, devido à diminuição do volume cortical e a um aumento compensatório do volume medular, mas diminui com o envelhecimento depois dos 50 anos. A taxa de filtração glomerular também diminui em comparação com adultos mais jovens (Wang et al., 2014).

O sistema renina-angiotensina-aldosterona também é afetado com a idade, resultando em diminuições substanciais na atividade da renina plasmática. As reduções mais significativas são encontradas a partir dos 60 anos. A idade tem um efeito maior na diminuição dos níveis plasmáticos de renina e aldosterona em comparação com a angiotensina II. Nos idosos existem alterações farmacocinéticas na absorção, distribuição, metabolismo e excreção de fármacos. Há uma redução na depuração sistémica de medicamentos, que podem chegar a ser eliminados inalterados pelo rim devido a alterações relacionadas com a idade na taxa de filtração glomerular e função tubular. Há também uma maior incidência de doença renal crónica; este facto, juntamente com o fluxo sanguíneo diminuído e as alterações na autorregulação, leva a um aumento na prevalência de lesão renal aguda perioperatória (Alvis & Hughes, 2015). A função do trato urinário inferior também é afetada pela idade, em particular em termos de alterações na função do músculo esquelético do esfíncter externo e controlo do nervo motor sacral associado, podendo resultar em incontinência urinária e noctúria (Vahabi et al., 2017).

Sistema endócrino

O envelhecimento leva a alterações complexas nas redes hormonais que mantêm a homeostase e regulam a reprodução, o metabolismo, a nutrição e o crescimento. De um modo geral, há uma diminuição na secreção de hormonas, existindo ainda uma redução na sensibilidade dos tecidos à sua ação, perdendo-se também os ritmos circadianos normais. Os eixos endócrinos manifestam estas alterações com perdas de função clinicamente identificáveis, como as observadas no envelhecimento do sistema reprodutivo (menopausa e

andropausa), o eixo de crescimento (somatopausa) e os eixos que envolvem a glândula adrenal (adrenopausa) (Jones & Boelaert, 2015).

No caso do envelhecimento do sistema reprodutivo feminino, a produção de estrogénio pelos ovários é fortemente controlada por mecanismos de retroalimentação negativa com influência limitada exercida pela síntese extra-gonadal. Aproximadamente 90% do estrogénio circulante é perdido aquando da insuficiência dos ovários, durante a quarta e quinta décadas de vida. Ao contrário das dramáticas mudanças observadas nas mulheres, a perda de testosterona observada durante a andropausa é insidiosa e mais controversa (Jones & Boelaert, 2015). Tanto no homem como na mulher, a perda de hormonas sexuais durante o envelhecimento contribui para alterações na massa corporal, integridade musculoesquelética, disfunção sexual e riscos de saúde e doença a longo prazo (van den Beld et al., 2018). O eixo hipotálamo-hipófise-crescimento é um eixo hipotálamo-hipófise que inclui a secreção da hormona do crescimento (somatotropina) dos somatotropos da hipófise na circulação e a subsequente estimulação do fator de crescimento semelhante à insulina-1. A somatopausa é uma diminuição gradual e progressiva da secreção da hormona do crescimento que ocorre normalmente com o aumento da idade durante a vida adulta e está associada a um aumento do tecido adiposo (van den Beld et al., 2018).

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é um regulador adaptativo da resposta ao stresse e é essencial para a homeostase. Ocorrem alterações nos padrões de secreção de cortisol durante o envelhecimento. Contudo, permanecem dúvidas sobre se essas alterações refletem ou causam alterações associadas ao envelhecimento na capacidade funcional, cognição e humor (van den Beld et al., 2018).

A desidroepiandrosterona e a desidroepiandrosterona-S são precursores inativos que são convertidos em andrógenos e estrogénios no tecido periférico. Nos homens idosos, essa fonte de androgénios é importante, pois menos de 50% dessas hormonas são de origem testicular. Concentrações mais altas de desidroepiandrosterona e desidroepiandrosterona-S têm sido relacionados com o bem-estar psicológico e à melhoria do funcionamento físico, incluindo força

muscular e densidade óssea, e a ações anti-inflamatórias e imunomoduladoras. Concentrações mais baixas de desidroepiandrosterona têm sido associadas a um risco aumentado de problemas cardiovasculares e mortalidade relacionada com problemas cardiovasculares, em pessoas com mais de 50 anos (Ohlsson, Vandenput, & Tivesten, 2015).

A disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-tiroide é comum na população em geral e ainda mais prevalente nos idosos, com um aumento na incidência de hipo ou hiperatividade evidente da tiroide. Estas alterações são altamente variáveis entre os indivíduos, mas a atividade geral do eixo hormonal da tiroide parece diminuir com a idade, e essa diminuição na atividade é refletida por um aumento da hormona estimulante da tiroide e uma diminuição nas concentrações da hormona T3. No entanto, essas alterações associadas à idade não estão relacionadas com um processo de envelhecimento prejudicial e podem até ser benéficas. Portanto, os intervalos de referência hormonais específicos para a idade serão úteis para evitar classificar e tratar excessivamente os idosos, embora até agora ainda não tenham sido estabelecidos intervalos de referência para funções tiroidianas específicas para a idade (van den Beld et al., 2018).

A homeostase da glicose é mantida pelo equilíbrio entre a ingestão, a utilização e a produção de glicose, e está sob um rígido controlo hormonal da insulina. A homeostase da glicose tende a desequilibrar-se com o aumento da idade. A glicemia em jejum aumenta em aproximadamente 0,05 mmol/L por década, começando na quarta década de vida, aumentando também gradualmente as concentrações de glicose 2 h após um teste de tolerância à glicose oral de 75 g (LeRoith et al., 2019). Contudo, existe um risco contínuo para o desenvolvimento de diabetes, associado a fatores genéticos e ambientais subjacentes a cada indivíduo, embora o risco de desenvolver diabetes pareça estabilizar ou até diminuir após os 85 anos (McBean, Li, Gilbertson, & Collins, 2004). Nos idosos, a disfunção e deficiência das células B desempenham um papel *major* na fisiopatologia da diabetes do que nos adultos jovens, e a resistência à insulina nos músculos aumenta mesmo na ausência de obesidade em alguns indivíduos. A diabetes continua a ser um forte fator de risco para doenças cardiovasculares estando também associada à doença arterial periférica

e à neuropatia periférica, contribuindo para úlceras e amputações (LeRoith et al., 2019).

Sistema nervoso

O sistema nervoso, juntamente com o sistema endócrino, controla e integra as atividades de todos os órgãos e tecidos do corpo. Recebe e processa informações sensoriais de órgãos como olhos, ouvidos e pele, e responde através de uma variedade de órgãos efetores. O principal órgão do sistema nervoso é o cérebro, que possui cerca de 100 mil milhões de neurónios interligados, e é extremamente complexo. Com o envelhecimento, o cérebro e o sistema nervoso passam por mudanças naturais (Schneider & Yang, 2014). O volume e o peso do cérebro diminuem a uma taxa de aproximadamente 5% por década após os 40 anos. Os mecanismos que levam ao desenvolvimento de distúrbios neurológicos nos idosos não estão totalmente desvendados. Contudo, sabe-se que os mecanismos moleculares do envelhecimento incluem a instabilidade do genoma como consequência da acumulação de mutações nos genes, desgaste dos telómeros e alterações epigenéticas. A associação e interações entre os mecanismos referidos levam ao declínio funcional dos organismos em envelhecimento (Kowalska et al., 2017). Acredita-se que a morte celular neuronal seja a principal causa para a perda de substância cinzenta; contudo ainda não é claro se esse é o único motivo. Podem haver alterações adicionais na árvore, nos espinhos e nas sinapses dendríticas, com um mecanismo de compensação de crescimento dendrítico de modo a ajudar a manter um número semelhante de sinapses e compensar qualquer morte celular (Peters, 2006). As células nervosas começam a transmitir as mensagens mais lentamente e os resíduos acumulam-se no tecido cerebral à medida que as células nervosas se rompem. Isto pode causar alterações anormais no cérebro como placas eovelos neurofibrilares. Um pigmento castanho e lipídico (lipofuscina) também pode acumular-se no tecido nervoso. A rotura dos nervos pode afetar os sentidos levando a que os reflexos ou sensações fiquem reduzidos ou se percam, implicando problemas com o movimento e a segurança. Além disso, o processamento do pensamento e das memórias torna-se mais lento. Contudo, estas mudanças não afetam todos os idosos da mesma forma: alguns têm muitas

alterações nervosas e no tecido cerebral, enquanto outros têm poucas alterações. Essas mudanças nem sempre estão relacionadas com os efeitos sobre a sua capacidade cognitiva (Schneider & Yang, 2014).

As doenças degenerativas que afetam a visão e a audição agravam os problemas de saúde nos idosos, mas essas não são características inevitáveis do envelhecimento. As doenças neurológicas relacionadas com a idade incluem o acidente vascular cerebral, demência, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras (Birbeck, Meyer, & Ogunniyi, 2015; Kowalska et al., 2017).

Um acidente vascular cerebral ocorre quando as células cerebrais deixam de funcionar normalmente ou morrem devido à ausência de oxigênio e de nutrientes na sequência de um bloqueio do fluxo de sangue (acidente vascular cerebral isquêmico) ou porque são inundadas pelo sangue a partir de uma artéria que se rompe (acidente vascular cerebral hemorrágico). Um ataque isquêmico transitório (ou "mini-acidente vascular cerebral"), é causado por um coágulo temporário (Abbott et al., 2017). Dependendo da área e do lado do cérebro afetado pelo acidente vascular cerebral, uma ou mais funções podem ficar comprometidas: movimento e atividade sensorial, fala e linguagem, mastigação e deglutição, visão, capacidade cognitiva (pensamento, raciocínio, julgamento e memória), percepção e orientação, capacidade de autocuidado, controle intestinal e da bexiga, controle emocional e capacidade sexual (Hillis & Tippett, 2014).

A doença de Alzheimer é uma forma progressiva de demência. A demência é um termo mais amplo para condições causadas por lesões cerebrais ou doenças que afetam negativamente a memória, o pensamento e o comportamento. Estas mudanças interferem na vida diária. Na maioria dos casos a doença é diagnosticada após os 65 anos. Se for diagnosticado antes, geralmente é chamada de doença de Alzheimer de início precoce. Não há cura para a doença de Alzheimer, mas existem tratamentos que podem retardar a sua progressão (Lane, Hardy, & Schott, 2018).

A doença de Parkinson ocorre quando os neurónios de uma área do cérebro que controla o movimento ficam comprometidos e/ou morrem. Deste modo, existe

uma menor produção de dopamina, levando a problemas de movimento. Nesta doença também há uma perda das terminações nervosas que produzem noradrenalina, o principal mensageiro químico do sistema nervoso simpático, que controla muitas funções automáticas do corpo, como a frequência cardíaca e pressão arterial. A perda de noradrenalina pode ajudar a explicar algumas das características de não-movimento da doença de Parkinson, como fadiga, pressão arterial irregular, diminuição da movimentação dos alimentos pelo trato digestivo e a queda súbita da pressão arterial quando uma pessoa se levanta de uma posição sentada ou deitada (hipotensão postural).

Sistema reprodutor

Nos homens, apesar das diferenças individuais, a atrofia testicular é um dos efeitos do envelhecimento no sistema reprodutor masculino. O volume testicular médio tende a aumentar entre os 11 e os 30 anos, permanece constante entre 30 e 60 anos e diminui gradualmente após os 60 anos (Yang et al., 2011). Em doenças ou falhas testiculares, os níveis séricos de gonadotrofinas aumentam. Diferentes alterações relacionadas com a idade nos testículos, incluindo a diminuição do número de células de Leydig, atuam sobre mecanismos de retroalimentação e causam uma maior secreção de gonadotrofinas. O aumento relacionado com a idade das gonadotrofinas deve-se principalmente à insuficiência testicular primária. O metabolismo testicular aumenta entre os 11 e os 40 anos e diminui gradualmente entre os 40 e os 90 anos (Well et al., 2007). A próstata está localizada na base da uretra, é um órgão endócrino controlado por androgênios e produz cerca de 30% do líquido seminal. O aumento da próstata nos idosos é uma das doenças relacionadas com a idade mais comuns e é definida como hiperplasia prostática benigna. Sabe-se que os parâmetros do esperma mudam com a idade. A produção diária de espermatozóides, a contagem total de espermatozóides e a viabilidade espermática estão negativamente correlacionadas com a idade (Kaufman, Lapauw, Mahmoud, T'Sjoen, & Huhtaniemi, 2019). Após os 45 anos, o volume de esperma diminui gradualmente devido à diminuição funcional das glândulas acessórias. Além disso, a morfologia espermática também é afetada pelo envelhecimento e a percentagem de espermatozóides com morfologia normal começa a diminuir

após os 40 anos de idade (Stone, Alex, Werlin, & Marrs, 2013). Por outro lado, alguns estudos demonstraram que a obesidade, a falta de exercício e as comorbilidades relacionadas com a idade estão mais relacionadas com a diminuição dos níveis de testosterona em homens idosos que o envelhecimento cronológico (Grossmann, 2010). As comorbilidades, em particular a obesidade, desempenham um importante papel nas alterações hormonais nos homens idosos: o hipogonadismo relacionado com as comorbilidades tende a ser do tipo secundário, enquanto as alterações relacionadas com o envelhecimento parecem ser principalmente testiculares (Kaufman et al., 2019).

O processo de envelhecimento reprodutivo nas mulheres é caracterizado por uma diminuição gradual na quantidade e na qualidade dos oócitos presentes na reserva folicular primordial que reside no córtex ovariano (Wallace & Kelsey, 2010). A menopausa é atingida quando a reserva de folículos primordiais está quase esgotada, sendo definida retrospectivamente como a cessação da menstruação espontânea durante 12 meses. A maioria das mulheres entra na menopausa entre 49 e os 52 anos (Morabia & Costanza, 1998). O útero é o órgão essencial da gravidez que fornece a arquitetura para o desenvolvimento embrionário, alongamento, implantação e placentação, além do desenvolvimento fetal. Apesar da evidência do efeito negativo do envelhecimento nos oócitos, o impacto do envelhecimento na função uterina é menos clara. Foi relatado que a idade das mulheres recetoras não influencia as taxas de implantação em relação à transferência embrionária, indicando que o útero é capaz de suportar a gravidez mesmo em idades mais avançadas (Cano, Simón, Remohí, & Pellicer, 1995). Com o envelhecimento e a menopausa, a vulva sofre alterações estruturais: redução dos pelos pubianos e gordura subcutânea nos grandes lábios, diminuição do tamanho dos pequenos lábios e glândulas vestibulares, retração do introito vaginal e involução das carúnculas himenais com perda de elasticidade e redução geral no fluxo sanguíneo. A imunidade mediada por células na menopausa na vulva é menos eficiente, e a proporção entre citocinas pró-inflamatórias e mediadores anti-inflamatórios aumenta. Ao contrário do esperado, a função da barreira, a hidratação e a suscetibilidade ao atrito não mudam objetivamente ao longo da vida útil embora a sensação diminua (Mitchell & Waetjen, 2018).

Outras alterações/ problemas de saúde relacionadas com a idade

Malnutrição

A palavra “malnutrição” é geralmente utilizada como sinónimo de “desnutrição”, mas, estritamente falando, malnutrição (que literalmente significa “má” nutrição) também pode referir-se a sobrenutrição, obesidade (acumulação anormal ou excessiva de gordura que pode prejudicar a saúde) e toxicidade de nutrientes, além de um desequilíbrio de nutrientes (Elia, 2017). Devido às discrepâncias em torno das definições e critérios de diagnóstico utilizados para identificar a malnutrição, existe uma variação considerável na prevalência de malnutrição relatada na investigação e prática diária. Contudo, tem-se verificado que a malnutrição é prevalente entre os idosos que recebem cuidados em diferentes contextos clínicos, como hospitais e lares, assim como aqueles que vivem na comunidade (Corish & Bardon, 2019). Tem sido reportado que cerca de 5 a 10% dos idosos a viver na comunidade, 50% dos idosos em centros de reabilitação, 20% dos idosos em cuidados residenciais e 40% dos idosos internados no hospital estejam desnutridos (Kaiser et al., 2010). Um estudo realizado em Toledo (Espanha), reportou que 15% da população idosa a viver na comunidade estava em risco de desnutrição, enquanto 12,6% estava desnutrida (Rodríguez-Sánchez, Sulo, Carnicero, Rueda, & Rodríguez-Mañas, 2020). Outro estudo realizado na Austrália, reportou que 40% dos idosos a viver em comunidade foram classificados como estando em alto risco nutricional, 26% em risco nutricional moderado e 34% sem risco nutricional (Craven, Pelly, Lovell, & Isenring, 2018). Um estudo recente, aponta para que cerca de 17% dos idosos portugueses a viver na comunidade estejam em risco de desnutrição/ desnutridos (Madeira et al., 2020). As ferramentas de rastreio da desnutrição são importantes na identificação daqueles que estão em risco de desnutrição, sendo imperativo que os indivíduos em risco sejam encaminhados para um profissional de saúde qualificado, com competências para realizar uma avaliação nutricional completa e a implementação de uma intervenção adequada. Isto é revelante pois existem evidências claras de que a identificação precoce do risco de desnutrição, seguida de intervenção oportuna e apropriada, está associada a melhores cuidados nutricionais e menor incidência de desnutrição (Cederholm et al., 2017).

Os idosos são particularmente vulneráveis à malnutrição assim como ao risco do aumento de doenças crônicas e de incapacidade. Os idosos com um risco aumentado, em particular, por exemplo, os com condições neurológicas, doença pulmonar obstrutiva crônica, cancro e doença renal ou hepática, devem ser rastreados e encaminhados para um nutricionista conforme apropriado (Elia & Russell, 2009).

A malnutrição está associada ao declínio funcional, baixa qualidade de vida, hospitalizações prolongadas, aumento das taxas de readmissão, aumento da morbimortalidade (Naseer, Forssell, & Fagerström, 2016) e aumento dos custos com saúde (Curtis et al., 2017).

As questões sociais também influenciam a extensão do risco de malnutrição nos idosos, por exemplo, os que estão confinados em casa/ socialmente isolados ou têm problemas fisiológicos, como falta de dentição ou mobilidade, como discutido anteriormente, a percepção sensorial também pode ser comprometida com o avançar da idade, existindo problemas nos órgãos dos sentidos (visão, paladar, olfato), o que pode reduzir o interesse pela alimentação, por isso é importante considerar todos os aspetos do estilo de vida e da saúde na avaliação do estado nutricional nos idosos (Brook, 2018).

Composição e massa corporal

Além da perda de força e massa muscular, o envelhecimento também está associado a um aumento progressivo da massa gorda (Zamboni et al., 2014), bem como a alterações na distribuição da gordura corporal, nomeadamente um aumento da gordura abdominal visceral (Ponti et al., 2019) e conteúdo lipídico intermuscular e intramuscular (Akazawa et al., 2020; Gallagher et al., 2005). A redução da massa muscular magra e o aumento da gordura corporal têm implicações significativas para a saúde. Uma maior massa muscular é responsável por um menor risco de mortalidade em homens com excesso de peso em relação a homens com peso normal sem insuficiência cardíaca, independentemente do estado da doença cardíaca coronária (Wannamethee et al., 2014). No estudo de Wannamethee et al. (2014), a prevalência de baixa massa muscular foi muito maior em homens com insuficiência cardíaca e doença cardíaca coronária, e a maioria dos homens com peso normal apresentava baixa

percentagem de massa muscular. Além disso, o aparente efeito protetor da obesidade na mortalidade foi atenuado após o controlo para a massa muscular.

O aumento da massa gorda combinada com a diminuição da massa muscular pode levar a uma condição denominada de obesidade sarcopénica. Essa condição foi utilizada pela primeira vez para descrever uma síndrome presente em alguns idosos que apresentam altos níveis de gordura corporal e baixos níveis de massa livre de gordura, além de resistência à insulina (Witard, McGlory, Hamilton, & Phillips, 2016). Os idosos obesos sarcopénicos representam uma população de alto risco, pois a combinação de sarcopenia e obesidade pode atuar sinergicamente aumentando o risco de um pior estado de saúde e incapacidade do que a obesidade ou a sarcopenia de forma isolada (Stenholm et al., 2009). A obesidade sarcopénica também tem sido associada a um pior estado funcional e menor probabilidade de sobrevivência (Prado et al., 2008), e a síndrome metabólica (Lim et al., 2010; Lu et al., 2013). Importa ainda realçar que a prevalência de obesidade sarcopénica foi estimada em 18% em mulheres e 42% em homens com 70 anos ou mais (Batsis, Mackenzie, Barre, Lopez-Jimenez, & Bartels, 2014); no entanto, as estimativas de prevalência variam de acordo com os critérios específicos utilizados. Um estudo recente com uma amostra representativa da população portuguesa de idosos, dá conta de que 0,8% apresenta obesidade sarcopénica (Sousa-Santos, Afonso, Borges, et al., 2018). Outro estudo com idosos (n = 337) que frequentavam os centros de dia e de convívio de Paços de Ferreira reportou uma prevalência de 2,4% desta condição (Bernardo & Amaral, 2016).

Investigadores e clínicos também reconhecem “obesidade com peso normal”, uma condição na qual os indivíduos têm um índice de massa corporal que seria categorizado como normal, mas com uma alta percentagem de gordura corporal (Romero-Corral et al., 2010). Estes indivíduos geralmente apresentam sinais de desregulação metabólica normalmente associados com a obesidade (Marques-Vidal et al., 2010; Oliveros, Somers, Sochor, Goel, & Lopez-Jimenez, 2014), comprometimento da função ventricular esquerda (Kosmala et al., 2012) e apresentam risco elevado de mortalidade por doença cardiovascular (Batsis et al., 2013). Estas descobertas sugerem que a estabilidade do peso em indivíduos com peso normal pode mascarar o desenvolvimento de sarcopenia durante o

envelhecimento (Gallagher et al., 2000), e que a atrofia muscular esquelética, relacionada com a inatividade física, pode levar à resistência à insulina (Dominguez & Barbagallo, 2007). Além disso, um estudo epidemiológico sugere que a baixa massa muscular está intimamente relacionada com desequilíbrios da homeostase da glicose (Srikanthan, Hevener, & Karlamangla, 2010).

A proporção de indivíduos com peso saudável com pré-diabetes (glicemia em jejum de 100 a 125 mg/dL) tem aumentado rapidamente entre adultos americanos (Mainous, Tanner, Jo, & Anton, 2016). Por exemplo, um estudo sugere que 33% dos adultos com 45 anos ou mais e com peso saudável têm pré-diabetes (Mainous et al., 2016). Uma indicação do papel que a massa muscular magra desempenha nesse fenômeno é mostrada em vários estudos em adultos com peso saudável. Outro trabalho mostrou que a força de preensão da mão entre adultos com peso saudável distinguia indivíduos com diabetes ou hipertensão não diagnosticadas de indivíduos normais (Mainous, Tanner, Anton, & Jo, 2016). A força de preensão foi aplicada neste estudo como um preditor para a massa muscular magra e indivíduos com peso saudável e menor força de preensão apresentaram maior probabilidade de ter doença não diagnosticada. Além disso, num outro trabalho em adultos com peso saudável, a baixa força de preensão distinguiu indivíduos com pré-diabetes de indivíduos com normoglicemia (Mainous et al., 2016). Estudos como estes sugerem que a força de preensão e/ou outras medidas de força muscular podem ser uma medida potencial para identificar indivíduos em risco de futuras deficiências funcionais e incapacidade (Kennis et al., 2014; Mendes et al., 2017).

Em indivíduos obesos e idosos, a gordura pode-se infiltrar no músculo e, assim, alterar a composição e a qualidade muscular (McGregor, Cameron-Smith, & Poppitt, 2014; Ward-Ritacco, Adrian, Johnson, Rogers, & Evans, 2014). Além disso, a síntese proteica pode ser comprometida em indivíduos obesos, enfatizando a importância do controle do peso na prevenção da perda de massa muscular (Murton et al., 2015).

O controle de peso em pessoas sarcopênicas com excesso de peso deve ser abordado com muito cuidado, pois qualquer perda de peso, intencional ou não, poderá resultar em perda de massa magra e, portanto, pode acelerar a perda de

músculo em idosos (Miller & Wolfe, 2008). Por exemplo, estima-se que aproximadamente 25% da perda de peso obtida com dietas de curto prazo com restrição de energia seja a perda de massa muscular magra (Pourhassan et al., 2014). Além disso, a recuperação do peso ocorre frequentemente após a perda de peso e, em adultos mais velhos, o peso recuperado é predominantemente composto de massa gorda e, portanto, fases repetidas de perda e recuperação podem produzir ou agravar a obesidade sarcopénica (Beavers et al., 2014; J. S. Lee et al., 2010).

Embora a perda muscular seja um risco conhecido de intervenções no estilo de vida que envolvam restrição energética, a presença de obesidade e sarcopenia em idosos, sem intervenção, é conhecida por levar ao desenvolvimento de incapacidades (Vincent, Vincent, & Lamb, 2010).

Fragilidade

A perda de massa muscular em idosos também é o principal fator responsável pelo desenvolvimento da “fragilidade” (do inglês “*frailty*”), um termo frequentemente usado pelos clínicos para descrever idosos em risco (Landi et al., 2015). Por exemplo, muitos especialistas consideram a fragilidade como uma representação de um estado de maior vulnerabilidade à má recuperação de um evento stressante e maior risco de resultados adversos à saúde, incluindo lesões relacionadas com quedas, delírio, hospitalização e incapacidade (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013; Walston et al., 2006). Tal como a sarcopenia, a prevalência de fragilidade aumenta dramaticamente com a idade (Rockwood & Hubbard, 2004). A fragilidade é muito prevalente nos idosos portugueses, um quinto apresenta fragilidade enquanto metade é classificada como pré-frágil (Sousa-Santos, Afonso, Moreira, et al., 2018).

Apesar do seu uso frequente na prática clínica, permanece uma falta de consenso e critérios específicos para diagnóstico (Dent et al., 2019); no entanto, o critério mais comumente usado para definir um fenótipo físico de fragilidade é o *Fried Frailty Index* (Fried et al., 2001). Com base no *Fried Frailty Index*, é feito um diagnóstico de fragilidade se três ou mais dos seguintes sintomas forem observados: (1) emagrecimento (componente nutricional/ metabólico avaliado por perda de peso não intencional); (2) fraqueza (indicada pela força muscular);

(3) baixa resistência e energia (exaustão autorreferida); (4) lentidão (demonstrada pela velocidade de caminhada lenta); e (5) baixa prática de atividade física (Fried et al., 2001). O critério mais prevalente para classificar a fragilidade nos idosos portugueses é a força de preensão da mão (Sousa-Santos, Afonso, Moreira, et al., 2018). Devido à sobreposição de sintomas entre fragilidade e sarcopenia, mantem-se o debate sobre se essas condições representam um fenómeno fundamentalmente distinto (Clark & Manini, 2010). Além disso, é provável que as intervenções para a sarcopenia também resultem em melhorias nos sintomas de fragilidade. A fragilidade é mais prevalente em idosos com idade avançada, que vivem sem companheiro, possuem cuidador, apresentam sintomas depressivos, doença osteoarticular, história de hospitalização e quedas nos últimos doze meses (Carneiro et al., 2017). Outro estudo indica que nas mulheres idosas a presença de insónia, baixa qualidade do sono e menos de cinco horas de sono podem promover a fragilidade (Moreno-Tamayo et al., 2020).

Segundo um estudo longitudinal europeu, que decorreu entre 2004 e 2012, com 31 044 observações de 12 002 respondentes com 65 anos ou mais, os indivíduos com uma diminuição das condições económicas (rendimentos e privação subjetiva) ao longo do tempo experienciaram e em simultâneo um rápido aumento nos sintomas de fragilidade. Além disso, a natureza da variável económica não afeta o processo de fragilidade da mesma maneira, sendo que isto se torna mais evidente quando se relaciona a diminuição das condições económicas avaliada de forma subjetiva do que de forma objetiva (Sirven, Dumontet, & Rapp, 2020).

Embora as causas da fragilidade, sarcopenia e obesidade sarcopénica sejam multifatoriais, baixos níveis de atividade física combinados com uma alimentação não saudável contribuem para a patogénese de todas estas condições (Goisser et al., 2015). Vários estudos demonstraram efeitos recíprocos entre a redução da atividade física e a perda de massa muscular e qualidade muscular (função ou força muscular) (Batsis et al., 2014; McGregor et al., 2014). A redução da qualidade muscular, pode ser influenciada pelo ganho de peso, que pode levar à perda de tecido metabolicamente ativo (Larson, Misic, & Evans, 2015).

Cancro

O cancro é a segunda principal causa de morte em idosos. No entanto, aos 85 anos, a taxa de mortalidade por cancro começa a baixar (Gorina, Hoyert, Lentzner, & Goulding, 2005). Os tumores de crescimento lento parecem ser comuns nesta população. A resposta ao tratamento do cancro depende do estado funcional e não da idade. Indivíduos na nona ou décima década de vida não devem ter o tratamento agressivo contra o cancro, pois o tratamento acarretará consequências mais negativas do que a própria doença. A triagem não é recomendada para cancro de mama após os 75 anos de idade, devido a evidências insuficientes de benefício, embora possa haver benefício para mulheres com expectativa de vida longa (Lee et al., 2013). Da mesma forma, para pessoas com mais de 75 anos, nos Estados Unidos da América, o rastreio do cancro de cólon é recomendado apenas nos casos em que há uma expectativa de vida longa e uma forte capacidade de tolerar o tratamento de cancro (Lee et al., 2013; Lin et al., 2016). Em qualquer idade, a expectativa de vida é bastante variável em idosos, com base em comorbilidades e outros fatores (Walter & Covinsky, 2001). Para homens com uma idade entre os 55 e os 69 anos, a decisão de realizar uma triagem periódica baseada no antígeno específico da próstata para o cancro da próstata deve ser individual e incluir a discussão dos possíveis benefícios e malefícios da triagem com o médico. Este rastreio não é recomendado para homens com 70 anos ou mais. Isto deve-se à ocorrência de falsos positivos que podem levar a um sobrediagnóstico, tratamento excessivo, e complicações do tratamento, como incontinência e disfunção erétil (Grossman et al., 2018).

1.1.2. Alterações psicológicas e cognitivas

Alterações cognitivas

Com o envelhecimento, algumas capacidades, como a memória de trabalho e a velocidade de processamento, tendem a diminuir com a idade, enquanto outras, como a memória semântica, a resolução quotidiana de problemas e a regulação emocional, são mantidas ou até melhoradas com a idade (Glisky, 2007; Scheibe & Carstensen, 2010). O envelhecimento cerebral não ocorre de forma uniforme,

existindo fatores protetores, nomeadamente genéticos e sociais, como o nível de escolaridade ou a ocupação (Blazer, Yaffe, & Karlawish, 2015). Um estudo de (Weng, George, Jiang, & Wang, 2020) com adultos com 45 ou mais anos verificou que participantes com um pior suporte social/ emocional sofreram um declínio cognitivo subjetivo em comparação com aqueles com suporte adequado. O envelhecimento cognitivo normal não leva à demência, além disso nem todas as funções cerebrais diminuem com a idade. A sabedoria e o conhecimento aumentam com o envelhecimento normal, contribuindo para o respeito concedido aos idosos da comunidade. Empatia e altruísmo também podem aumentar com a idade (Rosen, Brand, & Kalbe, 2016).

A alimentação também parece desempenhar um papel importante no declínio cognitivo: idosos com uma alimentação de elevada qualidade apresentam menor risco de declínio cognitivo global (Chou et al., 2019).

Demência

A demência é definida como uma diminuição em duas ou mais capacidades cognitivas que comprometem a função, mas não o estado de alerta ou a atenção. O declínio cognitivo distingue a demência da deficiência intelectual ao longo da vida e dos distúrbios únicos de aprendizagem, ambos presentes desde o nascimento e sintomáticos na infância. A demência é uma síndrome e não uma doença específica, sendo os tipos mais comuns a doença de Alzheimer, demência vascular, demência com corpos de Lewy e demência frontotemporal (Oh & Rabins, 2019). Muitos idosos com demência não obtêm o apoio de que necessitam e podem estar a viver ou a conduzir sem segurança (Amjad, Roth, Samus, Yasar, & Wolff, 2016). O *Mini-Mental State Examination* de Folstein é o instrumento mais usado para diagnosticar demência (Kenny et al., 2013). Pessoas com demência necessitam de ter a oportunidade de receber estímulos cognitivos, apoio de cuidadores e possivelmente tecnologias assistidas para melhorar a sua segurança e a sua independência.

Depressão

A depressão não é uma consequência normal do envelhecimento. A definição da depressão como um transtorno é baseada em sintomas que formam uma

síndrome e causam um comprometimento funcional. Alguns sintomas são mais específicos para um transtorno depressivo, como anedonia (capacidade diminuída de experimentar prazer), variação diurna (isto é, os sintomas de depressão são piores durante certos períodos do dia) e intensificação da culpa por estar doente. Outros sintomas, como sintomas neurovegetativos (fadiga, perda de apetite ou peso, insónia), são muito comuns em outras doenças (Malhi et al., 2014).

Para um diagnóstico de transtorno depressivo major, é necessário apresentar cinco ou mais dos sintomas quase todos os dias durante o mesmo período de duas semanas, desde que pelo menos um desses sintomas seja fundamental. Os sintomas clínicos do transtorno depressivo *major* geralmente são acompanhados por comprometimento funcional (American Psychiatric Association, 2013).

A depressão é ainda mais comum entre idosos institucionalizados e portadores de deficiência (Stek et al., 2006). Um estudo realizado com idosos residentes no Bangladesh, reportou como fatores de risco para a depressão: viver numa área rural, histórico de depressão pessoal e/ ou familiar anterior, não se envolver em atividades do quotidiano, não praticar atividades físicas regularmente, não ter passatempos, ter uma alimentação inadequada, e não se envolver em práticas religiosas regularmente (Disu, Anne, Griffiths, & Mamun, 2019). Um estudo transversal apontou o isolamento social, a insegurança alimentar e problemas de mobilidade como fatores associados à depressão entre os idosos (Mesbah, Sulaiman, Shariff, & Ibrahim, 2020).

Insónia

O sono muda com o envelhecimento. Especificamente, as crianças pequenas dormem entre 10 e 14 horas por dia, enquanto a duração recomendada para idosos é entre 7 e 8 horas diárias (Hirshkowitz et al., 2015). É importante referir que a insónia não faz parte do normal processo de envelhecimento, contudo a sua prevalência aumenta com a idade. A insónia é amplamente definida como insatisfação com o sono, qualitativa ou quantitativamente. Isto geralmente está relacionado a um ou mais dos seguintes factores: (1) dificuldade em iniciar o sono, (2) dificuldade em manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas em retomar o sono após despertares e (3) despertar

matinal com incapacidade de retornar ao sono (American Psychiatric Association, 2013). Vários fatores aumentam o risco de os idosos desenvolverem insónia, como fatores ambientais, comportamentais, clínicos e sociais. Por exemplo, os idosos podem ter de trocar de cama e alterar os horários de despertar depois de se reformarem. Além disso, também tendem a ter mais comorbilidades e a tomar mais medicamentos, o que aumenta ainda mais o risco de distúrbios do sono (Miner & Kryger, 2020). Se não for tratada, a insónia está associada a comorbilidades, sendo o nível mais forte de evidência para doenças mentais. Os idosos com insónia têm um aumento de 23% no risco de desenvolvimento de sintomas de depressão (Jausent et al., 2011). Em mulheres idosas, a presença de insónia, baixa qualidade do sono e menos de cinco horas de sono podem promover fragilidade (Moreno-Tamayo et al., 2020). Além disso, está ainda associada a síndrome metabólica (Troxel et al., 2010), doenças cardiovasculares (Palagini et al., 2013) e pior qualidade de vida (Lucena et al., 2020).

1.1.3. Alterações a nível social e ambiental

Redes de suporte social

Em geral, os idosos preferem permanecer em sua própria casa e viver de forma independente (Boldy, Grenade, Lewin, Karol, & Burton, 2011). Contudo, em 2014, nos Estados Unidos da América, cerca de 13% das mulheres e 8% dos homens acima dos 85 anos viviam em lares ou em outros ambientes institucionais (Pew Research Center, 2016). Estas taxas caíram nas últimas décadas, provavelmente devido a menores níveis de incapacidade e melhores opções de tratamento em casa. O apoio a cuidadores domiciliares e a promoção de serviços médicos e sociais de assistência domiciliar podem consequentemente minimizar a institucionalização (National Academies of Sciences, 2016).

Com o envelhecimento, os idosos dependem mais da sua própria rede social — por exemplo, familiares e amigos (Greenfield, 2016). Como passam mais tempo na vizinhança e ficam mais tempo no mesmo ambiente que os adultos trabalhadores, os contactos dos vizinhos são importantes para estimular a inclusão social, o apego ao local e a satisfação social (Bowling & Stafford, 2007; Kemperman, van den Berg, Weijs-Perrée, & Uijtdewillegen, 2019; Seifert, 2020).

Além disso, tem sido reportado que fatores sociodemográficos e a mobilidade influenciam o sentimento de solidão em idosos (van den Berg, Kemperman, de Kleijn, & Borgers, 2016).

Dada a maior esperança de vida das mulheres e, assim, a maior hipótese de ficarem viúvas (Barford, Dorling, Davey Smith, & Shaw, 2006), é importante entender as mudanças nas suas redes de suporte social à medida que envelhecem. As mulheres são tipicamente retratadas como tendo redes sociais maiores, mais favoráveis e menos assentes na rede familiar (Santini et al., 2016). A sua associação ao longo da vida com recursos sociais pode levar a melhorias na diferença de género em idades mais avançadas, como indicado por estudos que mostraram que as mulheres experimentam melhor contato e apoio emocional ao longo do tempo (Fischer & Beresford, 2015) e mantêm mais laços de amizade do que os homens (Stevens & Van Tilburg, 2010).

Além da estrutura social do ambiente em que vivem, também existem relações entre o ambiente de vida físico (por exemplo, tipo de moradia, densidade urbana e comodidades), participação social e, eventualmente, sentimentos de solidão (Weijs-Perrée, Berg, Arentze, & Kemperman, 2017).

Ambiente e atividade física

A urbanização e o envelhecimento são fenómenos globais e oferecem desafios únicos em diferentes países. Um ambiente favorável desempenha um papel crítico na abordagem da questão da mudança comportamental e da promoção da saúde entre os idosos (Huang, Kung, & Hu, 2018).

A existência de locais onde os idosos possam praticar atividade física próximo de casa é importante. Segundo um estudo (Chaudhury, Campo, Michael, & Mahmood, 2016), os idosos praticam atividade física principalmente em casa (87,1%), na vizinhança (76,5%) e em parques (58,1%). A urbanização, o ambiente construído e os rendimentos médios dos municípios têm uma relação positiva com a atividade física dos idosos, sendo que parques e espaços verdes foram associados com a realização dos níveis de atividade física recomendados (Huang et al., 2018). Outro estudo aponta as infraestruturas, como parques seguros, áreas para caminhadas e disponibilidade de carros, como sendo importantes para

incentivar a atividade ao ar livre entre os idosos a viver na comunidade, realçando que para aqueles com uma capacidade limitada de realizar atividades diárias, a segurança dos parques e das áreas para caminhadas é mais importante (Kato, Arai, Morita, & Fujita, 2020).

Ambiente alimentar

Ao nível do ambiente alimentar, tem sido reportado que uma menor disponibilidade de lojas de alimentos saudáveis está associada à mortalidade, principalmente em idosos que não têm transporte próprio, apontando-se que morar num bairro com muitas opções para comprar hortofrutícolas a uma curta distância pode ser importante para o envelhecimento saudável (Tani et al., 2018). Outro estudo indica que a quantidade de restaurantes de *fast food* e lojas de conveniência e supermercados perto de casa dos idosos é um fator ambiental importante para o cumprimento das diretrizes de consumo de hortofrutícolas. Isto verifica-se na medida em que uma maior quantidade de restaurantes de *fast food* está relacionada com uma menor frequência de consumo de hortofrutícolas e que mais lojas de conveniência e supermercados perto de casa dos idosos está associada a uma maior frequência (Zhang & Huang, 2018). Noutro estudo verificou-se que o acesso a pontos de venda de alimentos saudáveis está relacionado um menor índice de massa corporal, em adultos com mais de 45 anos (Chen et al., 2020).

Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários são entendidos como cuidados essenciais que devem ser universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias numa comunidade. Devem integrar os principais problemas de saúde dessa comunidade e promover a saúde e a prevenção de doenças (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018). Os cuidados de saúde primários são muito importantes, o que se traduz em melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, acessibilidade, continuidade dos cuidados, menores custos, melhor relação custo-benefício e maior satisfação, sem afetar a qualidade da assistência prestada (Biscaia & Heleno, 2017).

Vários fatores influenciam o tipo e o nível de uso dos serviços, que dizem respeito às características individuais dos utilizadores, mas também ao contexto e às características do próprio sistema de saúde (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018). Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como fatores relacionados com as necessidades de saúde: morbidade, gravidade e urgência da doença; com os utilizadores: características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), fatores socioeconómicos (rendimentos, educação), culturais e psicológicos; com os prestadores de serviço; organização: recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de profissionais, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; política: tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, valor, tipo de distribuição de recursos, legislação e regulamentos profissionais e do sistema, entre outros (Aguilar-Palacio, Carrera-Lasfuentes, Solsona, Sartolo, & Rabanaque, 2016; Figueira, Silva, & Silva, 2018; Morera Salas & Aparicio Llanos, 2010; Valtorta, Moore, Barron, Stow, & Hanratty, 2018; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

Um estudo com uma coorte nacionalmente representativa de brasileiros idosos, reportou que os níveis de acesso e utilização dos cuidados de saúde primários eram bastante elevados: cerca de 83% tinham tido pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, com média de 4,4 visitas por ano. Idosos com planos de saúde privados visitavam os médicos especialistas com mais frequência, enquanto os que apenas tinham o serviço público de saúde eram mais propensos a visitar um clínico geral (Macinko, Andrade, Souza Junior, & Lima-Costa, 2018). Outro estudo alemão reporta que o risco de ser um utilizador frequente aumenta quando um idoso sofre de mais doenças crónicas. Contudo, esse risco diminui com um melhor funcionamento das unidades de saúde. No entanto, os indivíduos com depressão eram menos propensos a serem utilizadores frequentes. Foi encontrada uma associação entre a utilização frequente dos serviços de saúde e estar preocupado com a situação financeira de alguém (Buczak-Stec et al., 2020).

Quando não existem dados sobre saúde, não é possível reconhecer a existência de um problema, e boas evidências sobre os níveis de saúde, a sua distribuição e

os seus determinantes sociais são essenciais para compreender a magnitude do problema, avaliando os efeitos das ações e monitorização do progresso. O estudo dos determinantes sociais da saúde, incluindo os cuidados de saúde, torna os serviços de saúde mais eficazes (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

1.2. Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a alimentação

Características culturais, sociais e psicológicas, bem como a adesão a estilos de vida saudáveis, podem desempenhar um papel mais importante do que a própria genética do envelhecimento. Nos últimos anos, devido à alta incidência de problemas de saúde, como doenças crónicas não transmissíveis, principalmente as relacionadas com a alimentação, a relevância de vários aspetos como padrões alimentares da população, inovação alimentar e qualidade de vida têm sido cada vez mais investigadas (Costa et al., 2017; Eskola, Elliott, Hajslova, Steiner, & Krska, 2019; Fardet & Boirie, 2014).

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a perceção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). Este é um conceito holístico, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com características ambientais (WHOQOL Group, 1995). Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento ativo é o processo de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos. Baseia-se essencialmente em três pilares: redução do risco de doença e/ou incapacidade, promoção do estado de saúde mental, e manutenção da autonomia e independência (World Health Organization, 2002).

A qualidade de vida pode ser avaliada de diferentes maneiras; os mais utilizados são questionários, autorrelatos ou entrevistas que variam de acordo com a abordagem e os objetivos do estudo. Existem instrumentos que tentam

padronizar as medidas que permitem uma comparação entre estudos e culturas, como o *Short Form Health Survey* (SF-36), para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, ou o *World Health Organization Quality of Life - 100* (WHOQOL-100) para avaliação da qualidade de vida de forma mais ampla (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012).

A qualidade de vida relacionada com a alimentação é um construto semelhante à qualidade de vida relacionada com a saúde, mas avalia o impacto específico da alimentação, comportamentos alimentares e ansiedade relacionada com a alimentação. Uma forma de avaliar a qualidade de vida relacionada com a alimentação é através de escalas, com ênfase na Escala de Avaliação de Qualidade da Vida Relacionada com a Alimentação, desenvolvida e validada no âmbito do projeto *Food in Later Life* e validada em vários países europeus incluindo Portugal (Grunert, Dean, Raats, Nielsen, & Lumbers, 2007).

Entre os idosos, podem ocorrer mudanças nos hábitos alimentares devido a mudanças relacionadas com o processo de envelhecimento, por exemplo por condições fisiológicas (Leslie & Hankey, 2015; McLean & Kiel, 2015), psicológicas (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2015) e sociais (Bloom, Edwards, et al., 2017; Cecília de Moraes, de Almeida, & Afonso, 2010). Num estudo de Afonso, Graça, and de Almeida (2004) foi realçado o facto de os determinantes da aquisição, preparação e consumo de alimentos serem marcadamente determinados por características socioeconómicas (preço, disponibilidade, hábitos alimentares, tradições, presença de apoio social formal ou informal), bem como por restrições físicas e de saúde (relacionadas com o envelhecimento em si e presença de patologia crónica e consequente modificação de hábitos alimentares). Os autores também enfatizaram a importância de fatores e condições psicológicas (como a solidão devido à perda do cônjuge) como forma de explicar a baixa qualidade de vida relacionada com a alimentação em idosos.

Deste modo, os alimentos não são apenas determinantes do estado de saúde, mas também da qualidade de vida numa perspetiva holística, incluindo a felicidade (Veenhoven, 2019). De facto as refeições são muito mais do que a oportunidade de consumir alimentos a fim de ter a energia e os nutrientes necessários à vida; são experiências sociais que também suscitam sentimentos

de conforto e segurança, e contribuem para uma sensação geral de bem-estar, onde o papel da família e dos amigos é fundamental (Mahadevan, Hartwell, Feldman, Ruzsilla, & Raines, 2014). A família pode ser considerada um fator protetor para um bom envelhecimento e um recurso importante para alcançar uma alta qualidade e satisfação com a vida nos idosos (Kimura et al., 2012; von Humboldt, Leal, & Pimenta, 2015). Por outro lado, tem sido reportado que entre os idosos, fazer as refeições sozinho está associado a uma menor qualidade de vida, depressão, alimentação menos variada (Kimura et al., 2012), maus hábitos alimentares, como saltar refeições, baixa ingestão de hortofrutícolas, consumir menos alimentos confeccionados em casa, e obesidade (Tani et al., 2015). Estudos (Grunert et al., 2007; Seo, Cho, Kim, & Ahn, 2013) apontam a alimentação como um dos domínios que afeta a satisfação dos idosos com a vida, sugerindo que a satisfação com a vida relacionada com a alimentação está positivamente relacionada com a satisfação com a vida em geral. Além disso, essa relação está associada a poucos problemas de saúde mental e aspetos sociais em idosos (Seo et al., 2013). Um estudo recente com idosos equatorianos institucionalizados reporta que ser homem ou ter maior satisfação com a situação económica está relacionada com uma maior satisfação com a vida relacionada com a alimentação. Quanto maior for o gasto com os alimentos ou a importância atribuída à família ou quanto melhores forem os hábitos alimentares ou menor a neofobia alimentar, maior a satisfação com a vida relacionada com a alimentação. Além disso, foi encontrada uma associação positiva entre esta e uma escala que avaliava os recursos percebidos relacionados com a alimentação que incluía 22 itens, entre os quais: ser capaz de provar e cheirar bem; ter acesso a alimentos que são rápidos e fáceis de preparar; ter acesso a meios convenientes de transporte público ou privado; ter acesso a produtos e marcas de alimentos de alta qualidade; ter acesso a alimentos a preços baixos; ter boas aptidões culinárias; ter boa saúde oral; ter boas instalações de armazenamento de alimentos, como congelador, frigorífico ou armários (Lobos, Schnettler, Lapo, Mera, & Bustamante, 2019).

O estudo da qualidade de vida em populações saudáveis de idosos pode ser especialmente importante, pois permite entender o envelhecimento saudável e delinear estratégias para manter a saúde em anos mais avançados.

1.3. Fatores que influenciam a escolha alimentar

A alimentação está intimamente relacionada com saúde e a doença. No entanto, apesar dos mecanismos específicos por trás de muitas associações de saúde e alimentação não serem conhecidos, a alimentação saudável [tal como recomendado por organizações nacionais (Barbosa, Pimenta, & Real, 2017) e internacionais (FAO & WHO, 2018)] é muito importante para a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

A alimentação é um fator determinante para a saúde ao longo do ciclo de vida. Embora as preferências alimentares na infância pareçam ser determinadas principalmente pela simples exposição e aprender a aceitar novos sabores e aromas, durante a idade adulta os sistemas sensoriais desempenham um papel funcional importante na forma como as escolhas são feitas no ambiente alimentar (Boesveldt et al., 2018). No entanto, tal como já discutido, o processo de envelhecimento leva a mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que afetam as escolhas alimentares (Leslie & Hankey, 2015).

Todas estas mudanças associadas ao envelhecimento influenciam a escolha dos alimentos e interferem na alimentação. Por exemplo, perda de dentes, apetite e olfato pode levar a maus hábitos alimentares (Amarya et al., 2015; Pilgrim, Robinson, Sayer, & Roberts, 2015). Além disso, doenças relacionadas com a idade e a toma de vários medicamentos frequentemente interferem na ingestão, absorção e metabolismo dos nutrientes (Pilgrim et al., 2015). Estudos mostraram que uma boa rede de suporte social (Bloom, Lawrence, et al., 2017; Kim, 2016), alto nível de rendimentos, boa saúde física e mental e boas condições de mobilidade afetam positivamente a alimentação dos idosos (Dean, Raats, Grunert, & Lumbers, 2009; Kamphuis, de Bekker-Grob, & van Lenthe, 2015). Por outro lado, rendimentos mais baixos estão relacionados a um maior risco de insegurança alimentar e, portanto, não apenas a quantidade pode ser comprometida, mas também a qualidade/adequação dos alimentos. Assim, o estado de saúde dos idosos também é comprometido, e estudos em áreas rurais apontam como uma barreira estrutural a dificuldade em obter transporte adequado para os alimentos de e para os supermercados (Homenko, Morin, Eimicke, Teresi, & Weinstock, 2010).

Portanto, a identificação e a compreensão dos fatores que influenciam a alimentação nos idosos são importantes para restringir ou promover o consumo de certos alimentos (Host, McMahon, Walton, & Charlton, 2016). O estudo dessas variáveis tem implicações na nutrição clínica, e na saúde pública, bem como no desenvolvimento de novos produtos e serviços destinados aos idosos.

1.3.1. Fontes de informação sobre alimentação

Tal como referido anteriormente, o envelhecimento não afeta os idosos de forma homogênea: alguns mantêm os seus hábitos alimentares ao longo da vida, enquanto outros tendem a alterá-los devido a circunstâncias pessoais ou sociais que influenciam a saúde e o estado nutricional (Vesnaver, Keller, Payette, & Shatenstein, 2012).

Nos idosos a prevenção e o tratamento de doenças crónicas exigem consistência, não apenas na seleção de alimentos adequados, mas também na manutenção a longo prazo de hábitos saudáveis. O aumento de doenças relacionadas com a alimentação tem sido associado a maus hábitos alimentares e a uma diminuição na capacidade de preparação dos alimentos (Bifulco & Caruso, 2007).

A literacia em saúde pode ser definida como o conjunto de capacidades cognitivas e sociais do indivíduo e a capacidade geral de entender e usar as informações de maneira a promover e manter uma boa saúde. Isto inclui a capacidade de tomar decisões de saúde informadas no seu quotidiano: em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político. Permite que as pessoas obtenham mais controlo sobre a sua saúde, capacidade de procurar informações e assumir responsabilidades (World Health Organization, 1998).

Os fatores que mais contribuem para a literacia em saúde inadequada são: nível de escolaridade, nível socioeconómico e limitações físicas (Garcia-Codina et al., 2019). Deste modo, os idosos constituem um grupo vulnerável, pois vivem com baixos rendimentos, têm baixos níveis de escolaridade e têm mais limitações físicas. Isto é preocupante, uma vez que é precisamente esse grupo populacional que mais necessita de cuidados de saúde, por exemplo, devido à alta prevalência de doenças crónicas. Um baixo nível de literacia em saúde pode

indicar que os idosos não entendem suficientemente as doenças crônicas, têm dificuldade em se autogerir, têm uma baixa taxa de uso de recursos médicos (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Heijmans, Waverijn, Rademakers, van der Vaart, & Rijken, 2015) e podem ter maus hábitos alimentares (Ayre, Bonner, Cvejic, & McCaffery, 2019). A falta de tratamento adequado resulta em más condições gerais de saúde, mortalidade, hospitalização e consultas de emergência, levando ao aumento das despesas pessoais e nacionais em saúde (Berkman et al., 2011; Heijmans et al., 2015).

A baixa literacia em saúde pode afetar a capacidade de os idosos beneficiarem dos serviços de saúde, dos quais se espera que participem ativamente, a fim de permitir a sua melhoria contínua. O aumento da literacia em saúde tem sido reconhecido como uma estratégia para reduzir as disparidades de saúde entre grupos vulneráveis, devido ao potencial para melhorar o autocontrolo da sua saúde (Manafó & Wong, 2012).

Estudos que descrevem a procura de informação em saúde por idosos são escassos e como resultado acabam por descrever principalmente fontes informais de informação como as suas redes sociais (Colon-Ramos et al., 2009). Essas fontes incluem a obtenção de informações sobre saúde antes ou depois dos serviços religiosos, no trabalho e durante as refeições com os amigos (Case, 2002). Compreender as características da procura e partilha de informações em saúde entre os idosos tem um valor teórico e prático substancial. Para os idosos, os amigos são a fonte dominante de informações sobre saúde (Paige Altizer, Grzywacz, Quandt, Bell, & Arcury, 2014). Sabe-se também que esse intercâmbio de informações é o mecanismo pelo qual as redes sociais afetam a saúde (Ackerson & Viswanath, 2009; Wang, Viswanath, Lam, Wang, & Chan, 2013). Segundo um estudo realizado no estado de Washington, como fontes específicas de informação em saúde, os idosos preferem (em ordem decrescente): prestadores de serviços de saúde, farmacêuticos, amigos e familiares, funcionários reformados da comunidade, jornais, internet, televisão e rádio (Chaudhuri, Le, White, Thompson, & Demir, 2013). Um estudo recente relativo ao consumo de feijões, reporta que os idosos gostariam de obter mais informações sobre as propriedades nutricionais e/ ou de saúde do feijão, através

das suas fontes preferidas mais comuns, como rótulos de alimentos, folhetos e internet (Farrell, Doma, Leith-Bailey, Soucier, & Duncan, 2019).

Deste modo é importante conhecer como os idosos preferem receber informações sobre alimentação saudável, a fim de melhorar a sua literacia em saúde relacionada com a alimentação e transmitir-lhes informações sobre hábitos alimentares saudáveis, adaptados às suas condições pessoais, sociais e clínicas.

2. Objetivos

Face ao exposto na secção anterior, verificou-se que os idosos passam por várias alterações e a vários níveis (e.g. físico, psicológico e cognitivo, social e ambiental) durante o processo de envelhecimento. Por isso, é importante conhecer a situação dos idosos de forma holística de modo a desenvolver estratégias promotoras de saúde mais específicas e eficazes dirigidas a estes. Deste modo foram delineados o objetivo geral e os específicos da presente dissertação.

Geral

- Avaliar de forma multidimensional a saúde, estado nutricional e os seus fatores associados em idosos a viver na comunidade.

Específicos

- Caracterizar o estado de saúde dos idosos a viver em comunidade e utilização dos serviços de saúde e de ação social pelos mesmos;
- Relacionar o estado de saúde, o estado nutricional e o risco metabólico com dados sociodemográficos dos idosos a viver em comunidade;
- Avaliar a relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e o contexto sociodemográfico e de saúde dos idosos;
- Avaliar os fatores que influenciam a escolha dos alimentos consumidos pelos idosos a viver em comunidade e relacioná-los com a qualidade de vida, estado de saúde e nutricional, e fatores sociodemográficos;
- Relacionar as fontes de informação sobre alimentação saudável com aspetos sociodemográficos.

3. Material e Métodos

3.1. População e amostra

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto PRONUTRISENIOR, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar "Nova Via", pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Espinho-Gaia, Vila Nova de Gaia.

O projeto PRONUTRISENIOR recorreu a uma abordagem holística, considerando os idosos que vivem na comunidade, com o intuito de capacitar melhor os profissionais de saúde (e outros que trabalham na comunidade) para monitorizar o seu estado nutricional e reduzir a desnutrição. A formação e a capacitação dos profissionais foram precedidos por uma avaliação da comunidade de modo a integrar essas informações nos materiais educacionais e informativos desenvolvidos para apoiar os programas de formação e capacitação desenvolvidos posteriormente (Afonso et al., 2016).

A população-alvo do PRONUTRISENIOR foi composta por todos os idosos (idade igual ou superior a 65 anos) inscritos na Unidade de Saúde Familiar "Nova Via" e residentes nas freguesias da Madalena, Valadares ou Vilar do Paraíso, correspondendo a um total de 3073 potenciais participantes. Por aspetos logísticos e éticos, o tipo de amostragem utilizado foi de conveniência, tendo sido contactados os idosos que se encontravam registados nos ficheiros do médico de família da unidade de saúde familiar.

3.2. Protocolo de recolha de dados

O protocolo de avaliação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Todos os procedimentos seguiram as recomendações da Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

A aplicação dos protocolos, por licenciados em ciências da nutrição treinados, decorreu entre os meses de fevereiro e maio de 2016, numa situação face-a-face. No primeiro contacto com cada potencial participante eram fornecidas informações gerais sobre o projeto e explicados os seus principais objetivos. Eram também especificados os objetivos diretamente relacionados com a

informação a recolher através do protocolo, bem como as condições de participação. Estas informações eram complementadas pela descrição constante na declaração de consentimento informado. Após esclarecimento de eventuais dúvidas, e em caso de concordância com a participação no projeto, esta declaração era assinada em duplicado pelo participante (ou seu representante), ficando uma das cópias com a equipa de investigação e a outra na posse do participante.

O protocolo estava disponível em papel e em versão digital (aplicação *LimeSurvey*; *LimeSurvey Project Team*), a utilizar de acordo com as condições possíveis. Era composto por uma secção introdutória de identificação do próprio protocolo (código, data de aplicação e inquiridor), a que se seguem 18 secções (A a R): A | Caracterização sociodemográfica; B | Caracterização da habitação, agregado familiar e rede social; C | Mini Exame do Estado Mental; D | Atividades quotidianas; E | Perceção global do estado de saúde; F | Saúde oral; G | Órgãos dos sentidos; H | Envelhecimento músculo-esquelético; I | Utilização dos serviços de saúde e de Ação social; J | Caracterização clínica; K | Estilos de vida; L | Aquisição de alimentos: rotina, determinantes e apoio; M | Inquérito alimentar às 24 horas anteriores e hábitos alimentares; N | Escala de avaliação da qualidade de vida relacionada com a alimentação; O | Variações sazonais e hábitos alimentares ao longo da vida; P | Informação sobre alimentação; Q | Gastos com alimentação e rendimentos; R | Dados antropométricos e de composição corporal.

De seguida identificam-se e descrevem-se as secções do protocolo de avaliação que foram estudadas no âmbito do presente trabalho:

- *A | Caracterização sociodemográfica*

Sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional.

- *B | Caracterização da habitação, agregado familiar e rede social*

Composição e do agregado familiar, caracterização do alojamento, frequência de instituições (associações, centros de dia, centros de convívio ou similares) e caracterização da rede de suporte social. Três questões desta secção, conjuntamente com o estado civil (secção A) compõem o Índice de Rede Social de Fillenbaum (1986).

- *C | Mini Exame do Estado Mental*

O Mini Exame do Estado Mental (do original *Mini Mental State Examination*; Folstein, Folstein, and McHugh (1975); Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, and Garcia (1994)) foi utilizado como instrumento de rastreio do estado cognitivo. Com base na pontuação total obtida no Mini Exame do Estado Mental (soma da pontuação nos sete domínios ou funções avaliadas), valorizada em função do número de anos de escolaridade, o participante era classificado como apresentando ou não defeito cognitivo. Em caso de défice cognitivo não eram aplicadas as secções D a Q do protocolo, passando-se diretamente para a secção R (dados antropométricos e de composição corporal).

- *D | Atividades quotidianas*

Esta secção inclui as questões da Escala de Independência de Lawton e Brody (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008; Lawton & Brody, 1969) e a questão N (modo de se alimentar) do *Mini Nutritional Assessment*.

- *F | Saúde oral*

Sete questões com resposta dicotómica (sim/ não) destinadas a identificar condições ou patologias relacionadas com a saúde oral nomeadamente: “boca seca” (xerostomia), problemas de mastigação, problemas de deglutição, perda parcial ou total dos dentes, prótese fixa ou móvel, cancro oral, e dor oro-facial. No final de cada questão era perguntado aos participantes se essa condição ou patologia relacionada com a saúde oral interferia ou não com a sua alimentação.

- *G | Órgãos dos sentidos*

Cinco questões para identificação da existência e gravidade de problemas associados a cada um dos sentidos: tem problemas de visão/ audição/ olfato/ paladar/ tato? As estas questões os participantes poderiam selecionar as seguintes opções: nenhum/ alguns/ muitos.

- *H | Envelhecimento músculo-esquelético*

Os participantes foram questionados quanto à sua mobilidade (questão C do *Mini Nutritional Assessment*) – com possibilidade de resposta: restrita(o) ao leito ou à cadeira de rodas; deambula, mas não é capaz de sair de casa; normal. Bem como quanto aos seus problemas de equilíbrio, à sua perda de força muscular e

às suas alterações ou dores articulares. As estas questões os participantes poderiam selecionar as seguintes opções: nenhum/ alguns/ muitos.

- *I | Utilização dos serviços de saúde e de Ação social*

Identificação dos serviços utilizados e respetiva frequência.

- *J | Caraterização clínica*

Identificação de doenças e problemas de saúde e respetiva medicação e toma de suplementos. A partir da medicação foi obtida a informação necessária à questão H do *Mini Nutritional Assessment* (utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia). Questões D (stresse psicológico ou doença aguda), E (problemas neuropsicológicos), I (lesões na pele ou escaras) e O (acredita ter algum problema nutricional) do *Mini Nutritional Assessment*.

- *L | Aquisição de alimentos: rotina, determinantes e apoio*

Grau de importância atribuído a determinantes da escolha de alimentos através de uma lista de 16 itens, cada um dos quais composto por uma afirmação a classificar numa escala de *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: (1) nada importante; (2) pouco importante; (3) moderadamente importante (4), muito importante; (5) extremamente importante.

- *N | Escala de avaliação da qualidade de vida relacionada com a alimentação*

Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Alimentação, desenvolvida e validada no âmbito do projeto *Food in Later Life* (Grunert et al., 2007). Esta escala é composta por 5 itens, cada um dos quais composto por uma afirmação a classificar numa escala de *Likert* de 5 pontos com cotação de 0 a 4 pontos (“discordo fortemente” = 0; “discordo” = 1; “nem concordo nem discordo” = 2; “concordo” = 3; “concordo fortemente” = 4). A pontuação global corresponde à soma da pontuação de todos os itens, pelo que pode variar entre 0 e 20 pontos.

- *P | Informação sobre alimentação*

Interesse sobre a alimentação, sobre a receção de informações sobre alimentação, e preferências quanto às formas de receber informação sobre alimentação.

- *R | Dados antropométricos e de composição corporal*

Comprimento do antebraço, perímetro do braço (questão Q do *Mini Nutritional Assessment*), perímetro geminal (questão R do *Mini Nutritional Assessment*) e perímetro da cintura. Estatura apresentada no bilhete de identidade ou cartão do cidadão. Estatura e peso medidos (com base nos quais seria posteriormente calculado o índice de massa corporal: questão F do *Mini Nutritional Assessment*). Perda de peso involuntária nos últimos três meses (questão B do *Mini Nutritional Assessment*). As medições foram efetuadas segundo os procedimentos indicados no manual que acompanha o *Mini Nutritional Assessment* (Nestlé Nutrition Institute, S/D) e nas referências neste constantes. O estado ponderal foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal e classificado segundo os critérios de Lipschitz (1994): <22 - baixo peso; entre 22 e ≤ 27 - peso adequado; >27 - excesso de peso. Em relação aos equipamentos utilizados, o peso foi medido através de uma balança digital (TANITA BC-601) com uma precisão de medida de 0,1 kg, a estatura foi medida através de um estadiómetro fixo com uma precisão de 0,1 cm, e os perímetros: geminal, do braço e da cintura foram medidos com uma fita métrica com uma precisão de 0,1 cm.

Importa ainda salientar que cada secção terminava com um campo para eventuais observações, e no final do protocolo havia também um campo para observações gerais. Este último campo destinava-se também a permitir que o participante fornecesse qualquer informação ou fizesse qualquer comentário adicional. Juntamente com as indicações deste campo, era dada ao participante a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

3.3. Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o programa *IBM SPSS Statistics* versão 23.0 para *Windows*. A normalidade das variáveis cardinais foi avaliada através dos coeficientes de simetria e achatamento. A estatística descritiva consistiu no cálculo das médias e desvios-padrão (DP), medianas e percentis (P25; P75) e frequências absolutas (n) e relativas (%). O teste exato de *Fisher* foi usado para avaliar a independência entre pares de variáveis, o teste de *Mann-Whitney* para comparar ordens médias de amostras independentes e o teste Q de *Cochran* para comparar proporções de amostras emparelhadas. Para a análise da correlação utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, que mede o grau de associação das variáveis. A hipótese nula foi rejeitada quando $p < 0,05$. Para ajustar os valores de p para testes múltiplos (por exemplo, doenças/ problemas de saúde), foi aplicada a correção de *Bonferroni*.

4. Resultados

A taxa de participação foi de 61,9% (602 dos 972 potenciais participantes contactados), correspondendo a 19,6% da população.

Dos 602 participantes, 143 (30,6%) apresentavam defeito cognitivo (avaliado pelo *Mini Mental State Examination*), pelo que apenas se dispõe de dados referentes às secções D a P do protocolo para os restantes 459 participantes (14,9% da população).

4.1. Caracterização sociodemográfica, do estado de saúde e de utilização dos serviços de saúde e de ação social

De um total de 602 participantes, a maioria era do sexo feminino, com idades entre 65 e 74 anos, casados e reformados. A média de escolaridade foi de 5,1 anos (DP = 2,6). A maioria morava em casa própria e na companhia de outras pessoas – Tabela 1.

Na Tabela 2 podem-se observar os problemas reportados pelos idosos relacionados com envelhecimento dos órgãos dos sentidos. A maioria dos idosos tem perda parcial ou total dos dentes (edentulismo) e utiliza prótese dentária. De referir que, os problemas de mastigação, de deglutição e dor oro-facial, são os problemas de saúde oral que mais interferem com a alimentação. Também são reportados por grande parte dos idosos problemas de visão, problemas de equilíbrio e perda de força muscular.

Na Tabela 3 encontra-se a caracterização do estado de saúde e o número de medicamentos tomados pelos idosos. As principais doenças/ problemas de saúde que afetam os idosos estão relacionados com o sistema cardiovascular como a hipertensão arterial e dislipidemias (colesterol e/ou triglicerídeos elevados), seguidos de doenças/ problemas osteoarticulares, doenças/ problemas gastrointestinais e diabetes *mellitus*. Grande parte dos participantes toma pelo menos 1 medicamento para as doenças/problemas de saúde que reportou.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica.

n = 602	n (%) *
Sexo	
Masculino	277 (46,0)
Feminino	325 (54,0)
Idade	
65 a 74 anos	364 (60,5)
75 anos ou mais	238 (39,5)
Estado Civil	
Solteiro	17 (2,8)
Casado ou em União de Facto	408 (67,8)
Divorciado ou separado	23 (3,8)
Viúvo	154 (25,6)
Escolaridade (anos) Média (dp)	5,1 (2,6) **
Situação Profissional	
Ativo	21 (3,5)
Desempregado	3 (0,5)
Reformado	561 (93,2)
Doméstica	17 (2,8)
Mora sozinho	
Sim	122 (20,3)
Não	480 (79,7)
Tipo de habitação	
Casa	483 (80,2)
Apartamento	119 (19,8)
Rede de suporte social	
Adequado	338 (56,1)
Não Adequado	264 (43,9)
Nível de independência	7,4 (1,2) **

* Exceto para escolaridade e nível de Independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8)

** Média (desvio-padrão)

A maior parte dos idosos possui excesso de peso e um estado nutricional adequado. Em relação ao risco cardiovascular ambos os sexos apresentam um risco muito aumentado — Tabela 4.

A Tabela 5 mostra a frequência de utilização dos serviços de saúde e de ação social, distribuídos por sexo e rede de apoio social, e suas relações. Em geral, os idosos costumam recorrer com mais frequência a médicos de clínica geral e familiar e enfermeiros. Não foi relatada a utilização de assistente social por nenhum dos participantes.

Tabela 2 - Problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos.

n=459	Sim n (%)	Não n (%)	Se respondeu “sim”, Interfere com a alimentação?	
			Sim n (%)	Não n (%)
SAÚDE ORAL				
Xerostomia	225 (49,0)	234 (51,0)	38 (16,9)	187 (83,1)
Problemas de mastigação	112 (24,4)	347 (75,6)	88 (78,6)	24 (21,4)
Problemas de deglutição	54 (11,8)	405 (88,2)	27 (50,0)	27 (50,0)
Edentulismo	424 (92,4)	35 (7,6)	131 (30,9)	293 (69,1)
Prótese fixa ou móvel	282 (61,4)	177 (38,6)	95 (33,7)	187 (66,3)
Cancro oral	3 (0,7)	456 (99,3)	1 (33,3)	2 (66,7)
Dor oro-facial	46 (10,0)	413 (90,0)	27 (58,7)	19 (41,3)
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS				
Problemas de visão	434 (94,6)	25 (5,4)		
Problemas de audição	196 (42,7)	263 (57,3)		
Problemas de olfato	63 (13,7)	396 (86,3)		
Problemas de paladar	31 (6,8)	428 (93,2)		
Problemas com o tato	119 (25,9)	340 (74,1)		
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO				
Problemas de mobilidade	11 (2,4)	448 (97,6)		
Problemas de equilíbrio	429 (93,5)	30 (6,5)		
Perda de força muscular	417 (69,3)	42 (9,2)		
Alterações ou dores articulares	348 (75,8)	111 (24,2)		

Quanto à relação da utilização de serviços de saúde e de ação social com o sexo e a rede de apoio de suporte social, verificou-se que as mulheres frequentam ou recorrem a fisioterapeutas com mais frequência do que os homens.

A Tabela 6 mostra os resultados da relação entre a utilização de serviços de saúde e sociais com a idade, a escolaridade, o nível de independência, o índice de massa corporal, o estado nutricional e o risco cardiovascular. Quanto maior a idade, maior a frequência de uso dos serviços de enfermagem. O índice de massa corporal está positivamente relacionado com a frequência dos serviços de fisioterapia e nutrição. Por outro lado, o risco nutricional está negativamente relacionado com a frequência de utilização dos serviços de medicina geral e familiar. Quanto maior o risco cardiovascular, maior a frequência de uso dos serviços de nutrição. Não foi encontrada relação da utilização de serviços de saúde e sociais com a educação ou o nível de independência.

Tabela 3 - Estado de saúde e número de medicamentos tomados pelos idosos.

Doenças/ problemas de saúde - n (%)	Não	Sim	Número de medicamentos tomados		
			0	1	2 ou mais
Hipertensão arterial	116 (25,3)	343 (74,7)	127 (27,7)	246 (53,6)	86 (18,7)
Dislipidemia	172 (37,5)	287 (62,5)	189 (41,2)	261 (56,9)	9 (2,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	205 (44,7)	254 (55,3)	325 (70,8)	109 (23,7)	25 (5,5)
Doenças/ problemas gastrointestinais	273 (59,5)	186 (40,5)	321 (69,9)	124 (27,0)	14 (3,1)
Diabetes mellitus	304 (66,2)	155 (33,8)	312 (68,0)	99 (21,6)	48 (10,5)
Stresse, depressão, ansiedade	328 (71,5)	131 (28,5)	356 (77,6)	79 (17,2)	24 (5,2)
Insónia	329 (71,7)	130 (28,3)	353 (76,9)	102 (22,2)	4 (0,9)
Excesso de peso/ obesidade	331 (72,1)	128 (27,9)	459 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outras doenças cardiovasculares	332 (72,3)	127 (27,7)	360 (78,4)	73 (15,9)	26 (5,7)
Hipercoagulação	337 (73,4)	122 (26,6)	343 (74,7)	110 (24,0)	6 (1,3)
Doenças/ problemas respiratórios	372 (81,0)	87 (19,0)	389 (84,7)	46 (10,0)	24 (5,3)
Doenças da tiroide	394 (85,8)	65 (14,2)	417 (90,8)	41 (8,9)	1 (0,2)
Doenças renais	404 (88,0)	55 (12,0)	436 (95,0)	21 (4,6)	2 (0,4)
Doenças oncológicas	423 (92,2)	36 (7,8)	448 (97,6)	7 (1,5)	4 (0,9)
Gota/ ácido úrico elevado	425 (92,6)	34 (7,4)	435 (94,8)	24 (5,2)	0 (0,0)
Acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório	430 (93,7)	29 (6,3)	445 (96,9)	10 (2,2)	4 (0,9)
Anemia	433 (94,3)	26 (5,7)	441 (96,1)	18 (3,9)	0 (0,0)
Enfarte agudo do miocárdio	438 (95,4)	21 (4,6)	446 (97,2)	8 (1,7)	5 (1,1)
Alergias/ intolerâncias alimentares	442 (96,3)	17 (3,7)	457 (99,6)	2 (0,4)	0 (0,0)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	450 (98,0)	9 (2,0)	450 (98,0)	6 (1,3)	3 (0,7)
Doença de Parkinson	455 (99,1)	4 (0,9)	456 (99,3)	3 (0,7)	0 (0,0)
Demências, doença de Alzheimer	456 (99,3)	3 (0,7)	457 (99,6)	2 (0,4)	0 (0,0)

Tabela 4 - Estado ponderal, estado nutricional, risco cardiovascular entre os idosos.

	n (%)
Estado Ponderal (n=580)	
Baixo peso	48 (8,3)
Normoponderal	156 (26,9)
Excesso de peso	376 (64,8)
Risco Cardiovascular (n=502)	
<i>Masculino</i>	
Aumentado	94 (33,9)
Muito aumentado	116 (41,9)
<i>Feminino</i>	
Aumentado	53 (16,4)
Muito aumentado	239 (73,5)
Risco Nutricional (n=459)	
Adequado	335 (73,0)
Em Risco de Malnutrição/ Desnutrido	124 (27,0)

Tabela 5 - Frequência da utilização dos serviços sociais e de saúde no total, e distribuídos por sexo e rede de apoio social e suas relações.

n=459 n (%)		Nunca ou menos de uma vez por ano	1 vez por ano	2 a 3 vezes por ano	A cada 2- 3 meses	1 vez por mês	2 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 dias por semana	5 a 6 dias por semana	Diariamente	p
Médico de clínica geral e familiar												
Sexo	Masculino	5 (2,4)	18 (8,6)	148 (70,5)	29 (13,8)	6 (2,9)	4 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,215
	Feminino	1 (0,4)	19 (7,6)	174 (69,9)	44 (17,7)	7 (2,8)	4 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rede de suporte social	Adequado	5 (1,9)	20 (7,4)	195 (72,2)	40 (14,8)	7 (2,6)	3 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,311
	Inadequado	1 (0,5)	17 (9,0)	127 (67,2)	33 (17,5)	6 (3,2)	5 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total		6 (1,3)	37 (8,1)	322 (70,2)	73 (15,9)	13 (2,8)	8 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Enfermeiro												
Sexo	Masculino	82 (39,0)	8 (3,8)	92 (43,8)	16 (7,6)	8 (3,8)	2 (1,0)	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,470
	Feminino	83 (33,3)	9 (3,6)	130 (52,2)	20 (8,0)	5 (2,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rede de suporte social	Adequado	90 (33,3)	10 (3,7)	132 (48,9)	27 (10,0)	8 (3,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,085
	Inadequado	75 (39,7)	7 (3,7)	90 (47,6)	9 (4,8)	5 (2,6)	2 (1,1)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total		165 (35,9)	17 (3,7)	222 (48,4)	36 (7,8)	13 (2,8)	3 (0,7)	2 (0,4)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Fisioterapia												
Sexo	Masculino	189 (90,0)	0 (0,0)	5 (2,4)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,0)	6 (2,9)	7 (3,3)	0,012
	Feminino	203 (81,5)	5 (2,0)	3 (1,2)	3 (1,2)	1 (0,4)	2 (0,8)	1 (0,4)	5 (2,0)	12 (4,8)	14 (5,6)	
Rede de suporte social	Adequado	227 (84,1)	4 (1,5)	7 (2,6)	2 (0,7)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	6 (2,2)	8 (3,0)	14 (5,2)	0,379
	Inadequado	165 (87,3)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	10 (5,3)	7 (3,7)	
Total		392 (85,4)	5 (1,1)	8 (1,7)	3 (0,7)	2 (0,4)	2 (0,4)	1 (0,2)	7 (1,5)	18 (3,9)	8 (4,6)	---
Apoio domiciliário												
Sexo	Masculino	210 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,358
	Feminino	248 (99,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	
Rede de suporte social	Adequado	269 (99,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0,403
	Inadequado	189 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total		458 (99,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	---

p: Teste de Mann-Whitney

Tabela 5 - Frequência da utilização dos serviços sociais e de saúde no total, e distribuídos por sexo e rede de apoio social e suas relações (continuação).

n=459 n (%)		Nunca ou menos de uma vez por ano	1 vez por ano	2 a 3 vezes por ano	A cada 2-3 meses	1 vez por mês	2 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 dias por semana	5 a 6 dias por semana	Diariamente	p
Assistente social												
Total		459 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Nutricionista												
Sexo	Masculino	203 (96,7)	2 (1,0)	3 (1,4)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,949
	Feminino	241 (96,8)	1 (0,4)	4 (1,6)	3 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rede de suporte social	Adequado	260 (96,3)	2 (0,7)	5 (1,9)	2 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,532
	Inadequado	184 (97,4)	1 (0,5)	2 (1,1)	2 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total		444 (96,7)	3 (0,7)	7 (1,5)	4 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	---
Psicólogo												
Sexo	Masculino	209 (99,5)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,401
	Feminino	246 (98,8)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rede de suporte social	Adequado	267 (98,9)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,507
	Inadequado	188 (99,5)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total		455 (99,1)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	---

p: Teste de Mann-Whitney

Tabela 6 - Relação entre a utilização de serviços de saúde e sociais com a idade, a escolaridade, o nível de independência, o estado ponderal, o estado nutricional e o risco cardiovascular.

Serviços de saúde e de ação social	Sim/ Não	Idade						Escolaridade						Nível de independência*					
		n	P25	Mediana	P75	r	p	n	P25	Mediana	P75	r	p	n	P25	Mediana	P75	r	p
Médico de clínica geral e familiar	Sim	453	69,0	72,0	77,0	0,063	0,179	453	4,0	4,0	6,0	-0,044	0,348	453	7,0	8,0	8,0	-0,019	0,678
	Não	6	68,0	73,0	78,3			6	3,8	7,0	9,5			6	6,3	7,5	8,0		
Enfermagem	Sim	294	69,0	73,0	77,0	0,138	0,003	294	4,0	4,0	5,3	-0,059	0,207	294	7,0	8,0	8,0	-0,084	0,074
	Não	165	68,0	71,0	75,5			165	4,0	4,0	7,0			165	8,0	8,0	8,0		
Fisioterapia	Sim	67	69,0	72,0	77,0	0,004	0,926	67	4,0	4,0	4,0	-0,047	0,318	67	7,0	8,0	8,0	-0,008	0,861
	Não	392	68,3	72,0	77,0			392	4,0	4,0	6,0			392	7,0	8,0	8,0		
Apoio domiciliário	Sim	1	67,0	67,0	67,0	-0,057	0,221	1	4,0	4,0	4,0	-0,009	0,851	1	7,0	7,0	7,0	-0,057	0,222
	Não	458	69,0	72,0	77,0			458	4,0	4,0	6,0			458	7,0	8,0	8,0		
Assistente social	Sim	0	---	---	---	---	---	0	---	---	---	---	---	0	---	---	---	---	---
	Não	459	69,0	72,0	77,0			459	4,0	4,0	6,0			459	7,0	8,0	8,0		
Nutricionista	Sim	15	67,0	70,0	74,0	-0,071	0,131	15	4,0	4,0	10,0	0,059	0,205	15	7,0	8,0	8,0	-0,065	0,162
	Não	444	69,0	72,0	77,0			444	4,0	4,0	6,0			444	7,0	8,0	8,0		
Psicólogo	Sim	4	66,0	70,0	74,8	-0,046	0,323	4	4,0	4,0	7,8	0,017	0,712	4	8,0	8,0	8,0	0,060	0,203
	Não	455	69,0	72,0	77,0			455	4,0	4,0	6,0			455	7,0	8,0	8,0		

r: coeficiente de correlação de *Spearman*; *nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8).

Tabela 6 - Relação entre a utilização de serviços de saúde e sociais com a idade, a escolaridade, o nível de independência, o estado ponderal, o estado nutricional e o risco cardiovascular (continuação).

Serviços de saúde e de ação social	Sim/ Não	Estado ponderal*						Risco nutricional**						Risco cardiovascular***					
		n	P25	Mediana	P75	r	p	n	P25	Mediana	P75	r	p	n	P25	Mediana	P75	r	p
Médico de clínica geral e familiar	Sim	439	26,2	29,0	31,9	0,009	0,855	453	23,5	25,0	26,0	-0,146	0,002	455	90,0	98,0	106,0	0,046	0,333
	Não	6	24,1	26,3	29,7			6	25,0	25,8	26,3			6	86,3	96,5	104,8		
Enfermagem	Sim	283	26,2	29,0	32,2	0,043	0,367	294	23,5	24,5	25,5	-0,024	0,606	288	90,0	99,0	106,0	0,056	0,237
	Não	162	26,1	28,7	31,4			165	23,5	25,0	26,0			163	89,0	98,0	105,0		
Fisioterapia	Sim	63	27,7	29,7	32,1	0,094*	0,048	67	23,0	24,5	25,5	-0,048	0,309	64	92,0	99,5	105,8	0,033	0,487
	Não	382	25,9	28,7	31,8			392	23,5	25,0	26,0			387	89,0	98,0	106,0		
Apoio domiciliário	Sim	1	41,7	41,7	41,7	0,080	0,091	1	24,0	24,0	24,0	0,028	0,544	1	124,0	124,0	124,0	0,079	0,095
	Não	444	26,2	28,9	31,8			458	23,5	25,0	26,0			450	90,0	98,0	105,4		
Assistente social	Sim	0	---	---	---	---	---	0	---	---	---	---	---	0	---	---	---	---	---
	Não	445	26,2	28,9	31,8			459	23,5	25,0	26,0			451	90,0	98,0	106,0		
Nutricionista	Sim	15	26,1	33,8	41,2	0,126	0,008	15	22,0	24,0	25,5	-0,087	0,063	15	97,8	105,0	121,3	0,120	0,011
	Não	430	26,2	28,8	31,8			444	23,5	25,0	26,0			437	90,0	98,0	105,0		
Psicólogo	Sim	4	23,1	30,1	33,3	0,007	0,890	4	20,3	24,5	25,8	0,005	0,914	4	87,1	95,7	103,2	-0,028	0,555
	Não	441	26,176 1	28,9	31,8			455	23,5	25,0	26,0			447	90,0	98,0	106,0		

r: coeficiente de correlação de *Spearman*; *avaliado pelo índice de massa corporal; ** avaliado através do *Mini Nutritional Assessment* (Nestlé Nutrition Institute, S/D) - pontuação máxima: 30 pontos; *** relação com o perímetro da cintura, classificado segundo os critérios da Direção Geral da Saúde (2005).

A Tabela 7 mostra as relações entre o uso de serviços de saúde e sociais com saúde oral, órgãos dos sentidos, envelhecimento musculoesquelético e doenças/ problemas de saúde. Os participantes com diabetes *mellitus*, hipercoagulação, anemia, doenças/ problemas gastrointestinais ou doenças/ problemas respiratórios foram os que usaram os serviços de medicina geral e familiar com mais frequência.

Os participantes com problemas de mastigação, mobilidade ou doenças/ problemas osteoarticulares utilizaram os serviços de enfermagem com maior frequência. Os participantes com problemas de tato e hipertensão arterial utilizavam menos os serviços de enfermagem.

Os participantes com doenças/ problemas gastrointestinais ou osteoarticulares utilizaram os serviços de fisioterapia com mais frequência. Os participantes com problemas de equilíbrio ou perda de força muscular usavam serviços de apoio domiciliário com menos frequência. Os participantes com problemas de equilíbrio usam serviços de nutrição com menos frequência.

Por outro lado, participantes com doenças renais utilizam o serviço de nutrição com mais frequência. Os participantes com problemas de olfato, problemas de paladar ou demência/ doença de Alzheimer, utilizam serviços de psicologia com mais frequência.

A Tabela 8 mostra a relação entre a utilização dos serviços de saúde e de ação social. Constatamos que quanto maior a frequência de utilização dos serviços de medicina geral e familiar, maior a frequência de utilização dos serviços de enfermagem. Quanto maior a frequência de utilização dos serviços de nutrição, maior a frequência de utilização dos serviços de apoio domiciliário.

Tabela 7 - Relação entre a utilização dos serviços de saúde e ação social com saúde oral, órgãos dos sentidos, envelhecimento musculoesquelético e doenças/ problemas de saúde.

Serviços de saúde e de ação social n=459	Sim/ Não	Nunca ou menos de uma vez por ano	1 vez por ano	2 a 3 vezes por ano	A cada 2- 3 meses	1 vez por mês	2 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 dias por semana	5 a 6 dias por semana	Diariamente	p*
Médico de clínica geral e familiar												
Diabetes <i>mellitus</i>	Sim	0 (0,0)	3 (1,9)	114 (73,5)	32 (20,6)	2 (1,3)	4 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,049
	Não	6 (2,0)	34 (11,2)	208 (68,4)	41 (13,5)	11 (3,6)	4 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hipercoagulação	Sim	1 (0,8)	8 (6,6)	76 (62,3)	24 (19,7)	9 (7,4)	4 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,039
	Não	5 (1,5)	29 (8,6)	246 (73,0)	49 (14,5)	4 (1,2)	4 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Anemia	Sim	0 (0,0)	2 (7,7)	11 (42,3)	9 (34,6)	2 (7,7)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,023
	Não	6 (1,4)	35 (8,1)	311 (71,8)	64 (14,8)	11 (2,5)	6 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Sim	2 (1,1)	8 (4,3)	126 (67,7)	37 (19,9)	9 (4,8)	4 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,012
	Não	4 (1,5)	29 (10,6)	196 (71,8)	36 (13,2)	4 (1,5)	4 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Doenças/ problemas respiratórios	Sim	1 (1,1)	4 (4,6)	53 (60,9)	22 (25,3)	4 (4,6)	3 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,025
	Não	5 (1,3)	33 (8,9)	269 (72,3)	51 (13,7)	9 (2,4)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Enfermagem												
Problemas mastigação	Sim	30 (26,8)	3 (2,7)	59 (52,7)	12 (10,7)	5 (4,5)	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,026
	Não	135 (89,0)	14 (4,0)	163 (47,0)	24 (6,9)	8 (2,3)	2 (0,6)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Problemas com o tato	Sim	134 (39,4)	13 (3,8)	157 (46,2)	24 (7,1)	7 (2,1)	2 (0,6)	2 (0,6)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,026
	Não	31 (29,0)	4 (3,7)	56 (52,3)	9 (8,4)	6 (5,6)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mobilidade	Sim	2 (18,2)	0 (0,0)	3 (27,3)	3 (27,3)	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,016
	Não	163 (36,4)	17 (3,8)	219 (48,9)	33 (7,4)	12 (2,7)	3 (0,7)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hipertensão arterial	Sim	105 (30,6)	10 (2,9)	186 (54,2)	28 (8,2)	9 (2,6)	3 (0,9)	2 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,003
	Não	60 (51,7)	7 (6,0)	36 (31,0)	8 (6,9)	4 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Doenças/ problemas osteoarticulares	Sim	75 (29,5)	9 (3,5)	133 (52,4)	24 (9,4)	9 (3,5)	2 (0,8)	2 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,015
	Não	90 (43,9)	8 (3,9)	89 (43,4)	12 (5,9)	4 (2,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Apenas se apresentam as relações com significado estatístico.

*p com correção de Bonferroni para 22 variáveis do grupo de doenças/ problemas de saúde.

Tabela 7 - Relação entre a utilização dos serviços de saúde e ação social com saúde oral, órgãos dos sentidos, envelhecimento musculoesquelético e doenças/ problemas de saúde.

Serviços de saúde e de ação social n=459	Sim/ Não	Nunca ou menos de uma vez por ano	1 vez por ano	2 a 3 vezes por ano	A cada 2- 3 meses	1 vez por mês	2 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 dias por semana	5 a 6 dias por semana	Diariamente	p*
Fisioterapia												
Doenças/ problemas gastrointestinais	Sim	146 (78,5)	4 (2,2)	3 (1,6)	3 (1,6)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	4 (2,2)	11 (5,9)	12 (6,5)	0,014
	Não	246 (90,1)	1 (0,4)	5 (1,8)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	3 (1,1)	7 (2,6)	9 (3,3)	
Doenças/ problemas ostearticulares	Sim	204 (80,3)	3 (1,2)	6 (2,4)	3 (1,2)	2 (0,8)	2 (0,8)	1 (0,4)	4 (1,6)	15 (5,9)	14 (5,5)	0,016
	Não	188 (91,7)	2 (1,0)	2 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,5)	3 (1,5)	7 (3,4)	
Apoio domiciliário												
Problemas de equilíbrio	Sim	429 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,001
	Não	29 (96,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	
Perda de força muscular	Sim	417 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,007
	Não	41 (97,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	
Nutricionista												
Problemas de equilíbrio	Sim	418 (97,4)	2 (0,5)	5 (1,2)	4 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,006
	Não	26 (86,7)	1 (3,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Doenças renais	Sim	49 (89,1)	2 (3,6)	1 (1,8)	2 (3,6)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,015
	Não	395 (97,8)	1 (0,2)	6 (1,5)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Psicólogo												
Problemas de olfato	Sim	60 (95,2)	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (1,6)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,002
	Não	395 (99,7)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Problemas no paladar	Sim	29 (93,5)	0 (0,0)	1 (3,2)	0 (0,0)	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,003
	Não	426 (99,5)	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Demência, doença de Alzheimer	Sim	2 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
	Não	453 (99,3)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Apenas se apresentam as relações com significado estatístico

*p com correção de Bonferroni para 22 variáveis do grupo de doenças/ problemas de saúde.

Tabela 8 - Relação entre a utilização dos serviços de saúde e de ação social.

n=459	Médico [#]		Enfermeiro		Fisioterapia		Apoio domiciliário		Nutricionista		Psicólogo	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
Médico*			0,312	<0,001	0,020	1,000	-0,011	1,000	0,009	1,000	-0,018	1,000
Enfermeiro	---	---			0,105	0,150	0,024	1,000	0,109	0,114	0,034	1,000
Fisioterapia	---	---	---	---			-0,019	1,000	0,023	1,000	-0,039	1,000
Apoio domiciliário	---	---	---	---	---	---			0,253	<0,001	-0,004	1,000
Nutricionista	---	---	---	---	---	---	---	---			-0,017	1,000
Psicólogo	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		

r: coeficiente de correlação de *Spearman*; [#]Médico de medicina geral e familiar

*p com correção de *Bonferroni* para as 6 variáveis do grupo dos serviços de saúde e de ação social.

Nota: Frequência de utilização dos serviços de saúde e de ação social avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 10 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: (1) Nunca ou menos de uma vez por ano a (10) diariamente.

4.2. Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico

Devido ao elevado número de relações estudadas, na tabela 9 e seguintes, apenas são apresentadas as que foram estatisticamente significativas (tabelas completas em Anexo).

Na tabela 9 (tabela completa – Anexo A) apresenta-se a relação dos problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos. Há uma maior proporção de participantes do sexo feminino a utilizar prótese fixa ou móvel, com problemas de tato, perda de força muscular, alterações ou dores articulares, doenças/ problemas gastrointestinais, doenças da tiroide, doenças/ problemas osteoarticulares, e insónia. Participantes com uma rede de suporte social adequada reportam mais ter insónias do que os idosos com uma rede de suporte social inadequada. Participantes mais escolarizados reportaram mais problemas relacionados com a saúde oral (xerostomia), problemas com o tato, alterações ou dores articulares, doenças/ problemas osteoarticulares. Participantes com um maior nível de independência reportaram menos problemas de tato e mobilidade, e alterações ou dores articulares. Não foram encontradas relações entre os problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com a idade.

Na tabela 10 (tabela completa – Anexo A) apresentam-se as relações entre doenças / problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o

Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos.

	Sim/ Não	Sexo - n (%)			Rede de suporte social (1) - n (%)				
		Feminino	Masculino	Total	P (2)	Adequado	Não Adequado	Total	P (3)
SAÚDE ORAL									
Prótese fixa ou móvel	Sim	171 (60,6)	111 (39,4)	282 (61,4)	0,012	117 (41,5)	165 (58,5)	282 (61,4)	1,000
	Não	78 (44,1)	99 (55,9)	177 (38,6)		72 (40,7)	105 (59,3)	177 (38,6)	
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS									
Tem problemas com o tato?	Sim	82 (68,9)	37 (31,1)	119 (25,9)	<0,001	59 (49,6)	60 (50,4)	119 (25,9)	0,196
	Não	167 (49,1)	173 (50,9)	340 (74,1)		130 (38,2)	210 (61,8)	340 (74,1)	
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO									
Perda de força muscular	Sim	215 (51,6)	202 (48,4)	417 (90,8)	0,004	168 (40,3)	249 (59,7)	417 (90,8)	1,000
	Não	34 (81,0)	8 (19,0)	42 (9,2)		21 (50,0)	21 (50,0)	42 (9,2)	
Alterações ou dores articulares	Sim	165 (47,4)	183 (52,6)	348 (75,8)	0,004	143 (41,1)	205 (58,9)	348 (75,8)	1,000
	Não	84 (75,7)	27 (24,3)	111 (24,2)		46 (41,4)	65 (58,6)	111 (24,2)	
PROBLEMAS DE SAÚDE									
Doenças/ problemas gastrointestinais	Sim	125 (67,2)	61 (32,8)	186	<0,001	79 (42,5)	107 (57,5)	186 (40,5)	1,000
	Não	124 (45,4)	149 (54,6)	273		110 (40,3)	163 (59,7)	273 (59,5)	
Doenças da tireoide	Sim	54 (83,1)	11 (16,9)	65	<0,001	25 (38,5)	40 (61,5)	65 (14,2)	1,000
	Não	195 (49,5)	199 (50,5)	394		164 (41,6)	230 (58,4)	394 (85,8)	
Doenças/ problemas osteoarticulares	Sim	179 (70,5)	75 (29,5)	254	<0,001	113 (44,5)	141 (55,5)	254 (55,3)	1,000
	Não	70 (34,1)	135 (65,9)	205		76 (37,1)	129 (62,9)	205 (44,7)	
Insónia	Sim	97 (74,6)	33 (25,4)	130	<0,001	67 (51,5)	63 (48,5)	130 (28,3)	0,020
	Não	152 (46,2)	177 (53,8)	329		122 (37,1)	207 (62,9)	329 (71,7)	
Total		249 (54,2)	210 (45,8)	459 (100,0)		189 (41,2)	270 (58,8)	456 (100,0)	

	Sim/ Não	Idade				Escolaridade				Nível de independência (4)				Total
		P25	M	P75	p(2)	P25	M	P75	p (2)	P25	M	P75	p (2)	
SAÚDE ORAL*														
Xerostomia	Sim	69,0	73,0	78,0	0,338	4,0	4,0	4,0	0,026	7,0	8,0	8,0	0,427	225
	Não	68,0	72,0	75,3		4,0	4,0	8,3		7,8	8,0	8,0		234
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS **														
Problemas com o tato	Sim	69,0	73,0	78,0	1,000	3,0	4,0	4,0	<0,001#	7,0	8,0	8,0	0,019	119
	Não	68,0	72,0	76,0		4,0	4,0	7,0		7,0	8,0	8,0		340
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO ***														
Mobilidade	Sim	69,0	79,0	87,0	0,114	0,0	4,0	4,0	0,567	2,0	5,0	6,0	<0,001	11
	Não	68,3	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		448
Perda de força muscular	Sim	68,0	72,0	76,0	0,488	4,0	4,0	6,0	0,113	7,0	8,0	8,0	0,035	417
	Não	70,0	74,0	80,0		3,0	4,0	4,0		6,0	8,0	8,0		42
Alterações ou dores articulares	Sim	69,0	72,0	76,0	1,000	4,0	4,0	7,0	0,004	7,0	8,0	8,0	1,000	348
	Não	69,0	73,0	79,0		3,0	4,0	4,0		7,0	8,0	8,0		111
PROBLEMAS DE SAÚDE****														
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	68,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	9,0	0,026	7,0	8,0	8,0	1,000	205
	Sim	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	4,0		7,0	8,0	8,0		254
Total		69,0	73,0	78,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		459

(1) Rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de Fillenbaum (1986); (2) Teste Qui-quadrado; (3) teste de Mann-Whitney; (4) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 16); P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde; # Ordem média superior em "quem não tem problemas de tato".

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos.

Doenças/ Problemas de saúde n (%)	Sim/ Não	Xerostomia			Problemas de deglutição			Dor oro-facial			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	116 (42,5)	157 (57,5)	0,019	28 (10,3)	245 (89,7)	1,000	24 (8,8)	249 (91,2)	1,000	273 (59,5)
	Sim	109 (58,6)	77 (41,4)		26 (14,0)	160 (86,0)		22 (11,8)	164 (88,2)		186 (40,5)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	166 (44,6)	206 (55,4)	0,003	37 (9,9)	335 (90,1)	0,361	35 (9,4)	337 (90,6)	1,000	372 (81,0)
	Sim	59 (67,8)	28 (32,2)		17 (19,5)	70 (80,5)		11 (12,6)	76 (87,4)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	89 (43,4)	116 (56,6)	0,852	17 (8,3)	188 (91,7)	0,918	18 (8,8)	187 (91,2)	1,000	205 (44,7)
	Sim	136 (53,5)	118 (46,5)		37 (14,6)	217 (85,4)		28 (11,0)	226 (89,0)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	152 (46,3)	176 (53,7)	1,000	31 (9,5)	297 (90,5)	0,521	23 (7,0)	305 (93,0)	0,035	328 (71,5)
	Sim	73 (55,7)	58 (44,3)		23 (17,6)	108 (82,4)		23 (17,6)	108 (82,4)		131 (28,5)
Insónia	Não	148 (45,0)	181 (55,0)	0,154	28 (8,5)	301 (91,5)	0,024	25 (7,6)	304 (92,4)	0,199	329 (71,7)
	Sim	77 (59,2)	53 (40,8)		26 (20,0)	104 (80,0)		21 (16,2)	109 (83,8)		130 (28,3)
Total		225 (49,0)	234 (51,0)		54 (11,8)	405 (88,2)		46 (10,0)	413 (90,0)		459 (100,0)
Doenças/ Problemas de saúde n (%)	Sim/ Não	Problemas de tato			Perda de força muscular			Alterações ou dores articulares			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	61 (22,3)	212 (77,7)	0,864	260 (95,2)	13 (4,8)	0,002	223 (81,7)	50 (18,3)	0,012	273 (59,5)
	Sim	58 (31,2)	128 (68,8)		157 (84,4)	29 (15,6)		125 (67,2)	61 (32,8)		186 (40,5)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	89 (23,9)	283 (76,1)	1,000	346 (93,0)	26 (7,0)	0,064	290 (78,0)	82 (22,0)	0,798	372 (81,0)
	Sim	30 (34,5)	57 (65,5)		71 (81,6)	16 (18,4)		58 (66,7)	29 (33,3)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	36 (17,6)	169 (82,4)	0,006	196 (95,6)	9 (4,4)	0,037	179 (87,3)	26 (12,7)	<0,001	205 (44,7)
	Sim	83 (32,7)	171 (67,2)		221 (87,0)	33 (13,0)		169 (66,5)	85 (33,5)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	75 (22,9)	253 (77,1)	0,543	305 (93,0)	23 (7,0)	0,409	263 (80,2)	65 (19,8)	0,016	328 (71,5)
	Sim	44 (33,6)	87 (66,4)		112 (85,5)	19 (14,5)		85 (64,9)	46 (35,1)		131 (28,5)
Insónia	Não	72 (21,9)	257 (78,1)	0,047	305 (92,7)	24 (7,3)	0,709	258 (78,4)	71 (21,6)	0,894	329 (71,7)
	Sim	47 (36,2)	83 (63,8)		112 (86,2)	18 (13,8)		90 (69,2)	40 (30,8)		130 (28,3)
Total		119 (25,9)	340 (74,1)		417 (90,8)	42 (9,2)		348 (75,8)	111 (24,2)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher. Apenas se apresentam as relações com significado estatístico

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

envelhecimento dos órgãos dos sentidos. Participantes com doenças gastrointestinais reportam em maior proporção ter xerostomia, perda de força muscular e alterações ou dores articulares. Participantes com doenças/ problemas respiratórios reportam em maior proporção ter xerostomia.

Participantes com doenças/ problemas osteoarticulares reportam em maior proporção ter problemas de tato, perda de força muscular e alterações ou dores articulares. Participantes com stresse, depressão, ansiedade reportam em maior proporção ter dor oro-facial e alterações ou dores articulares. Participantes com insónia reportam em maior proporção ter problemas de deglutição e de tato.

Na tabela 11 (tabela completa – Anexo A) apresentam-se as relações das doenças/ problemas de saúde entre si. Participantes com diabetes *mellitus* reportam em maior proporção ter sofrido de enfarte agudo do miocárdio e excesso de peso/ obesidade. Participantes com enfarte agudo do miocárdio reportam em maior proporção ter hipercoagulação. Participantes com hipercoagulação reportam em maior proporção ter outras doenças cardiovasculares e doenças renais. Participantes com outras doenças cardiovasculares reportam em maior proporção ter doenças/ problemas gastrointestinais e menor doenças da tiroide. Participantes com doenças/ problemas gastrointestinais reportam em maior proporção ter doenças da tiroide e doenças/ problemas respiratórios e de insónia, mas reportam em menor proporção ter doenças/ problemas osteoarticulares. Participantes com doenças da tiroide reportam em maior proporção ter doenças/ problemas osteoarticulares. Participantes com doenças/ problemas osteoarticulares reportam em menor proporção ter stresse, depressão ou ansiedade. Participantes com stresse, depressão ou ansiedade reportam em menor proporção ter insónia.

Na tabela 12 (tabela completa – Anexo A) podemos observar as relações entre problemas relacionados com os órgãos dos sentidos com o estado nutricional. Participantes que não têm problemas de deglutição, dor oro-facial, problemas com o tato ou mobilidade e participantes com perda de força muscular têm em maior proporção um estado nutricional adequado.

Na Tabela 13 (tabela completa – Anexo A) apresentam-se as relações entre doenças/ problemas de saúde com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional. Participantes que reportam ter diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, excesso de peso/ obesidade ou doenças/ problemas osteoarticulares possuem uma maior prevalência de excesso de peso. Participantes que reportam ter diabetes *mellitus*, hipertensão arterial ou excesso de peso/ obesidade, possuem uma maior prevalência de risco cardiovascular muito aumentado. Participantes que reportam ter sofrido de acidente vascular cerebral ou acidente isquêmico transitório possuem uma maior prevalência de estarem em risco de desnutrição/ desnutridos. Participantes que reportam ter doenças/ problemas osteoarticulares, stresse, depressão ou ansiedade, ou insônia têm maior prevalência de estado nutricional adequado.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si.

Doenças/ Problemas de saúde - n (%)	Sim/ Não	Enfarte agudo do miocárdio			Hipercoagulação			Outras doenças cardiovasculares			Doenças/ problemas gastrointestinais			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Diabetes mellitus	Não	297 (97,7)	7 (2,3)	0,040										304 (66,2)
	Sim	141 (91,0)	14 (9,0)											155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não				331 (75,6)	107 (24,4)	<0,001							438 (95,4)
	Sim				6 (28,6)	15 (71,4)								21 (4,6)
Hipercoagulação	Não							260 (77,2)	77 (22,8)	0,005				337 (73,4)
	Sim							72 (59,0)	50 (41,0)					122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não										213 (64,2)	119 (35,8)	0,030	332 (72,3)
	Sim										60 (47,2)	67 (52,8)		127 (27,7)
Total		438 (95,4)	21 (4,6)		337 (73,4)	122 (26,6)		332 (72,3)	127 (27,7)		273 (59,5)	186 (40,5)		459 (100,0)

Doenças/ Problemas de saúde - n (%)	Sim/ Não	Excesso de peso/ obesidade			Doenças da tireoide			Doenças renais			Doenças/ problemas respiratórios			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Diabetes mellitus	Não	238 (78,3)	66 (21,7)	<0,001										304 (66,2)
	Sim	93 (60,0)	62 (40,0)											155 (33,8)
Hipercoagulação	Não							307 (91,1)	30 (8,9)	0,037				337 (73,4)
	Sim							97 (79,5)	25 (20,5)					122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não				297 (89,5)	35 (10,5)	0,012							332 (72,3)
	Sim				97 (76,4)	30 (23,6)								127 (27,7)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não				251 (91,9)	22 (8,1)	<0,001				239 (87,5)	34 (12,5)	0,001	273 (59,5)
	Sim				143 (76,9)	43 (23,1)					133 (71,5)	53 (28,5)		186 (40,5)
Total		331 (72,1)	128 (27,9)		394 (85,8)	65 (14,2)		404 (88,0)	55 (12,0)		372 (81,0)	87 (19,0)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher. Apenas se apresentam as relações com significado estatístico; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (continuação).

Doenças/ Problemas de saúde - n (%)	Sim/ Não	Doenças/ problemas osteoarticulares			Stresse, depressão, ansiedade			Insónia			Total
		Não	Sim	<i>p</i> *	Não	Sim	<i>p</i> *	Não	Sim	<i>p</i> *	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	149 (54,6)	124 (45,4)	<0,001				213 (78,0)	60 (22,0)	0,007	273 (59,5)
	Sim	56 (30,1)	130 (69,9)					116 (62,4)	70 (37,6)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não										331 (72,1)
	Sim										128 (27,9)
Doenças da tiroide	Não	191 (48,5)	203 (51,5)	0,001							394 (85,8)
	Sim	14 (21,5)	51 (78,5)								65 (14,2)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não				162 (79,0)	43 (21,0)	0,028	172 (83,9)	33 (16,1)	<0,001	205 (44,7)
	Sim				166 (65,4)	88 (34,6)		157 (61,8)	97 (38,2)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não							259 (79,0)	69 (21,0)	<0,001	328 (71,5)
	Sim							70 (53,4)	61 (46,6)		131 (28,5)
Total		205 (44,7)	254 (55,3)		328 (71,5)	131 (28,5)		329 (71,7)	130 (28,3)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher. Apenas se apresentam as relações com significado estatístico

**p* com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 12 - Relação entre problemas relacionados com os órgãos dos sentidos com o estado nutricional.

	Sim/ Não	Estado nutricional (1) - n (%)			
		Adequado	Risco de desnutrição/ desnutrido	Total	p
SAÚDE ORAL*					
Problemas de deglutição	Sim	34 (63,0)	20 (37,0)	54 (11,8)	0,028
	Não	301 (74,3)	104 (25,7)	405 (88,2)	
Dor oro-facial	Sim	22 (47,8)	24 (52,2)	46 (10,0)	0,004
	Não	313 (75,8)	100 (24,2)	413 (90,0)	
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**					
Problemas com o tato	Sim	78 (65,5)	41 (34,5)	119 (25,9)	<0,001
	Não	257 (75,6)	83 (24,4)	340 (74,1)	
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO***					
Problemas de mobilidade	Sim	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (2,4)	0,001
	Não	334 (74,6)	114 (25,4)	448 (97,6)	
Problemas de equilíbrio	Sim	320 (74,6)	109 (25,4)	429 (93,5)	0,024
	Não	15 (50,0)	15 (50,0)	30 (6,5)	
Perda de força muscular	Sim	313 (75,1)	104 (24,9)	417 (90,8)	0,001
	Não	22 (52,4)	20 (47,6)	42 (9,2)	

Apenas se apresentam as relações com significado estatístico.

(1) Avaliado através do *Mini Nutritional Assessment* (Nestlé Nutrition Institute, S/D), pontuação máxima: 30 pontos.

p: Teste de Mann-Whitney.

*p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral.

**p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos.

***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético.

Tabela 13 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional.

	Sim/ Não	Estado Ponderal (1) - n (%)					Risco cardiovascular (2) - n (%)					Estado nutricional (3) - n (%)			
		Baixo peso	Normo ponderal	Excesso de peso	Total	<i>p</i> *	Normal	Aumentado	Muito aumentado	Total	<i>p</i> *	Adequado	Risco de desnutrição/ desnutrido	Total	<i>p</i> *
DOENÇAS/ PROBLEMAS DE SAÚDE															
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	25 (8,4)	80 (27,0)	191 (64,5)	296 (66,5)	0,001	54 (17,9)	87 (28,8)	161 (53,3)	302 (66,1)	<0,001				
	Sim	9 (6,0)	33 (22,1)	107 (71,8)	149 (33,5)		18 (11,6)	27 (17,4)	110 (71,0)	155 (33,9)					
Acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório	Não											323 (75,1)	107 (24,9)	430 (93,7)	0,001
	Sim												12 (41,4)	17 (58,6)	
Hipertensão arterial	Não	15 (13,2)	33 (28,9)	66 (57,9)	114 (25,6)	0,013	27 (23,3)	36 (31,0)	53 (45,7)	116 (25,4)	<0,001				
	Sim	19 (5,7)	80 (24,2)	232 (70,1)	331 (74,4)		45 (13,2)	78 (22,9)	218 (63,9)	341 (74,6)					
Excesso de peso/ obesidade	Não	34 (10,7)	109 (34,2)	176 (55,2)	319 (71,7)	<0,001	71 (21,6)	99 (30,1)	159 (48,3)	329 (72,0)	<0,001				
	Sim	0 (0,0)	4 (3,2)	122 (96,8)	126 (28,3)		1 (0,8)	15 (11,7)	112 (87,5)	128 (28,0)					
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	20 (10,0)	58 (29,0)	122 (61,0)	200 (44,9)	<0,001						166 (81,0)	39 (19,0)	205 (44,7)	0,013
	Sim	14 (5,7)	55 (22,4)	176 (71,8)	245 (55,1)								169 (66,5)	85 (33,5)	
Stresse, depressão, ansiedade	Não											262 (79,9)	66 (20,1)	328 (71,5)	<0,001
	Sim												73 (55,7)	58 (44,3)	
Insónia	Não											260 (79,0)	69 (21,0)	329 (71,7)	<0,001
	Sim												75 (57,7)	55 (42,3)	

Apenas se apresentam as relações com significado estatístico.

(1) avaliado através do índice de massa corporal e classificado segundo os critérios de Lipschitz (1994).

(2) relação com o perímetro da cintura, classificado segundo os critérios da Direção Geral da Saúde (2005).

(3) avaliado através do *Mini Nutritional Assessment* (Nestlé Nutrition Institute, S/D), pontuação máxima: 30 pontos.

p: Teste de Mann-Whitney.

**p* com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

4.3. Qualidade de vida relacionada com a alimentação e contexto sociodemográfico e de saúde

Em geral participantes denotam satisfação com a qualidade de vida relacionada com a alimentação sendo que a mediana respetiva é de 15. Na Tabela 14 apresentam-se as frequências de resposta por item da escala referente a este construto.

Tabela 14 - Qualidade de vida relacionada com a alimentação.

Qualidade de vida relacionada com a alimentação - n (%)	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
Os alimentos e refeições são fatores muito positivos na sua vida.	1 (0,2)	9 (2,0)	41 (9,0)	340 (74,4)	66 (14,4)
Geralmente, os alimentos que come agradam-lhe muito.	0 (0,0)	13 (2,8)	52 (11,4)	305 (66,7)	87 (19,0)
A sua vida está perto daquilo que considera ideal no que se refere à alimentação e refeições.	0 (0,0)	30 (6,6)	62 (13,6)	317 (69,4)	48 (10,5)
As suas condições de vida são excelentes no que se refere à alimentação.	0 (0,0)	27 (5,9)	71 (15,5)	312 (68,3)	47 (10,3)
Os alimentos e refeições dão-lhe muita satisfação na vida diária.	1 (0,2)	24 (5,3)	54 (11,8)	306 (67,1)	71 (15,6)
Total - M (P25; P75)	15 (14;15)				

P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75.

Conforme mostrado na tabela 15, homens e indivíduos com rede de suporte social adequada têm uma qualidade de vida relacionada com a alimentação superior à das mulheres e participantes sem rede de suporte social. Além disso, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida relacionada com a alimentação.

Na tabela 16 apresentam-se as relações entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e problemas relacionados com os órgãos dos sentidos. Participantes com problemas de deglutição ou problemas com o tato têm menor qualidade de vida relacionada com a alimentação do que aqueles que não têm estes problemas. Por outro lado, participantes com perda de força muscular têm maior qualidade de vida relacionada com a alimentação do que aqueles sem este problema. Verificou-se que participantes que reportaram "insónia" apresentaram menor qualidade de vida relacionada com a alimentação em comparação com aqueles que não reportaram esse problema de saúde (Tabela 17). Além disso,

quanto menor o risco nutricional, mais elevada a qualidade de vida relacionada com a alimentação (Tabela 18). Não se encontraram associações entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e o índice de massa corporal e o risco cardiovascular.

Tabela 15 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e fatores sociodemográficos.

Qualidade de vida relacionada com a alimentação (1)					
		N	Mediana (P25; P75)	r	p
Sexo	Masculino	209	15 (15; 15)		0,026
	Feminino	247	15 (13; 15)		
Rede de suporte social (2)	Inadequada (0-3 pontos)	186	15 (13; 15)		0,024
	Adequada (4 pontos)	270	15 (14; 15)		
Idade		456		-0,124	0,008
Escolaridade		456		0,070	0,138
Nível de Independência (3)		456		0,062	0,186

P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75.

(1) Qualidade de vida relacionada com a alimentação avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - discordo fortemente a 5 - concordo fortemente (Grunert et al., 2007); (2) rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de *Fillenbaum* (1986); (3) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8).

Tabela 16 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e problemas relacionados com os órgãos dos sentidos.

Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos	Qualidade de vida relacionada com a alimentação (1)								p
	Sim*				Não*				
	N	P25	Mediana	P75	N	P25	Mediana	P75	
SAÚDE ORAL									
Xerostomia	222	13	15	15	234	14	15	15	0,064
Problemas de mastigação	111	13	15	15	345	14	15	15	0,832
Problemas de deglutição	54	11	15	15	402	14	15	15	0,048
Edentulismo	421	14	15	15	35	14	15	16	1,000
Prótese fixa ou móvel	279	14	15	15	177	13	15	15	1,000
Cancro oral	3	7	16	---	453	14	15	15	1,000
Dor oro-facial	46	13	15	15	410	14	15	15	1,000
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS									
Problemas de visão	432	14	15	15	24	14	15	15	1,000
Problemas de audição	194	14	15	15	262	14	15	15	1,000
Problemas de olfato	63	14	15	15	393	14	15	15	1,000
Problemas de paladar	30	10	15	15	426	14	15	15	1,000
Problemas com o tato	119	12	15	15	337	14	15	15	0,016
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO									
Problemas de mobilidade	10	14	15	15	30	11	15	15	1,000
Tem problemas de equilíbrio?	426	14	15	15	42	10	15	15	1,000
Perda de força muscular	414	14	15	15	110	12	15	15	0,032
Alterações ou dores articulares	346	14	15	15	30	11	15	15	0,112

P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75.

*Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

(1) Qualidade de vida relacionada com a alimentação avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - discordo fortemente a 5 - concordo fortemente.

Tabela 17 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e doenças/ problemas de saúde.

Doenças/ problemas de saúde	Qualidade de vida relacionada com a alimentação (1)				
	Sim*		Não*		P
	N	Mediana (P25; P75)	N	Mediana (P25; P75)	
Diabetes <i>mellitus</i>	154	15 (14; 15)	302	15 (14; 15)	1,000
Enfarte agudo do miocárdio	302	15 (14; 15)	435	15 (14; 15)	1,000
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	29	15 (13; 15)	427	15 (14; 15)	1,000
Hipercoagulação	122	15 (14; 15)	334	15 (14; 15)	1,000
Outras doenças cardiovasculares	127	15 (13; 15)	329	15 (14; 15)	0,099
Hipertensão arterial	340	15 (14; 15)	116	15 (14; 15)	1,000
Anemia	26	15 (13; 15)	430	15 (14; 15)	1,000
Dislipidemia	287	15 (14; 15)	169	15 (14; 15)	1,000
Gota/ ácido úrico elevado	34	15 (14; 15)	422	15 (14; 15)	1,000
Doenças oncológicas	36	15 (15; 16)	420	15 (14; 15)	1,000
Doenças/ problemas gastrointestinais	185	15 (14; 15)	271	15 (14; 15)	1,000
Excesso de peso/ obesidade	128	15 (13; 15)	328	15 (14; 15)	1,000
Doenças da tireoide	65	15 (13; 15)	391	15 (14; 15)	1,000
Doenças renais	55	15 (13; 15)	401	15 (14; 15)	1,000
Doenças/ problemas respiratórios	87	15 (13; 15)	369	15 (14; 15)	1,000
Doenças/ problemas osteoarticulares	252	15 (14; 15)	204	15 (14; 15)	1,000
Stresse, depressão, ansiedade	130	15 (13; 15)	326	15 (14; 15)	0,094
Insônia	128	15 (12; 15)	328	15 (14; 15)	<0,001
Demências, doença de Alzheimer	3	15 (9; ...)	453	15 (14; 15)	1,000
Doença de Parkinson	4	16 (11; 19)	452	15 (14; 15)	1,000
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	9	15 (10,5; 15)	447	15 (14; 15)	1,000
Alergias/ intolerâncias alimentares	17	14 (13; 15)	439	15 (14; 15)	1,000

P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75; *Sim/Não: ter ou não as doenças/ problemas de saúde referidos; (1) Qualidade de vida relacionada com a alimentação avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - discordo fortemente a 5 - concordo fortemente.

Tabela 18 - Relação entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional.

	Total	Qualidade de vida relacionada com a alimentação (1)	
	n (%)	<i>r</i>	<i>p</i>
Estado Ponderal (2)			
Baixo peso	48 (8,3)	-0,036	0,453
Normoponderal	156 (26,9)		
Excesso de peso	376 (64,8)		
Risco cardiovascular (3)			
Baixo risco	98 (16,3)	-0,056	0,232
Aumentado	147 (24,5)		
Muito aumentado	355 (59,2)		
Risco nutricional (4)			
Normal	335 (73,0)	0,221	<0,001
Em risco de desnutrição/ desnutridos	124 (27,0)		

(1) Qualidade de vida relacionada com a alimentação avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - discordo fortemente a 5 - concordo fortemente (Grunert et al., 2007); (2) avaliado através do índice de massa corporal e classificado segundo os critérios de Lipschitz (1994); (3) relação com o perímetro da cintura, classificado segundo os critérios da Direção Geral da Saúde (2005); (4) avaliado através do *Mini Nutritional Assessment* (Nestlé Nutrition Institute, S/D), pontuação máxima 30 pontos.

4.4. Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos

De um modo geral os idosos apontaram a “qualidade e frescura dos alimentos”, o “sabor dos alimentos” e o “preço dos alimentos” como sendo os fatores que mais influenciam a escolha dos alimentos que consomem. Por outro lado, fatores como “alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais”, “outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como” e “facilidade de preparação” são os reportados como tendo menor influência nessa escolha (Tabela 19).

Tabela 19 - Fatores que influenciam a escolha dos alimentos.

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos - n (%)	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante
Marca dos alimentos	444	91 (20,5)	81 (18,2)	117 (26,4)	146 (32,9)	9 (2,0)
Preço dos alimentos	443	9 (2,0)	24 (5,4)	84 (19,0)	253 (57,1)	73 (16,5)
Controlar o seu peso	444	71 (16,0)	50 (11,3)	104 (23,4)	206 (46,4)	13 (2,9)
Tentar fazer uma alimentação saudável	445	17 (3,8)	27 (6,1)	102 (22,9)	278 (62,5)	21 (4,7)
Facilidade de preparação	444	143 (32,2)	94 (21,2)	87 (19,6)	112 (25,2)	8 (1,8)
Poder ser comprado em lojas perto de casa	445	39 (8,8)	59 (13,3)	74 (16,6)	223 (50,1)	50 (11,2)
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	445	107 (24,0)	55 (12,4)	71 (16,0)	177 (39,8)	35 (7,9)
Apresentação da embalagem	445	116 (26,1)	55 (12,4)	91 (20,4)	168 (37,8)	15 (3,4)
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	445	51 (11,5)	46 (10,3)	85 (19,1)	213 (47,9)	50 (11,2)
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	445	96 (21,6)	40 (9,0)	91 (20,4)	198 (44,5)	20 (4,5)
Disponibilidade de alimentos	445	75 (16,9)	74 (16,6)	116 (26,1)	175 (39,3)	5 (1,1)
Facilidade de armazenamento/ mantém-se bem armazenado	443	106 (23,9)	100 (22,6)	99 (22,3)	131 (29,6)	7 (1,6)
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	445	231 (51,9)	45 (10,1)	56 (12,6)	89 (20,0)	24 (5,4)
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	445	359 (80,7)	36 (8,1)	25 (5,6)	24 (5,4)	1 (0,2)
Sabor dos alimentos	445	3 (0,7)	8 (1,8)	28 (6,3)	312 (70,1)	94 (21,1)
Facilidade de mastigação	445	98 (22,0)	73 (16,4)	86 (19,3)	169 (38,0)	19 (4,3)
Qualidade e frescura dos alimentos	445	2 (0,4)	4 (0,9)	15 (3,4)	303 (68,1)	121 (27,2)
Hábito ou rotina	445	24 (5,4)	30 (6,7)	109 (24,5)	259 (58,2)	23 (5,2)

Os homens atribuíram maior importância a "outra pessoa decide a maioria dos alimentos que como". Quanto maior a escolaridade e o nível de independência maior importância é atribuída ao "conteúdo de aditivos, corantes e conservantes" dos alimentos.

Quanto maior o nível de independência menor importância é atribuída a "outra pessoa decide a maioria dos alimentos que como". Não foram encontradas relações significativas entre idade e rede de apoio social com fatores que influenciam a escolha dos alimentos (Tabela 20).

Os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde que afetaram a escolha dos alimentos são apresentados na Tabela 21 (tabela completa – Anexo B).

Os participantes com problemas de mastigação e sem problemas de equilíbrio atribuíram maior importância à facilidade da mastigação, já os participantes com problemas de deglutição atribuem maior importância ao "sabor dos alimentos", "facilidade de mastigação" e "qualidade e frescura dos alimentos" e menor importância à "alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais".

Os participantes com dor oro-facial atribuíram maior importância ao "sabor dos alimentos". Os participantes com problemas de audição atribuíram maior importância ao "conteúdo em aditivos, corantes e conservantes" dos alimentos. Os participantes com problemas de paladar atribuíram maior importância à "apresentação da embalagem", "as minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas" e "sabor dos alimentos". Os participantes com perda de força muscular atribuíram maior importância ao "conteúdo em aditivos, corantes e conservantes" enquanto os que não reportam perda de força muscular atribuíram maior importância às suas raízes culturais, religiosas ou étnicas, ou facilidade de mastigação.

Participantes que reportaram ter doenças gastrointestinais atribuíram maior importância ao "preço dos alimentos" enquanto os que reportaram ter excesso de peso/ obesidade atribuíram maior importância à "disponibilidade dos alimentos" como fator que mais influencia a escolha dos alimentos. Participantes que reportaram não ter doenças da tireoide atribuíram menor

importância a “alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais” como fator que mais influencia a sua escolha dos alimentos.

Na tabela 22, podemos verificar a relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com o índice de massa corporal, estado nutricional, risco cardiovascular e qualidade de vida relacionada com a alimentação. Quanto mais importância os idosos atribuem ao “conteúdo em aditivos, corantes e conservantes” e “outra pessoa decide a maior parte dos alimentos consumidos” melhor o seu estado nutricional e maior o risco cardiovascular, respetivamente. Por fim, quanto maior importância atribuem a “tentar fazer uma alimentação saudável”, “sabor dos alimentos” ou “qualidade e frescura dos alimentos”, maior a qualidade de vida relacionada com a alimentação. Não foi encontrada relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos e o índice de massa corporal.

Tabela 20 - Relação entre fatores socio demográficos e fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem.

Fatores (1)	Sexo							Rede de suporte social (2)							Idade			Escolaridade			Nível de Independência (3)		
	Masculino			Feminino			p	Inadequada (0-3 pontos)			Adequada (4 pontos)			p	n	r	p	n	r	p	n	r	p
	P25	M	P75	P25	M	P75		P25	M	P75	P25	M	P75										
1	2	3	4	2	3	4	1,000	1	3	4	2	3	4	0,397	444	0,009	1,000	444	-0,008	1,000	444	0,013	1,000
2	3	4	4	4	4	4	1,000	4	4	4	3	4	4	1,000	443	0,020	1,000	443	-0,170*	0,006	443	-0,084	1,000
3	2	4	4	2	3	4	1,000	2	3	4	3	4	4	1,000	444	-0,110	0,371	444	0,156	0,017	444	0,082	1,000
4	3	4	4	3	4	4	1,000	3	4	4	3	4	4	1,000	445	-0,014	1,000	445	0,087	1,000	445	0,073	1,000
5	1	2	3	1	3	4	0,072	2	3	4	1	2	3	0,086	444	0,015	1,000	444	0,070	1,000	444	0,023	1,000
6	3	4	4	3	4	4	1,000	3	4	4	3	4	4	1,000	445	0,055	1,000	445	-0,121	0,193	445	-0,052	1,000
7	1,3	3	4	2	3	4	1,000	2	3	4	2	4	4	1,000	445	-0,085	1,000	445	0,146*	0,035	445	0,191*	0,001
8	2	3	4	1	3	4	1,000	1	3	4	2	3	4	1,000	445	-0,094	0,868	445	0,126	0,140	445	0,116	0,263
9	3	4	4	3	4	4	1,000	3	4	4	3	4	4	1,000	445	0,006	1,000	445	0,026	1,000	445	0,066	1,000
10	2	3	4	2	3	4	1,000	2	4	4	2	3	4	1,000	445	0,022	1,000	445	0,030	1,000	445	0,027	1,000
11	2	3	4	2	3	4	1,000	2	3	4	2	3	4	1,000	445	-0,002	1,000	445	0,058	1,000	445	0,087	1,000
12	1	3	4	2	3	4	1,000	1	3	4	2	3	4	1,000	443	0,023	1,000	443	0,067	1,000	443	0,042	1,000
13	1	3	4	1	1	2	<0,001	1	1	3	1	2	4	1,000	445	0,077	1,000	445	0,042	1,000	445	-0,282	<0,001
14	1	1	1	1	1	1	1,000	1	1	1	1	1	1	0,318	445	-0,093	0,913	445	0,131	0,102	445	0,053	1,000
15	4	4	4	4	4	4	1,000	4	4	4	4	4	4	1,000	445	-0,016	1,000	445	0,030	1,000	445	0,031	1,000
16	2	3	4	2	3	4	1,000	2	3	4	2	3	4	0,307	445	0,045	1,000	445	-0,014	1,000	445	-0,120	0,203
17	4	4	5	4	4	5	1,000	4	4	4	4	4	5	1,000	445	0,018	1,000	445	0,046	1,000	445	0,084	1,000
18	3	4	4	3	4	4	1,000	3	4	4	3	4	4	0,397	444	0,009	1,000	444	-0,008	1,000	444	0,013	1,000

1 - Marca dos alimentos; 2 - Preço dos alimentos; 3 - Controlar o seu peso; 4 - Tentar fazer uma alimentação saudável; 5 - Facilidade de preparação; 6 - Poder ser comprado em lojas perto de casa; 7 - Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes; 8 - Apresentação da embalagem; 9 - Dieta prescrita por médico/ nutricionista; 10 - As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas; 11 - Disponibilidade de alimentos; 12 - Facilidade de armazenamento/ mantém-se bem armazenado; 13 - Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como; 14 - Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais; 15 - Sabor dos alimentos; 16 - Facilidade de mastigação; 17 - Qualidade e frescura dos alimentos; 18 - Hábito ou rotina.

P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75.

(1) Importância atribuída aos fatores que influenciam a escolha dos alimentos avaliada através de escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - nada importante a 5 - extremamente importante; (2) rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de Fillenbaum (1986); (3) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8).

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde.

	Sim* (%)						Não* (%)						P
	n	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	n	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Problemas de mastigação													
Facilidade de mastigação	107	6,5	11,2	22,4	53,3	6,5	338	26,9	18,0	18,3	33,1	3,6	<0,001
Problemas de deglutição													
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	52	57,7	19,2	9,6	13,5	0,0	393	83,7	6,6	5,1	4,3	0,3	<0,001
Sabor dos alimentos	52	0,0	5,8	11,5	75,0	7,7	393	0,8	1,3	5,6	69,5	22,9	0,030
Facilidade de mastigação	52	7,7	11,5	19,2	53,8	7,7	393	23,9	17,0	19,3	35,9	3,8	0,011
Qualidade e frescura dos alimentos	52	1,9	5,8	5,8	75,0	11,5	393	0,3	0,3	3,1	67,2	29,3	0,009
Dor oro-facial													
Sabor dos alimentos	45	2,2	6,7	13,3	66,7	11,1	400	0,5	1,3	5,5	70,5	22,3	0,042
Problemas de audição													
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	256	18,0	12,5	16,4	44,5	8,6	183	31,7	12,6	15,8	32,8	7,1	0,027
Problemas de paladar													
Apresentação da embalagem	416	24,5	12,0	20,7	39,7	3,1	25	48,0	20,0	20,0	8,0	4,0	0,021
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	416	20,7	8,7	20,0	46,4	4,3	25	40,0	16,0	24,0	16,0	4,0	0,047
Sabor dos alimentos	416	0,5	1,4	5,8	70,7	21,6	25	4,0	8,0	16,0	64,0	8,0	0,044
Problemas de equilíbrio													
Facilidade de mastigação	243	26,7	18,5	20,2	32,1	2,5	175	16,0	13,7	20,0	44,6	5,7	0,004
Perda de força muscular													
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	196	15,3	10,7	11,2	49,5	13,3	210	30,5	14,3	19,0	31,9	4,3	<0,001
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	196	32,7	8,2	17,9	37,8	3,6	210	14,8	11,0	23,3	47,1	3,8	0,039
Facilidade de mastigação	196	29,6	16,3	19,9	30,1	4,1	210	17,1	16,7	18,1	44,3	3,8	0,038
Doenças gastrointestinais													
Preço dos alimentos	175	1,7	2,3	15,4	60,0	20,6	268	2,2	7,5	21,3	55,2	13,8	0,046
Excesso de peso/obesidade													
Disponibilidade dos alimentos	125	6,4	16,0	24,0	51,2	2,4	320	20,9	16,9	26,9	34,7	0,6	0,001
Doenças da tiroide													
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	64	64,1	18,8	7,8	9,4	0,0	381	83,5	6,3	5,2	4,7	0,3	0,009

(1) Nada importante; (2) Pouco importante; (3) Moderadamente importante; (4) Muito importante; (5) Extremamente importante.

*Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Apenas se apresentam as relações com significado estatístico

Nota: Importância atribuída aos fatores que influenciam a escolha dos alimentos avaliada através de escala do tipo *Likert* de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - nada importante a 5 - extremamente importante.

Tabela 22 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com o estado ponderal, estado nutricional, risco cardiovascular e qualidade de vida relacionada com a alimentação.

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos (1)	Estado ponderal (2)			Estado nutricional (3)			Risco cardiovascular (4)			Qualidade de vida relacionada com a alimentação (5)		
	n	r	p*	n	r	p*	n	r	p*	n	r	p*
Marca dos alimentos	432	0,051	1,000	444	-0,028	1,000	437	0,038	1,000	441	0,063	1,000
Preço dos alimentos	431	0,088	1,000	443	-0,007	1,000	436	0,037	1,000	440	-0,025	1,000
Controlar o seu peso	432	0,023	1,000	444	-0,052	1,000	437	0,056	1,000	441	0,114	0,298
Tentar fazer uma alimentação saudável	433	-0,053	1,000	445	0,071	1,000	438	0,005	1,000	442	0,181	0,002
Facilidade de preparação	432	0,022	1,000	444	-0,028	1,000	437	-0,025	1,000	441	0,002	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	433	0,002	1,000	445	0,025	1,000	438	0,033	1,000	442	-0,007	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	433	-0,083	1,000	445	0,178	0,003	438	-0,135	0,086	442	0,13	0,109
Apresentação da embalagem	433	0,049	1,000	445	-0,002	1,000	438	0,014	1,000	442	0,136	0,076
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	433	-0,016	1,000	445	0,011	1,000	438	0,014	1,000	442	0,097	0,731
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	433	0,068	1,000	445	-0,028	1,000	438	0,067	1,000	442	0,058	1,000
Disponibilidade de alimentos	433	0,068	1,000	445	-0,026	1,000	438	0,020	1,000	442	0,129	0,122
Facilidade de armazenamento/ mantém-se bem armazenado	431	-0,016	1,000	443	0,025	1,000	436	0,006	1,000	440	0,061	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	433	-0,089	1,000	445	0,004	1,000	438	0,155	0,021	442	0,089	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	433	-0,061	1,000	445	-0,026	1,000	438	-0,083	1,000	442	0,047	1,000
Sabor dos alimentos	433	0,061	1,000	445	0,034	1,000	438	0,089	1,000	442	0,239*	<0,001
Facilidade de mastigação	433	-0,063	1,000	445	-0,133	0,087	438	-0,065	1,000	442	0,017	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	433	0,038	1,000	445	0,055	1,000	438	0,005	1,000	442	0,211*	<0,001
Hábito ou rotina	433	0,021	1,000	445	-0,072	1,000	438	-0,038	1,000	442	0,061	1,000

(1) Importância atribuída aos fatores que influenciam a escolha dos alimentos avaliada através de escala do tipo Likert de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - nada importante a 5 - extremamente importante; (2) avaliado através do *Mini Nutritional Assessment* (Nestlé Nutrition Institute, S/D), pontuação máxima 30 pontos; (3) avaliado através do índice de massa corporal e classificado segundo os critérios de Lipschitz (1994); (4) relação com o perímetro da cintura, classificado segundo os critérios da Direção Geral da Saúde (2005); (5) Qualidade de vida relacionada com a alimentação avaliada através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos com cotação de 1 a 5 pontos: 1 - discordo fortemente a 5 - concordo fortemente (Grunert et al., 2007).

4.5. Fontes preferenciais sobre alimentação e características sociodemográficas

A alimentação é um assunto que interessa a 87,5% dos participantes e 69,2% gostariam de receber mais informações sobre esta temática (tabela 23).

Tabela 23 - Fontes de informação sobre alimentação.

Informações sobre alimentação	Sim
	n (%)
A alimentação é um assunto que lhe interessa? (n = 457)	400 (87,5)
Se sim: (n = 400)	277 (69,2)
Gostaria de receber informações sobre alimentação?	
Folhetos informativos sobretudo com texto	192 (48,0)
Folhetos informativos sobretudo com imagens	193 (48,3)
Cartazes informativos	169 (42,3)
Formações/ sessões de educação alimentar	153 (38,3)
Sessões práticas de culinária	136 (34,0)
Material audiovisual (filmes, ...)	199 (49,7)

Existem diferenças significativas na preferência por diferentes fontes de informação, com a maioria dos participantes a preferir receber informações sobre alimentação saudável através de material audiovisual ou folhetos informativos (principalmente com imagens ou texto).

Quando comparadas com os homens, as mulheres preferem em maior proporção receber informações através de sessões práticas de culinária e material audiovisual (por exemplo, filmes). Os participantes com nível de escolaridade mais elevado preferem receber estas informações através de folhetos principalmente com material de texto ou audiovisual, enquanto indivíduos com maior nível de independência preferem folhetos principalmente com imagens, posters informativos, sessões de educação alimentar e sessões práticas de culinária. Não foram encontradas relações significativas para a idade ou rede de apoio social (Tabela 24).

Tabela 24 - Associações entre características sociodemográficas e fontes de informação preferidas.

Por que fontes gostaria de receber informações sobre alimentação?	Total %	Sexo			Idade			Escolaridade			Rede de Suporte Social (1)			Nível de independência (2)		
		Masculino	Feminino	p	Média (DP)		p	Média (DP)		p	Inadequada (0-3 pontos)	Adequada (≥ 4 pontos)	p	M (P25; P75)		p
		Sim %	Sim %		Sim	Não		Sim	Não		Sim %	Não %		Sim	Não	
Materiais audiovisuais (e.g. filmes...)	49,8	43,4	55,0	0,021	73,1 (5,5)	72,9 (6,0)	0,728	5,7 (3,5)	5,0 (3,2)	0,027	46,1	52,3	0,224	8,0 (8;8)	8,0 (7;8)	0,059
Folhetos informativos com imagens	48,3	46,2	50,0	0,482	73,0 (5,7)	73,0 (5,8)	0,974	5,6 (3,4)	5,1 (3,3)	0,207	45,5	50,2	0,362	8,0 (8;8)	8,0 (7;8)	0,010
Folhetos informativos com texto	48,0	47,8	48,2	1,000	72,9 (5,6)	73,1 (5,9)	0,678	5,8 (3,4)	4,9 (3,3)	0,013	42,4	51,9	0,068	8,0 (8;8)	8,0 (7;8)	0,017
Cartazes informativos	42,3	37,9	45,9	0,127	73,0 (5,5)	73,0 (5,9)	0,939	5,5 (3,4)	5,2 (3,4)	0,361	41,2	43,0	0,758	8,0 (8;8)	8,0 (7;8)	<0,001
Sessões de educação alimentar	38,3	34,6	41,3	0,181	73,0 (5,3)	73,0 (6,0)	0,987	5,4 (3,4)	5,3 (3,4)	0,652	38,2	38,3	1,000	8,0 (8;8)	8,0 (7;8)	0,002
Sessões de culinária	34,0	28,6	38,5	0,044	72,5 (5,2)	73,3 (5,9)	0,227	5,5 (3,1)	5,2 (3,5)	0,485	31,5	35,7	0,393	8,0 (8;8)	8,0 (7;8)	<0,001

(1) Rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de *Fillenbaum* (1986); (2) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8).

P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75.

Além destas análises, foram realizados modelos de regressão para prever a preferência para cada tipo de informação com base em todas essas variáveis. Os resultados foram semelhantes aos apresentados na análise bivariada (Tabela 22), com a exceção de que ser mulher não era um preditor significativo da preferência pelas sessões de culinária (dados não apresentados).

5. Discussão e Considerações finais

A taxa de participação é superior a 60% — proporção reportada na literatura como adequada (Mindell et al., 2015) — e a proporção de participantes está de acordo com o objetivo definido no projeto (15% a 20% da população). Embora as taxas de participação e as proporções de participantes tenham sido inferiores na freguesia da Madalena, a aplicação do teste do qui-quadrado não revelou dependência significativa entre a freguesia ou o sexo e qualquer uma dessas proporções (dados não apresentados).

O processo de envelhecimento acarreta várias alterações fisiológicas que alteram a digestão, absorção e metabolismo de alimentos e nutrientes que levam a mudanças nas necessidades nutricionais (Bernstein, 2017). A redução da força muscular que ocorre com a idade pode comprometer o desempenho das atividades diárias normais e/ou reduzir a intensidade dessas atividades (Marcell, 2003), por exemplo, pode interferir na preparação de alimentos. Essas mudanças podem comprometer a adesão à alimentação saudável entre os idosos, principalmente aqueles que sofrem de doenças crônicas, limitações físicas e restrições financeiras, bem como aqueles que residem em diferentes ambientes, como aqueles que não vivem mais na comunidade (Bernstein, 2017).

A diminuição da ingestão alimentar, o estilo de vida sedentário e o gasto energético reduzido, geralmente colocam os idosos em risco de desnutrição (especialmente deficiências de proteínas e micronutrientes). Condições crônicas e persistentes criam desafios adicionais para as atividades diárias dos idosos, incluindo tarefas relacionadas com alimentos (Bernstein, 2017). A suplementação nutricional pode ser considerada quando a ingestão de alimentos é inadequada, mas deve sempre ser avaliada por um profissional de saúde adequadamente treinado. Os idosos devem ser incentivados a ter uma alimentação equilibrada, variada e completa.

Deste modo, para promover um bom estado de saúde é fundamental apostar em fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, alterando os comportamentos de risco para as doenças crônicas como o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. As redes sociais e comunitárias, entre as quais família e amigos,

constituem outro nível de influência. Se as condições de vida, como o trabalho, educação ou habitação, são determinantes, também as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, a um nível mais macro, influenciam a saúde dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2018).

Para ir ao encontro desta perspetiva, pretendeu-se caracterizar de uma forma multidimensional o estado de saúde e estado nutricional de idosos a viver na comunidade envolvendo variáveis como fatores sociodemográficos, utilização dos serviços de saúde e de ação social, qualidade de vida relacionada com a alimentação e fatores que influenciam a escolha dos alimentos consumidos, bem como as fontes de informação sobre alimentação.

5.1. Caracterização do estado de saúde e utilização dos serviços de saúde e de ação social

Em 2016, ano da recolha de dados da presente dissertação, 52,6% da população portuguesa era do sexo feminino (INE & PORDATA, 2020), ou seja, semelhante ao encontrado no presente estudo. As diferenças de sexo na expectativa de vida (maior para as mulheres) são comumente citadas na literatura (Brandão et al., 2017) e corroboradas pela preponderância de mulheres neste estudo.

Os nossos dados revelaram que cerca de um quinto dos idosos a viver na comunidade moram sozinhos, valor inferior encontrado no estudo de Brandão et al. (2017) mas semelhante ao reportado num relatório sobre saúde e incapacidades em Portugal que revelou que 22% dos idosos (≥ 65 anos) moravam sozinhos (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Os nossos resultados apontam para que a maioria dos idosos tenha uma rede de suporte social adequada. É de salientar que a maioria dos idosos prefere permanecer em sua casa à medida que envelhece e continuar a manter as ligações com a sua rede de suporte social, nomeadamente os amigos e a família (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve, & Allen, 2011). O nível de independência encontrada nesta dissertação é superior ao encontrado em outros estudos [com idosos residentes no Concelho de Alfândega da Fé (Distrito de Bragança) — média: 14,6 (Amaral, 2017); com idosos com idade igual ou superior a 70 anos da região Minho-Lima — média: 10,1 (Fernandes, 2015)] em que utilizaram uma

escala de 0 a 16. E um nível de independência semelhante a um estudo (Madeira et al., 2020) com idosos de uma amostra representativa da população portuguesa (7,4), que utilizou uma escala entre 0 e 8. Isto pode dever-se ao facto de, no caso desta dissertação, cerca de 60% dos idosos terem menos de 75 anos, ou seja, serem mais jovens do que os participantes dos outros estudos, ou outras características dos idosos, como estado de saúde.

O avançar da idade tem sido associado a um declínio no estado funcional e a um aumento de problemas crónicos (Hazra, Dregan, Jackson, & Gulliford, 2015). Em termos de saúde oral os problemas mais frequentes foram edentulismo (perda parcial ou total dos dentes) e utilização de prótese dentária, contudo os problemas que mais interferem com a alimentação são os problemas de mastigação e deglutição. As prevalências destas condições são concordantes com as descritas no Barómetro da Saúde Oral 2019 (Ordem dos Médicos Dentistas, 2020), em que se verifica que cerca de 70% da população portuguesa sofre de edentulismo e 53,4% tem prótese dentária (móvel ou fixa). Estes resultados eram expectáveis pois a saúde oral parece ter sido descuidada ao longo dos anos já que 31,6% dos portugueses nunca visitam o médico dentista ou apenas o fazem em caso de urgência. Além disso, 38,2% dos portugueses nunca marcam consultas de rotina e mais de metade marcam menos de uma vez por ano sendo que os indivíduos com mais de 65 anos são os que menos marcam consultas de rotina (Ordem dos Médicos Dentistas, 2020).

Em relação ao envelhecimento dos órgãos dos sentidos, os idosos, apesar de serem mais novos (> 65 anos), reportaram maior prevalência de problemas de visão e de audição em relação a outro estudo realizado em Portugal em idosos com mais de 80 anos (Brandão et al., 2017). Por outro lado, a prevalência de problemas de olfato, paladar e tato foram inferiores aos reportados em outros estudos internacionais (Bigman, 2020; Correia et al., 2016; Murphy et al., 2002)

Quanto aos problemas relacionados com o envelhecimento músculo-esquelético destacaram-se os problemas de equilíbrio, perda de força muscular e alterações ou dores articulares. Os resultados encontrados foram superiores aos reportados num estudo em que 39,6% dos idosos tinha muita dificuldade ou não conseguia tomar banho ou vestir-se e 57,1% em caminhar ou subir escadas (Brandão et al., 2017). Contudo, podemos considerar que esta elevada prevalência de problemas

relacionados com o envelhecimento músculo-esquelético reportados nesta dissertação seria expectável dado que um quinto dos idosos portugueses apresenta fragilidade e metade está classificada como pré-frágil, segundo um estudo com cerca de 1500 idosos a viver na comunidade (Sousa-Santos, Afonso, Borges, et al., 2018).

As doenças/ problemas de saúde mais reportados entre os idosos foram: hipertensão arterial, dislipidemia (colesterol e/ou triglicerídeos elevados), doenças/ problemas osteoarticulares, doenças/ problemas gastrointestinais e diabetes *mellitus*. A prevalência de hipertensão reportada nesta dissertação é semelhante à encontrada no 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em 2015 entre os idosos – 71,3% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge., 2016). Em relação à dislipidemia, a prevalência reportada foi inferior à encontrada para o colesterol total elevado nesse Inquérito – 79,2% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016), porém superior a outro estudo mais recente – 65,0% (Madeira et al., 2020). A prevalência de doenças osteoarticulares reportada está de acordo com a encontrada num estudo realizado em Portugal Continental que aponta para uma prevalência de doenças reumáticas (condições e problemas funcionais do sistema músculo-esquelético de causas não traumáticas) de 55,2% entre indivíduos entre os 65-74 anos e de 62,5% para indivíduos com mais de 75 anos (Branco, Nogueira, & Contreiras, 2005). A prevalência de doenças gastrointestinais reportada é superior à encontrada nos portugueses em geral (12,5%) (Alarcão et al., 2020). A prevalência de diabetes *mellitus* reportada nesta dissertação é superior à encontrada no 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em 2015 entre os idosos – 23,8% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016) e a outro estudo representativo da população idosa portuguesa – 25,9% (Madeira et al., 2020).

Verificou-se que mais de 50% dos idosos com hipertensão arterial ou dislipidemia e cerca de 30% com diabetes *mellitus*, doenças/ problemas gastrointestinais e doenças/ problemas osteoarticulares tomavam 1 ou mais medicamentos para estas doenças. Sendo que para algumas doenças/ problemas de saúde como: outras doenças cardiovasculares (0,4%), hipertensão arterial (0,4%), doenças

oncológicas (0,2%) e doenças/ problemas osteoarticulares (0,2%) os idosos tomavam 5 ou mais medicamentos.

De facto, com a idade, os idosos acumulam condições crónicas, como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes *mellitus*, dislipidemia, insuficiência renal, perturbações do sono, entre outras e consequentemente, necessitam de vários medicamentos (Tinetti et al., 2011). A polimedicação é definida pela Organização Mundial da Saúde como a administração de muitos medicamentos ao mesmo tempo ou a administração de um número excessivo de medicamentos (World Health Organization, 2004). Contudo, é de salientar que esta definição não é clara, pois não se refere a um número específico, nem indica a condição temporal sob a qual a polimedicação é administrada simultaneamente (Carlson, 1996). Segundo um estudo recente, a polimedicação (definida como a toma de 5 ou mais medicamentos diferentes) verificava-se em mais de 70% dos idosos admitidos num hospital português (Urzal et al., 2019), contudo, importa salientar que nesse estudo o contexto é hospitalar o que indica maiores problemas de saúde, e por isso maior percentagem de toma de 5 ou mais medicamentos, ao contrário do contexto de cuidados de saúde primários da amostra desta dissertação.

Foi encontrada uma elevada prevalência de excesso de peso e risco cardiovascular aumentado ou muito aumentado. Resultados concordantes com os reportados pelo Inquérito Alimentar Nacional e Atividade Física em que cerca de 80% dos idosos tinha excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) e 60% destes tinha um risco cardiovascular aumentado baseado no perímetro da cintura (Lopes et al., 2018). Contudo, um estudo mais recente reporta uma prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) de 81,6% (Madeira et al., 2020).

Em relação ao risco nutricional, nesta dissertação cerca de 30% dos idosos foram classificados como estando em risco de desnutrição/ desnutridos, valor próximo do encontrado num estudo realizado com 337 idosos que frequentavam centros de dia e de convívio de Paços de Ferreira em que cerca de 34% estava em risco de desnutrição/ desnutridos (Bernardo & Amaral, 2016). Contudo, este valor é sensivelmente o dobro do reportado em dois estudos representativos da

população idosa portuguesa a viver na comunidade (Madeira et al., 2020; Sousa-Santos, Afonso, Borges, et al., 2018).

Pretendeu-se também caracterizar a utilização dos serviços sociais e de saúde por esses idosos, bem como explorar a existência de possíveis relações com fatores sociodemográficos, relacionados com o envelhecimento, saúde e nutrição (estado nutricional). Sabe-se que doentes com uma elevada utilização dos serviços de saúde são responsáveis por um grande número de prescrições e de referenciações para outros níveis de cuidados, causando um elevado impacto económico, humano e social (Vedsted & Christensen, 2005). Conhecer o estado de saúde e a sua distribuição pelos determinantes sociais de saúde são essenciais para avaliar e acompanhar os efeitos das intervenções. Estar atento aos determinantes sociais de saúde, incluindo a utilização dos cuidados de saúde, torna os serviços de saúde mais eficazes (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

Constatamos que as mulheres têm uma maior utilização dos serviços de fisioterapia, mas não de outros serviços. No entanto, vários estudos (Aguilar-Palacio et al., 2016; Gomes et al., 2013; Pilger, Menon, & Mathias, 2013; Quintal, Lourenço, & Ferreira, 2012) referiram uma maior utilização da generalidade dos serviços de saúde por mulheres do que por homens. Também se verificou que quanto mais elevada a idade, maior a procura por serviços de enfermagem. Outros autores (Gomes et al., 2013; Pilger et al., 2013) relatam que a procura de serviços de saúde pelos idosos aumenta com a idade, facto explicado pela acumulação de doenças crónicas. Não foram encontradas associações com alguns fatores sociodemográficos (por exemplo, escolaridade, rede de apoio social), ao contrário de outros estudos (Gomes et al., 2013; Pilger et al., 2013)

Em geral, foi encontrada uma maior utilização dos serviços de saúde por participantes com doenças / condições crónicas (por exemplo, diabetes *mellitus*, hipertensão) e problemas associados com o envelhecimento, o que está de acordo com resultados reportados por outros autores (Aguilar-Palacio et al., 2016; Buczak-Stec et al., 2020; Janković, Šiljak, Marinković, Kovač, & Janković, 2018; Monterde et al., 2020)

Verificou-se uma baixa frequência de utilização dos serviços de nutrição e psicologia. Particularmente em relação ao serviço de nutrição, seria esperada uma maior utilização de nutricionistas, dada a alta prevalência de excesso de peso, risco cardiovascular e idosos em risco de desnutrição/ desnutridos encontrados neste estudo. O potencial dos nutricionistas está bem documentado na prevenção desse tipo de doenças/ condições (por exemplo: Ball et al. (2017); Menezes et al. (2020)), mas por outro lado também está documentada a falta de nutricionistas no sistema de saúde português (Ferreira, Cordeiro, & Bento, 2017).

A relação entre a frequência de utilização dos serviços de saúde e de ação social entre si revela a frequência da utilização de vários profissionais complementares na prevenção e tratamento de doenças, como médico, enfermeiro, nutricionista e serviços de apoio domiciliário. Este aspeto é positivo, pois a intervenção de uma equipa multidisciplinar permite a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Fowler, Garr, Mager, & Stanley, 2020). No entanto, os dados recolhidos não permitem analisar a articulação entre estes profissionais, o que, numa abordagem baseada numa equipa multidisciplinar, deve ser promovida.

Um resultado preocupante é a não utilização de serviços de saúde e de ação social que, dadas as características da amostra seriam importantes. Por exemplo, verificou-se que mais de 50% dos participantes com hipertensão arterial, nunca ou menos de uma vez por ano, utilizam serviços de enfermagem. Sabe-se que a monitorização da pressão arterial é essencial para o controlo dessa condição com implicações para doenças cardiovasculares. Assim, também é importante entender os motivos que levam os idosos a não utilizar os serviços de saúde ou a faltar às consultas. Embora estas questões não tenham sido abordadas neste estudo, sugere-se que trabalhos futuros as considerem, pois estas situações causam um alto desperdício de recursos, limitam a prestação de cuidados preventivos e afetam negativamente a saúde da população (Shahab & Meili, 2019).

5.2. Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico

A presença de múltiplos problemas de saúde crónicos aumenta com a idade devido à acumulação de doenças crónicas durante o processo de envelhecimento (Prazeres & Santiago, 2015). A comorbilidade refere-se à coocorrência de duas doenças ou condições médicas num indivíduo. Este conceito tem sido usado para transmitir a noção de carga de doença, definida pelo peso total de disfunção fisiológica ou pelo peso total de doenças com impacto sobre um indivíduo (Broeiro, 2015).

Ser do sexo feminino, ter menor escolaridade e um menor nível de independência mostraram estar relacionados com problemas de saúde oral, problemas músculo-esqueléticos e doenças/ problemas gastrointestinais e osteoarticulares. Estes resultados são concordantes com um estudo transversal que incluiu todos os adultos e idosos de Luzerna, sul do Brasil, em que se verificou que as mulheres, idosos e indivíduos com um nível socioeconómico mais baixo apresentaram maior risco para a necessidade de utilização de próteses dentárias (Boscato, Schuch, Grasel, & Goettems, 2016). Além disso, outro estudo reporta que as mulheres apresentaram maior probabilidade de relatar um pior estado de saúde física, estado de saúde mental, função cognitiva e qualidade de vida do que os homens (Ko et al., 2019). De realçar que, níveis de escolaridade mais altos se associam a um melhor estado de saúde, consequência de comportamentos mais saudáveis e maior literacia (Cohen & Syme, 2013).

Também tem sido reportado na literatura que os fatores mais frequentemente relacionados com a dependência nas atividades do quotidiano são: problemas músculo-esqueléticos (relacionados com a mobilidade e equilíbrio), depressão, défice cognitivo e idade ≥ 80 anos (Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion, & de Souza, 2010), mas na presente dissertação não se encontraram relações destes problemas de saúde com a idade. Isto pode dever-se ao facto de a amostra analisada nesta dissertação ter maior nível de independência do que o encontrado noutros estudos (como referido anteriormente), sendo que outro trabalho aponta a perda ou ausência de dentes, dificuldades de mastigação e de deglutição, problemas com o sabor dos alimentos, problemas de saúde geral,

problemas auditivos e de fala como fatores que potenciam a dependência nos idosos (Saintrain et al., 2018).

Na presente dissertação foi encontrada uma relação entre doenças/ problemas de saúde e problemas relacionados com o envelhecimento (saúde oral, órgãos dos sentidos e músculo-esquelético). Encontrou-se uma relação entre doenças gastrointestinais, doenças/ problemas respiratórios, doenças/ problemas osteoarticulares, stresse, depressão, ansiedade e insónia com ter xerostomia, problemas de deglutição, dor oro-facial, problemas de tato, perda de força muscular e alterações ou dores articulares.

Um trabalho anterior com idosos portugueses mostrou que estes tinham baixos níveis de rendimentos e escolaridade, problemas de visão e saúde oral. Além disso, em termos de saúde geral, no seu estudo, os idosos mencionaram problemas cardíacos, gastrointestinais, problemas nos membros inferiores, reumatismo, tonturas, insónia, cefaleia, entre outros. Todos os pacientes apresentavam pelo menos uma doença crónica, sendo as mais reportadas a diabetes *mellitus*, as dislipidemias e a hipertensão (de Moraes et al., 2012). Estes resultados são consistentes com os nossos.

O envelhecimento afeta várias funções do sistema gastrointestinal: motilidade, secreção de enzimas e hormonas, digestão e absorção assim como a toma de medicamentos devido a efeitos colaterais (Dumic et al., 2019). Um destes distúrbios mais comuns relacionados com a cavidade oral em idosos é a xerostomia (Nagler & HersHKovich, 2005). Além disso, podem ocorrer alterações fisiológicas na deglutição associadas às que aumentam o risco de disfagia e aspiração em idosos, especialmente durante doenças agudas e outros fatores stressantes (Robbins et al., 2006). Uma das doenças do sistema esquelético mais comum entre os idosos é a osteoartrite (Hunter & Bierma-Zeinstrá, 2019). Indivíduos com osteoartrite apontam a dor como o sintoma mais incapacitante que interfere com a capacidade de trabalho e leva a restrições de atividades sociais (Marks, 2018). Segundo um estudo que tinha como objetivo investigar a relação entre problemas de saúde oral e sintomas depressivos em idosos japoneses a viver na comunidade, a depressão foi relacionada com baixa produção salivar não estimulada, dor oral, e problemas físicos (Takiguchi,

Yoshihara, Takano, & Miyazaki, 2016), estando de acordo com os resultados desta dissertação. Por outro lado, outro estudo, encontrou uma associação positiva entre a depressão e cáries dentárias, perda de dentes e edentulismo (Cademartori, Gastal, Nascimento, Demarco, & Corrêa, 2018). Não foram encontrados estudos que relacionassem especificamente a insônia com problemas de deglutição, contudo um estudo verificou que existe uma relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde oral e a insônia e depressão (Noguchi, Makino, Haresaku, Shimada, & Naito, 2017).

Foi registrada a coocorrência de algumas doenças/ problemas de saúde, como diabetes *mellitus*, enfarte agudo do miocárdio, excesso de peso/ obesidade, hipercoagulação, outras doenças cardiovasculares, doenças renais doenças/ problemas gastrointestinais doenças da tireoide, doenças/ problemas respiratórios, insônia e doenças/ problemas osteoarticulares. Possíveis explicações para as relações entre estas doenças/ problemas de saúde incluem etiologia e fisiopatologia compartilhadas ou o resultado do processo biológico do envelhecimento, em que diferentes eventos ocorrem com maior frequência (degeneração da cartilagem, aumento da resistência à insulina, ganho de peso, dislipidemia) e desse modo, podem aparecer simultaneamente, mesmo que não estejam interrelacionados (Kadam, Jordan, & Croft, 2005).

Na literatura a presença de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial tem sido associada à presença de doenças cardiovasculares (Massa, Duarte, & Chiavegatto Filho, 2019). Além disso, idosos com doenças/ problemas osteoarticulares (nomeadamente osteoartrite) apresentam uma elevada frequência de comorbilidades como síndrome metabólica, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, *diabetes mellitus* e depressão (Leite et al., 2011). Tal como nesta dissertação, um estudo reporta uma relação ente insônia e depressão, indicando que os idosos com insônia têm um aumento de 23% no risco de desenvolvimento de sintomas de depressão (Jaussent et al., 2011).

Participantes que reportam ter diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, excesso de peso/ obesidade, doenças/ problemas osteoarticulares possuem uma maior prevalência de excesso de peso. Estes resultados são concordantes com outros estudos. Um índice de massa corporal maior confere um risco aumentado de

diabetes *mellitus*, osteoartrite e incapacidade em idosos (Kalish, 2016). Além disso, um estudo recente (com indivíduos entre os 18 e 85 anos de diferentes regiões de Espanha) encontrou relação entre a obesidade com hipertensão arterial, estilo de vida sedentário, diabetes *mellitus*, idade e baixa escolaridade (Cinza Sanjurjo et al., 2019).

Participantes que reportam ter diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, excesso de peso/ obesidade, possuem uma maior prevalência de risco cardiovascular muito aumentado. Estes resultados estão de acordo com o reportado no Programa Nacional de Combate à Obesidade que admite, com valor clínico e epidemiológico, uma classificação de dois níveis de risco de complicações associadas à obesidade (risco aumentado e muito aumentado de complicações metabólicas), através da determinação do perímetro da cintura. Nos idosos, o perímetro abdominal é uma medida antropométrica mais importante do que o índice de massa corporal para avaliar o risco de mortalidade. Assim, as comorbilidades associadas à obesidade determinam a gravidade desta doença. Ou seja, a obesidade abdominal ou visceral está associada a diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipertensão arterial, e doenças cardiovasculares e morte, sendo que a associação a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo (Direção Geral da Saúde, 2005).

Nesta dissertação foi encontrada uma relação entre um pior estado nutricional e vários problemas de saúde (acidente vascular cerebral, problemas osteoarticulares, stresse, depressão ou ansiedade, e insónia) e outros relacionados com o envelhecimento (problemas de deglutição, dor oro-facial, problemas de tato, mobilidade, equilíbrio e perda de força muscular). Estes resultados são concordantes com a literatura, pois têm sido reportados vários fatores de risco que interferem com o estado nutricional, nomeadamente, contribuintes para a desnutrição ou risco de desnutrição em idosos como: problemas mentais, incapacidade física, dependência para se alimentar, doenças que aumentam as necessidades nutricionais ou interferem na utilização de nutrientes, acuidade reduzida do paladar, problemas orais (xerostomia, edentulismo, próteses não ajustadas, dificuldades de deglutição) e utilização de fármacos (Barreto, Passos, & Lima-Costa, 2003; Fávaro-Moreira et al., 2016; Naseer et al., 2016).

5.3. Qualidade de vida relacionada com a alimentação e contexto sociodemográfico e de saúde

A alimentação não é só fundamental para o bem-estar fisiológico, mas também contribui para a qualidade de vida social, cultural e psicológica (Saffel-Shrier, Johnson, & Francis, 2019). A ingestão alimentar e o estado nutricional não desempenham apenas um papel importante na qualidade de vida relacionada com a saúde, mas também têm um impacto na sua satisfação com a vida em geral (Vailas, Nitzke, Becker, & Gast, 1998). As refeições acrescentam uma sensação de segurança, significado e estrutura aos dias de um idoso, proporcionando sentimentos de independência e controlo e uma sensação de domínio sobre o seu ambiente (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001).

Pretendeu-se relacionar a qualidade de vida relacionada com a alimentação com fatores sociodemográficos, estado de saúde, estado nutricional e risco cardiovascular.

Como indicado na literatura, a satisfação com a alimentação difere de acordo com o sexo, mas ao contrário do que foi encontrado, no nosso estudo não se relacionou com o nível de escolaridade (de Moraes et al., 2013; Dunneram & Jeewon, 2015).

No nosso estudo, encontramos uma maior prevalência de excesso de peso e menor prevalência de idosos em risco de desnutrição/ desnutridos. Observamos que os homens possuem uma maior qualidade de vida relacionada com a alimentação do que as mulheres e encontramos diferenças significativas na qualidade de vida relacionada com a alimentação entre os participantes em risco de desnutrição/ desnutridos e com um estado nutricional adequado. Resultados de Afonso, de Moraes, & de Almeida (2012) que descreveram como os idosos portugueses cozinhavam podem ajudar a entender estes resultados. Como a maioria das mulheres é responsável pela preparação das refeições, acabam por fazer algumas alterações nos procedimentos de confeção para se adaptarem às condições de saúde dos seus cônjuges e não pela sua própria saúde, eventualmente prejudicando a sua qualidade de vida relacionada com a alimentação.

Muitos dos homens mais velhos aprenderam e começaram a cozinhar nesta fase da vida, por necessidade (incapacidade ou morte da esposa ou devido à falta de apoio informal). Estes costumam preparar refeições simples e alguns sabem como preparar lanches. Além disso, constituem um grupo mais heterogêneo que as mulheres, no que diz respeito às aptidões culinárias (Afonso et al., 2012).

Assim, como a preparação das refeições interfere com a qualidade de vida relacionada com a alimentação, podemos inferir que, devido a alterações de várias ordens (como físicas, psicológicas, etc.), os idosos perdem a capacidade de preparar refeições e, portanto, a qualidade de vida relacionada com a alimentação diminui e ficam mais expostos a fatores de risco com implicações para sua saúde.

Encontraram-se relações entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e fatores sociodemográficos, com mulheres, indivíduos com suporte social adequado e participantes mais jovens a apresentarem nível mais elevado de qualidade de vida relacionada com a alimentação. Também encontramos relações entre a qualidade de vida relacionada com a alimentação e o estado de saúde, mais especificamente a insônia (que interfere nas atividades diárias do dia-a-dia); e risco nutricional, em que quanto maior o risco, menor a qualidade de vida relacionada com a alimentação.

Com o envelhecimento, a ingestão de alimentos e aporte energético tende a diminuir devido a fatores fisiológicos, incluindo atividade física reduzida (imobilidade), perda de massa muscular, menor taxa metabólica em repouso ou até devido à realização de refeições de menores quantidades. Além disso, o envelhecimento afeta os sentidos de olfato e paladar, que diminuem com a idade, e podem ser parcialmente responsáveis pela ingestão reduzida de alimentos. Esta redução da ingestão de alimentos é um risco potencial para a saúde, pois embora a ingestão diminua com a idade, as necessidades de certos nutrientes não diminuem (Saffel-Shrier et al., 2019).

Ao identificar que fatores são importantes e o que pode ser alterado, pode ser possível aumentar a qualidade de vida relacionada com a alimentação entre os idosos e, por sua vez, contribuir para uma melhor qualidade de vida, estado de saúde e nutricional. Por exemplo, com o intuito de aumentar a qualidade de vida

relacionada com a alimentação pode-se incentivar os idosos a fazerem refeições comunitárias em ambientes particulares (por exemplo, casa própria ou familiares ou amigos) ou públicos (por exemplo, cafés, restaurantes, cantinas), onde os idosos podem socializar e fazerem refeições juntos num ambiente agradável. No caso dos homens que têm necessidade de começar a cozinhar pela primeira vez ou tiveram pouca experiência na preparação de refeições, podem ser sugeridas aulas de culinária de modo a resolver a falta de aptidões culinárias, assim como sessões de educação alimentar podem ser implementadas com o intuito de combater a falta de informação nutricional e aumentar a motivação para adesão a uma alimentação saudável e ajustada ao seu estado de saúde.

5.4. Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos

As vivências experimentadas ao longo do ciclo de vida moldam as escolhas alimentares dos idosos. Muitas atitudes e crenças sobre os alimentos durante a infância podem persistir ao longo da vida.

No entanto, alterações nas preferências e decisões alimentares também ocorrem sobre o quê e quanto consumir como resposta a mudanças durante o ciclo de vida (Thorpe, Milte, Crawford, & McNaughton, 2019). Para muitos idosos, as refeições são consideradas uma atividade social; portanto, não ter ninguém com quem compartilhar a refeição pode resultar na perda de prazer associado ao cozinhar e comer (Vesnaver, Keller, Sutherland, Maitland, & Locher, 2016).

A falta de motivação e energia para comprar alimentos, preparar e comer, saltar refeições, substituir refeições completas por lanches e/ ou alimentos processados/ de conveniência, e uma quantidade e variedade diminuídas de alimentos também são comuns entre os idosos que vivem sozinhos (Brownie, 2013).

O sexo influencia não apenas o que é ingerido, mas também os padrões sociais que podem influenciar as práticas relacionadas com a alimentação. As compras e a preparação de alimentos ainda são fortemente influenciadas pelo sexo: os

homens ainda são vistos, não apenas por si mesmos, mas também pelas mulheres, como compradores impulsivos, apenas envolvendo-se em atividades como cozinhar em ocasiões especiais, em vez de compartilhá-las diariamente (Lake et al., 2006). Portanto, não é de surpreender que neste estudo tenha sido verificado que os homens atribuem maior importância a “outra pessoa decide a maioria dos alimentos que consumo”.

Foram encontradas associações positivas entre a escolaridade e a importância atribuída ao controle do peso e ao conteúdo em aditivos, corantes e conservantes. Os resultados estão em linha com outros estudos que relacionaram a qualidade da alimentação com o nível educacional (Ervin, 2008; Pinto de Souza Fernandes, Duarte, Pessoa, Franceschini, & Ribeiro, 2017).

Não foram encontradas associações entre os fatores estudados e a rede de apoio social, ao contrário do estudo de Kim (2016), em que idosos com fragilidade e com um relacionamento próximo com a família e/ ou amigos e vizinhos eram menos propensos a ser influenciados pelas suas próprias preferências, como gosto, preço e crenças sobre o valor da saúde.

Em relação à qualidade de vida relacionada com a alimentação, verificamos que há associações positivas com procurar fazer uma alimentação saudável, sabor e qualidade e frescura dos alimentos. Na literatura é relatado que a qualidade de vida está relacionada com uma alimentação mais saudável (Kim, Seo, Oran, & Mi Sook, 2012), bem como com o consumo de alimentos mais saudáveis (de Albuquerque Araújo, Alvarez, Palomo, & Bustamante, 2019), estando em linha com os nossos resultados.

Neste estudo, verificamos que idosos com problemas de saúde oral, dos órgãos dos sentidos, envelhecimento músculo-esquelético e mobilidade ou mesmo idosos com risco de desnutrição ou desnutridos tendem a escolher alimentos pela facilidade de mastigação, conteúdo em aditivos, corantes e conservantes, ou sabor dos alimentos. De fato, a diminuição das capacidades de visão, audição e mobilidade deixa muitos idosos a viver sozinhos, com constrangimentos na preparação das suas próprias refeições (Holmes & Roberts, 2011). Constrangimentos físicos, como dificuldade em andar, fazer compras e preparar alimentos, restringem ainda mais a quantidade e os tipos de alimentos

disponíveis. Além disso, para agravar a situação, o edentulismo ou próteses dentárias mal ajustadas, dificultam o consumo de uma variedade e quantidade adequada de alimentos, além de dificuldades de mastigação, deglutição e digestão (Boesveldt et al., 2018; C. de Moraes et al., 2013; Host et al., 2016).

Alterações ao nível do paladar também foram estudadas, como fatores que influenciam a escolha dos alimentos pelos idosos (Brownie, 2013). Além das alterações que ocorrem naturalmente, há uma perda de sabor agravada devido ao uso de certos medicamentos (Schiffman, 2018). Estes fatores prejudicam o prazer hedônico associado às refeições e estão associados à redução do apetite, bem como à seleção de alimentos ricos em sal e açúcar para compensar a perda de sabor (Brownie, 2013). Embora estas mudanças possam frequentemente ser negligenciadas, podem colocar os idosos em maior risco nutricional com a idade (Wolff, Starfield, & Anderson, 2002).

Outros estudos demonstraram que aumentar a variedade da oferta alimentar (Wijnhoven, van der Meij, & Visser, 2015) e intensificar o seu sabor artificialmente, por exemplo, através de glutamato monossódico, aumenta a ingestão de alimentos pelos idosos (Dermiki et al., 2015). Segundo o estudo de Di Francesco et al. (2005) sobre a ingestão de alimentos em idosos hospitalizados em Hong Kong, a intensificação do sabor natural dos alimentos aumentou entre 13 a 26% e 15 a 28% a ingestão total de energia e proteínas. Porém, nem todos os estudos têm sido tão bem-sucedidos no aumento da ingestão de alimentos, alterando a palatabilidade (Essed, Kleikers, van Staveren, Kok, & de Graaf, 2009), o que pode ser devido à heterogeneidade das perdas quimiosensoriais dos idosos. Por isso, a disponibilização de alimentos variados numa refeição pode ser uma estratégia a adotar de modo a melhorar a ingestão de alimentos por parte dos idosos (Wijnhoven et al., 2015). No entanto, existem implicações óbvias de custo e desperdício associadas a essas estratégias.

Quanto à relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos com o estado de saúde, os idosos com doenças gastrointestinais atribuíram maior importância aos preços dos alimentos. Uma hipótese para explicar esse resultado pode ser o consumo de alimentos específicos relacionados com a sua doença gastrointestinal, por exemplo, alimentos funcionais como probióticos, alimentos

sem glúten ou com pouca gordura (Elmaliklis et al., 2019), têm geralmente um preço mais alto que a versão normal.

Os idosos com excesso de peso/ obesidade atribuíram maior importância à disponibilidade dos alimentos. Um estudo de Pruchno, Wilson-Genderson, & Gupta (2014) refere que idosos que vivem em áreas com maior densidade de fontes de alimentos de conveniência têm maior probabilidade de serem obesos. Por outro lado, alguns estudos mostram que a insegurança alimentar está associada a valores mais altos de índice de massa corporal (excesso de peso/ obesidade) em idosos, o que pode estar relacionado com o fato de que indivíduos com insegurança alimentar escolhem alimentos mais baratos e de menor qualidade nutricional (Dhurandhar, 2016; Fernandes et al., 2018).

Os idosos com doenças da tiroide atribuíram maior importância à alimentação vegetariana ou a outros hábitos especiais. Isto provavelmente resulta da mudança de comportamentos, uma vez que a alimentação é um dos principais fatores de algumas doenças da tiroide (Wojtas, Wadolowska, & Bandurska-Stankiewicz, 2019). Uma revisão recente (Ihnatowicz, Drywień, Wątor, & Wojsiat, 2020) reportou que indivíduos com tiroidite de Hashimoto podem ter deficiências em selênio, potássio, iodo, cobre, magnésio, zinco, ferro, vitamina A, C, D e B. Sendo preconizado um consumo adequado de proteínas, fibras alimentares e ácidos gordos insaturados, especialmente n-3.

Além disso, tem sido frequentemente recomendado a indivíduos com tiroidite de Hashimoto a eliminação de alimentos com lactose devido à intolerância e interações com levotiroxina e com glúten devido a possíveis interações da gliadina com antígenos da tiroide (Ihnatowicz et al., 2020). Contudo, tem sido sugerido que indivíduos a seguir uma dieta sem glúten possam ter a sua qualidade de vida afetada de forma negativa devido à natureza restritiva deste tipo de dieta (Liontiris & Mazokopakis, 2017).

5.5. Fontes de informação sobre alimentação e aspetos sociodemográficos

A investigação sobre as formas pelas quais os idosos preferem receber informações sobre alimentação saudável é escassa. Assim, pretendeu-se identificar as preferências dos idosos acerca das fontes de informação sobre alimentação saudável, a fim de aumentar a eficácia das intervenções de educação alimentar. Pollard, Pulker, Meng, Kerr, & Scott (2015) referem que houve um forte crescimento no uso da Internet como fonte de informação sobre nutrição e alimentação desde 2004, mas que a maioria da população adulta ainda obtém informações de outras fontes. Um estudo mais recente de Fassier et al. (2016) que incluiu participantes com 50 anos ou mais reforça o papel da Internet como uma importante fonte de informação sobre alimentação/nutrição. No entanto, sítios eletrónicos institucionais com informações confiáveis e válidas constituíam apenas uma pequena parte de todos os visitados, e poucos participantes discutiram as informações encontradas na Internet com os seus profissionais de saúde.

Dada a falta de estudos focando especificamente informações nutricionais e alimentares, os nossos resultados são comparados com os de estudos sobre fontes de informações gerais de saúde usadas por idosos. Também é importante notar que, neste estudo, os participantes foram questionados sobre como prefeririam receber informações, e não as fontes usadas atualmente.

Jeong & Kim (2016) relatam que a maioria dos participantes (incluindo idosos) tinha interesse moderado ou alto em informações sobre saúde. No entanto, as fontes de informação escolhidas pelos participantes pareciam ser influenciadas pela sua disponibilidade e acessibilidade. Como mencionado por Hurst, Wilson, & Dickinson (2013) para a maioria dos idosos participantes do estudo, as informações de saúde foram obtidas por escrito através de folhetos e cartazes ou recolhidas por eles e usadas em conjunto com outras informações. Além disso, e de acordo com Wang et al. (2013) os idosos eram mais propensos a procurar informações sobre saúde em jornais/ revistas e no rádio, concluindo que os média tradicionais permanecem como um importante canal de disseminação simples e direto da educação em saúde nesta faixa etária; resultados

semelhantes foram encontrados por Chaudhuri et al. (2013). Isto está de acordo com os nossos resultados, que revelam a preferência por materiais escritos e audiovisuais.

No estudo de Chaudhuri et al. (2013), não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos. Contudo, na presente dissertação as mulheres preferiram obter informações através de materiais audiovisuais e de sessões de culinária, no trabalho de (Ek, 2015) também se encontraram diferenças, as mulheres estavam mais interessadas e relatavam uma procura muito mais ativa por informações relacionadas com a saúde e estavam muito mais atentas ao modo de como os bens que compravam afetam sua saúde.

Um trabalho reporta uma relação negativa entre idade e as fontes de informação, em que os idosos mais velhos eram menos propensos a relatar a utilização de livros, conselhos de enfermeiros por telefone, e computadores como fontes de informação sobre saúde, em comparação com idosos mais jovens (Wagner & Wagner, 2003). Porém, tal como neste estudo, outros autores (Chaudhuri et al., 2013) não encontraram uma relação entre as fontes de informação e a idade. Uma das hipóteses pela qual os idosos têm menor probabilidade de procurar fontes de informação adicionais é que eles dependem mais dos médicos para obter informações. Tem sido reportado que os idosos pretendem ter menos envolvimento nas decisões médicas e têm menos interesse em contestar a decisão do médico do que os adultos mais novos (Wagner & Wagner, 2003).

Nesta dissertação, tal como noutro estudo (Chaudhuri et al., 2013), existiram diferenças quanto ao nível de escolaridade. Os participantes com menor nível de escolaridade tiveram maior dificuldade em entender as informações; esse efeito pode explicar pelo menos parcialmente a não preferência por materiais informativos como livros didáticos e audiovisuais encontrados no nosso estudo. Por outro lado, o facto de os idosos com maior nível de independência preferirem folhetos informativos, principalmente com imagens, posters informativos, sessões de educação alimentar e sessões práticas de culinária, pode estar relacionado com a sua maior autonomia e vontade de serem ativos.

Não é possível eliminar as consequências físicas do envelhecimento; no entanto, devem ser desenvolvidas estratégias para mitigar as suas consequências físicas, psicológicas e sociais, para que a saúde e o estado nutricional dos idosos não diminuam, proporcionando manutenção e autonomia à comunidade e promovendo a qualidade de vida.

Nesse sentido, é importante que os idosos tenham acesso às informações em que estão interessados de modo a tomar decisões de promoção da saúde. Sabe-se que a literacia em saúde inadequada ou limitada está relacionada a problemas de saúde, consequências negativas para a saúde, custos mais altos com saúde, menor qualidade dos cuidados (Mancuso, 2008) e maus hábitos alimentares (Ayre et al., 2019).

Os resultados alcançados destacam a forma pela qual os idosos gostariam de receber informações sobre alimentação saudável que são úteis não apenas para a prática clínica, mas também para intervenções na comunidade e até mesmo para o *marketing* nutricional. Os idosos são um grupo populacional com várias especificidades: como vivem há muitos anos, a mudança de hábitos alimentares torna-se mais difícil, uma vez que já enraizaram vários comportamentos. Desta forma, saber como procuram e como gostariam de receber informações sobre alimentação e quais os fatores relacionados com estas escolhas e preferências pode facilitar a adesão a um tratamento clínico específico ou a promoção de estilos de vida mais saudáveis relacionados com alimentação, tornando as intervenções mais precisas e eficazes.

As estruturas de saúde como as Unidades de Saúde Familiar, podem promover a saúde através da alimentação, por exemplo, organizando sessões de culinária e sessões de educação alimentar contemplando tópicos como hidratação, estratégias para preparar os alimentos quando houver limitações físicas ou receitas com textura adaptada. Folhetos e posters também podem ser produzidos e distribuídos. Materiais audiovisuais, como curtas-metragens, podem ser usados para transmitir informações àqueles que aguardam consultas médicas. Foi o caso do Projeto PRONUTRISENIOR, no qual foram produzidos materiais audiovisuais facilmente divulgáveis e com uma linguagem adaptada à população idosa. Estes materiais estão disponíveis no canal do PRONUTRISENIOR no Youtube

(<https://www.youtube.com/channel/UC6eTAKBvqXVuCqQhwRKX3SA/videos>) e abrangem tópicos como alimentação saudável, hidratação, redução de sal, entre outros. Estes vídeos também podem ser utilizados para campanhas de educação alimentar através da internet, pela sua disseminação nas redes sociais de forma a sensibilizar os idosos para as temáticas abordadas nos vídeos. Alguns dos resultados do projeto PRONUTRISENIOR já foram incluídos nos materiais de formação fornecidos aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar, possibilitando a melhoria dos serviços de saúde prestados à comunidade de idosos coberta por esta Unidade de Saúde Familiar.

5.6. Limitações e pontos fortes do estudo

Este estudo tem algumas limitações, como o seu delineamento transversal e o facto de ter sido utilizada uma amostra de conveniência de uma área restrita de Portugal (Vila Nova de Gaia), limitando a extrapolação dos resultados. Além disso, o estado de saúde e as medidas da incapacidade funcional foram autoreportados, o que poderá levar a uma subestimativa das doenças/dificuldades, ou por outro lado levar a uma sobre-estimativa, por exemplo no caso da depressão (muito casos reportados não serão de depressão propriamente dita, mas sim de sintomatologia depressiva). Contudo, é importante mencionar que outros estudos apontaram a validade das medidas de incapacidade funcional autorreportada nos idosos, bem como uma alta correlação entre incapacidade autorreportada e estado de saúde (Young, Boyd, Guralnik, & Fried, 2010). Outra limitação foi o facto de os participantes não terem sido questionados sobre o uso da Internet como fonte de informação sobre saúde/ alimentação. Embora esse não tenha sido o objetivo deste estudo, pode ser uma nova fonte de informação em saúde para idosos e, portanto, deve ser considerado para grupos específicos, conforme cada vez mais estudado nos últimos anos (por exemplo, Fassier et al. (2016), Waterworth & Honey (2017), Magsamen-Conrad, Dillon, Billotte Verhoff, & Faulkner (2018)).

No entanto, esta dissertação fornece informações relevantes sobre o estado de saúde, qualidade de vida relacionada com a alimentação, escolha alimentar e fontes de informação sobre alimentação, o que permitirá o desenvolvimento de

intervenções clínicas e comunitárias adaptadas às necessidades deste grupo populacional.

Além disso, é importante destacar que o questionário foi aplicado por investigadores com treino específico e padronizado, tanto tecnicamente quanto sobre como abordar esta população.

A aplicação do questionário por investigadores treinados também permitiu o esclarecimento de quaisquer dúvidas expostas pelos participantes, diminuindo o viés de resposta devido à eventual dificuldade de compreensão de algumas questões. Além disso, o facto de o questionário ter sido respondido pelos próprios idosos (diferente de outros estudos em que algumas respostas foram dadas pelos cuidadores, por exemplo, (Zhou & Hearst, 2016)) permite ter respostas mais próximas da perceção dos próprios indivíduos sobre as suas características. Importa ainda realçar que todos os instrumentos utilizados foram validados para a população portuguesa.

5.7. Considerações finais

Neste estudo foi encontrado um elevado nível de independência e uma rede de suporte social adequada entre os idosos a viver na comunidade.

Os problemas de saúde oral e os relacionados com a visão e o envelhecimento músculo-esquelético foram os mais prevalentes. Em relação às doenças/ problemas de saúde destacaram-se a hipertensão arterial, a dislipidemia (colesterol e/ou triglicerídeos elevados), as doenças/ problemas osteoarticulares, as doenças/ problemas gastrointestinais e a diabetes *mellitus*.

A prevalência de risco cardiovascular e de desnutrição/ desnutrição nessa população é alta, coexistindo com altas prevalências de excesso de peso e risco de desnutrição/ desnutrição.

Verificou-se que os idosos consultam com mais frequência o médico de medicina geral e familiar e os serviços de enfermagem do que os outros serviços de saúde. E que a frequência de utilização dos serviços de saúde e de ação social são influenciados por fatores sociodemográficos, fatores associados aos órgãos dos sentidos, envelhecimento músculo-esquelético, saúde em geral e estado

nutricional. As equipes interdisciplinares são indispensáveis na prestação de cuidados de saúde e de ação social de qualidade aos idosos. Deste modo, como as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes *mellitus* e as doenças cardiovasculares desempenham um papel importante na frequência de utilização dos serviços de saúde e de ação social, seria importante investir em profissionais da saúde, como nutricionistas, para atuar na prevenção destas doenças. Para além dos nutricionistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas, a avaliação nutricional nos idosos poderá ainda incluir profissionais como dentistas ou higienistas orais para avaliar a saúde oral, terapeutas da fala e da linguagem para avaliar a capacidade de deglutição, por exemplo.

Encontraram-se diferenças entre os fatores sociodemográficos no que se refere à qualidade de vida relacionada com a alimentação, mostrando que homens e indivíduos com uma rede de suporte social inadequada e com uma idade mais avançada têm uma menor qualidade de vida relacionada com a alimentação. Verificou-se que a qualidade de vida relacionada com a alimentação está relacionada com o risco nutricional, bem como com algumas doenças.

A relação entre variáveis sociodemográficas, estado de saúde e risco nutricional entre idosos que vivem na comunidade e os fatores que influenciam a escolha alimentar de idosos são muito importantes para compreender a sua ingestão alimentar. O conhecimento dos fatores que influenciam a escolha alimentar pelos idosos fornece informações úteis para o desenvolvimento de produtos feitos à medida para o consumidor e também na área do marketing alimentar, criando um relacionamento mais próximo entre a indústria de alimentos e o consumidor.

Verificou-se que a alimentação é um assunto interessante para esta população, recetiva a aprender mais sobre esse tema, principalmente através de materiais audiovisuais. Foram identificadas várias relações entre variáveis sociodemográficas e as preferências dos idosos em relação às fontes de informação sobre alimentação.

Portanto, para intervir neste grupo populacional, além de avaliar os fatores de risco para o estado de saúde e nutricional como isolamento social, transporte e

necessidade de assistência com a preparação dos alimentos e alimentação, é importante promover o bom estado nutricional através da: educação dos idosos, da sua família e da sua rede de apoio sobre alimentação saudável nesta etapa do ciclo de vida ou alimentação adaptada ao seu estado clínico; bem como da informação dos recursos disponíveis para promover uma alimentação saudável em idosos e, se necessário, encaminhamento para outros profissionais de modo a terem acesso a respostas sociais adequadas (no âmbito da Segurança Social, como serviços de apoio domiciliário, centros de dia, entre outros).

Além disso, é importante levar em consideração os resultados evidenciados nesta dissertação para planejar e realizar intervenções clínicas e comunitárias mais eficazes e efetivas neste grupo populacional com o intuito de promover uma alimentação e envelhecimento mais saudáveis, bem como promover a manutenção da sua autonomia na comunidade.

6. Referências

- Abbott, A. L., Silvestrini, M., Topakian, R., Golledge, J., Brunser, A. M., de Borst, G. J., . . . Wardlaw, J. M. (2017). Optimizing the Definitions of Stroke, Transient Ischemic Attack, and Infarction for Research and Application in Clinical Practice. *Frontiers in neurology*, 8, 537-537. doi:10.3389/fneur.2017.00537
- Abdullah, L., & Abbas, O. (2011). Common nail changes and disorders in older people: Diagnosis and management. *Canadian Family Physician*, 57(2), 173-181.
- Ackerson, L. K., & Viswanath, K. (2009). The social context of interpersonal communication and health. *Journal of Health Communication*, 14 Suppl 1, 5-17. doi:10.1080/10810730902806836
- Afonso C, Graça P, & de Almeida MDV. (2004). Factors influencing food choice by Portuguese seniors. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*(8), 461.
- Afonso, C., de Moraes, C., & de Almeida, M. (2012). Alimentação e Nutrição em Gerontologia. In *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Afonso, C., Poínhos, R., Sorokina, A., Oliveira, B., Sousa, M., Fonseca, L., . . . de Almeida, M. (2016). Pronutrisenior: a holistic approach to the older adults living in the community - rationale and methodology. *Alimentação Humana*, 22, 2-10.
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., Solsona, S., Sartolo, M. T., & Rabanque, M. J. (2016). Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social.

- Atenção Primária*, 48(4), 235-243.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.016>
- Akazawa, N., Kishi, M., Hino, T., Tsuji, R., Tamura, K., Hioka, A., & Moriyama, H. (2020). Relationship Between Aging and Intramuscular Adipose Tissue in Older Inpatients. *Journal of the American Medical Directors Association*. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.017
- Alarcão, V., Guiomar, S., Oliveira, A., Severo, M., Correia, D., Torres, D., & Lopes, C. (2020). Food insecurity and social determinants of health among immigrants and natives in Portugal. *Food Security*. doi:10.1007/s12571-019-01001-1
- Alvis, B. D., & Hughes, C. G. (2015). Physiology Considerations in Geriatric Patients. *Anesthesiology clinics*, 33(3), 447-456. doi:10.1016/j.anclin.2015.05.003
- Amaral, S. (2017). *Fragilidade Fenotípica em Idosos num Concelho do Distrito de Bragança*. (Mestre em Cuidados Continuados). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(suppl_2), 54-64. doi:10.1093/gerona/56.suppl_2.54
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2015). Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(3), 78-84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.003>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Amieva, H., Ouvrard, C., Giulioli, C., Meillon, C., Rullier, L., & Dartigues, J. F. (2015). Self-Reported Hearing Loss, Hearing Aids, and Cognitive Decline in Elderly Adults: A 25-Year Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2099-2104. doi:10.1111/jgs.13649
- Amjad, H., Roth, D. L., Samus, Q. M., Yasar, S., & Wolff, J. L. (2016). Potentially Unsafe Activities and Living Conditions of Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1223-1232. doi:10.1111/jgs.14164
- Araújo, F., Ribeiro, P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Ayre, J., Bonner, C., Cvejic, E., & McCaffery, K. (2019). Randomized trial of planning tools to reduce unhealthy snacking: Implications for health literacy. *PLoS One*, 14(1), e0209863-e0209863. doi:10.1371/journal.pone.0209863
- Ball, L., Barnes, K., Leveritt, M., Mitchell, L., Williams, L. T., Ball, D., & Patterson, E. (2017). Developing research priorities in Australian primary health care: a focus on nutrition and physical activity. *Australian Journal of Primary Health*, 23(6), 554-559. doi:10.1071/py16068
- Barbosa, C., Pimenta, P., & Real, H. (2017). Roda da Alimentação Mediterrânica e Pirâmide da Dieta Mediterrânica: comparação entre dois guias alimentares. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 06-14. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852017000400002&nrm=iso

- Barford, A., Dorling, D., Davey Smith, G., & Shaw, M. (2006). Life expectancy: women now on top everywhere. *The BMJ*, 332(7545), 808. doi:10.1136/bmj.332.7545.808
- Barreto, S. M., Passos, V. M. A., & Lima-Costa, M. F. F. (2003). Obesity and underweight among Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 605-612. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200027&nrm=iso
- Batsis, J. A., Mackenzie, T. A., Barre, L. K., Lopez-Jimenez, F., & Bartels, S. J. (2014). Sarcopenia, sarcopenic obesity and mortality in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(9), 1001-1007. doi:10.1038/ejcn.2014.117
- Batsis, J. A., Sahakyan, K. R., Rodriguez-Escudero, J. P., Bartels, S. J., Somers, V. K., & Lopez-Jimenez, F. (2013). Normal weight obesity and mortality in United States subjects ≥ 60 years of age (from the Third National Health and Nutrition Examination Survey). *The American Journal of Cardiology*, 112(10), 1592-1598. doi:10.1016/j.amjcard.2013.07.014
- Beavers, K. M., Beavers, D. P., Nesbit, B. A., Ambrosius, W. T., Marsh, A. P., Nicklas, B. J., & Rejeski, W. J. (2014). Effect of an 18-month physical activity and weight loss intervention on body composition in overweight and obese older adults. *Obesity (Silver Spring)*, 22(2), 325-331. doi:10.1002/oby.20607
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Bernardo, S., & Amaral, T. F. (2016). Coexistência da Desnutrição com a Sarcopenia em Idosos do Concelho de Paços De Ferreira. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 12-16. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852016000200003&nrm=iso
- Bernardo, S., & Amaral, T. F. (2016). Coexistência da Desnutrição com a Sarcopenia em Idosos do Concelho de Paços De Ferreira. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 05, 12-16. doi:10.21011/apn.2016.0503
- Bernstein, M. (2017). Nutritional Needs of the Older Adult. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(4), 747-766. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.06.008>
- Bifulco, M., & Caruso, M. G. (2007). From the gastronomic revolution to the new globesity epidemic. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(12), 2058-2060. doi:10.1016/j.jada.2007.09.012
- Bigman, G. (2020). Age-related Smell and Taste Impairments and Vitamin D Associations in the U.S. Adults National Health and Nutrition Examination Survey. *Nutrients*, 12(4), 984. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/4/984>
- Binic, I., Lazarevic, V., Ljubenovic, M., Mojso, J., & Sokolovic, D. (2013). Skin Ageing: Natural Weapons and Strategies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 827248. doi:10.1155/2013/827248

- Birbeck, G. L., Meyer, A. C., & Ogunniyi, A. (2015). Nervous system disorders across the life course in resource-limited settings. *Nature*, 527(7578), S167-S171. doi:10.1038/nature16031
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 701-712. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300701&nrm=iso
- Blazer, D. G., Yaffe, K., & Karlawish, J. (2015). Cognitive aging: a report from the Institute of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 313(21), 2121-2122. doi:10.1001/jama.2015.4380
- Bloom, I., Edwards, M., Jameson, K. A., Syddall, H. E., Dennison, E., Gale, C. R., . . . Robinson, S. (2017). Influences on diet quality in older age: the importance of social factors. *Age and Ageing*, 46(2), 277-283. doi:10.1093/ageing/afw180
- Bloom, I., Lawrence, W., Barker, M., Baird, J., Dennison, E., Sayer, A. A., . . . Robinson, S. (2017). What influences diet quality in older people? A qualitative study among community-dwelling older adults from the Hertfordshire Cohort Study, UK. *Public Health Nutrition*, 20(15), 2685-2693. doi:10.1017/s1368980017001203
- Boesveldt, S., Bobowski, N., McCrickerd, K., Maître, I., Sulmont-Rossé, C., & Forde, C. G. (2018). The changing role of the senses in food choice and food intake across the lifespan. *Food Quality and Preference*, 68, 80-89. doi:<https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.02.004>
- Boldy, D., Grenade, L., Lewin, G., Karol, E., & Burton, E. (2011). Older people's decisions regarding 'ageing in place': a Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing*, 30(3), 136-142. doi:10.1111/j.1741-6612.2010.00469.x
- Bonifant, H., & Holloway, S. (2019). A review of the effects of ageing on skin integrity and wound healing. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup3), S28-s33. doi:10.12968/bjcn.2019.24.Sup3.S28
- Bonté, F., Girard, D., Archambault, J. C., & Desmoulière, A. (2019). Skin Changes During Ageing. *Subcellular Biochemistry*, 91, 249-280. doi:10.1007/978-981-13-3681-2_10
- Boscato, N., Schuch, H. S., Grasel, C. E., & Goettems, M. L. (2016). Differences of oral health conditions between adults and older adults: A census in a Southern Brazilian city. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(9), 1014-1020. doi:10.1111/ggi.12588
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2533-2549. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.009
- Brack, A. S., & Rando, T. A. (2007). Intrinsic changes and extrinsic influences of myogenic stem cell function during aging. *Stem Cell Reviews and Reports*, 3(3), 226-237. doi:10.1007/s12015-007-9000-2
- Branco, M. J., Nogueira, P., & Contreiras, T. (2005). *Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental*. Retrieved from <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relat%C3%B3rio%20preval%C3%Aancia%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B3nicas.pdf>

- Brandão, D., Ribeiro, O., & Paul, C. (2017). Functional, Sensorial, Mobility and Communication Difficulties in the Portuguese Oldest Old (80+). *Acta Médica Portuguesa*, 30(6), 463-471. doi:10.20344/amp.8060
- Broeiro, P. (2015). Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 158-160. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000300001&nrm=iso
- Brook, S. (2018). Nutritional considerations in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 23(9), 449-452. doi:10.12968/bjcn.2018.23.9.449
- Brooks, S. V., & Faulkner, J. A. (1994). Skeletal muscle weakness in old age: underlying mechanisms. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(4), 432-439.
- Brownie, S. (2013). Older Australians' views about the impact of ageing on their nutritional practices: findings from a qualitative study. *Australasian Journal on Ageing*, 32(2), 86-90. doi:10.1111/j.1741-6612.2012.00607.x
- Buczak-Stec, E., Hajek, A., van den Bussche, H., Eisele, M., Wiese, B., Mamone, S., . . . König, H. H. (2020). Frequent attendance in primary care in the oldest old: evidence from the AgeCoDe-AgeQualiDe study. *Aging Clinical and Experimental Research*. doi:10.1007/s40520-020-01495-2
- Cademartori, M. G., Gastal, M. T., Nascimento, G. G., Demarco, F. F., & Corrêa, M. B. (2018). Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 22(8), 2685-2702. doi:10.1007/s00784-018-2611-y
- Cano, F., Simón, C., Remohí, J., & Pellicer, A. (1995). Effect of aging on the female reproductive system: evidence for a role of uterine senescence in the decline in female fecundity. *Fertility and Sterility*, 64(3), 584-589. doi:[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)57797-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)57797-8)
- Carlson, J. E. (1996). Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing. *Geriatrics*, 51(7), 26-30, 35.
- Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. D., & Caldeira, A. P. (2017). Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 747-752. doi:10.1590/0034-7167-2016-0633
- Case, D. (2002). *Looking for information: a survey of research on information seeking, needs, and behavior*. Amsterdam: Academic Press.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., . . . Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49-64. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.004
- Chaudhuri, S., Le, T., White, C., Thompson, H., & Demiris, G. (2013). Examining health information-seeking behaviors of older adults. *Computers, Informatics, Nursing*, 31(11), 547-553. doi:10.1097/01.ncn.0000432131.92020.42
- Chaudhury, H., Campo, M., Michael, Y., & Mahmood, A. (2016). Neighbourhood environment and physical activity in older adults. *Social Science & Medicine*, 149, 104-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.011>
- Chen, C., Liu, G. G., Shi, Q. L., Sun, Y., Zhang, H., Wang, M. J., . . . Yao, Y. (2020). Health-Related Quality of Life and Associated Factors among

- Oldest-Old in China. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(3), 330-338. doi:10.1007/s12603-020-1327-2
- Chen, M., Howard, V., Harrington, K. F., Creger, T., Judd, S. E., & Fontaine, K. R. (2020). Does Adherence to Mediterranean Diet Mediate the Association Between Food Environment and Obesity Among Non-Hispanic Black and White Older US Adults? A Path Analysis. *American Journal of Health Promotion*, 890117120905240. doi:10.1177/0890117120905240
- Chia, E. M., Wang, J. J., Rochtchina, E., Smith, W., Cumming, R. R., & Mitchell, P. (2004). Impact of bilateral visual impairment on health-related quality of life: the Blue Mountains Eye Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 45(1), 71-76. doi:10.1167/iovs.03-0661
- Cho, S. J., & Stout-Delgado, H. W. (2020). Aging and Lung Disease. *Annual Review of Physiology*, 82, 433-459. doi:10.1146/annurev-physiol-021119-034610
- Chou, Y. C., Lee, M. S., Chiou, J. M., Chen, T. F., Chen, Y. C., & Chen, J. H. (2019). Association of Diet Quality and Vegetable Variety with the Risk of Cognitive Decline in Chinese Older Adults. *Nutrients*, 11(7). doi:10.3390/nu11071666
- Cinza Sanjurjo, S., Prieto Díaz, M. Á., Llisterri Caro, J. L., Barquilla García, A., Rodríguez Padial, L., Vidal Pérez, R., . . . Pallarés Carratalá, V. (2019). Prevalencia de obesidad y comorbilidad cardiovascular asociada en los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y renal). *Medicina de Familia - SEMERGEN*, 45(5), 311-322. doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.11.003>
- Clark, B. C., & Manini, T. M. (2010). Functional consequences of sarcopenia and dynapenia in the elderly. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13(3), 271-276. doi:10.1097/MCO.0b013e328337819e
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. doi:10.1016/s0140-6736(12)62167-9
- Clegg, M. E., & Williams, E. A. (2018). Optimizing nutrition in older people. *Maturitas*, 112, 34-38. doi:10.1016/j.maturitas.2018.04.001
- Cohen, A. K., & Syme, S. L. (2013). Education: a missed opportunity for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 103(6), 997-1001. doi:10.2105/ajph.2012.300993
- Colon-Ramos, U., Atienza, A. A., Weber, D., Taylor, M., Uy, C., & Yaroch, A. (2009). Practicing what they preach: health behaviors of those who provide health advice to extensive social networks. *Journal of Health Communication*, 14(2), 119-130. doi:10.1080/10810730802659111
- Corish, C. A., & Bardon, L. A. (2019). Malnutrition in older adults: screening and determinants. *Proceedings of the Nutrition Society*, 78(3), 372-379. doi:10.1017/s0029665118002628
- Correia, C., Lopez, K. J., Wroblewski, K. E., Huisingh-Scheetz, M., Kern, D. W., Chen, R. C., . . . Pinto, J. M. (2016). Global Sensory Impairment in Older Adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 306-313. doi:10.1111/jgs.13955
- Costa, C., Tsatsakis, A., Mamoulakis, C., Teodoro, M., Briguglio, G., Caruso, E., . . . Fenga, C. (2017). Current evidence on the effect of dietary

- polyphenols intake on chronic diseases. *Food and Chemical Toxicology*, 110, 286-299. doi:10.1016/j.fct.2017.10.023
- Coughlan, T., & Dockery, F. (2014). Osteoporosis and fracture risk in older people. *Clinical medicine (London, England)*, 14(2), 187-191. doi:10.7861/clinmedicine.14-2-187
- Court, H., McLean, G., Guthrie, B., Mercer, S. W., & Smith, D. J. (2014). Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. *BMC Medicine*, 12, 181. doi:10.1186/s12916-014-0181-7
- Craven, D. L., Pelly, F. E., Lovell, G. P., & Isenring, E. (2018). Nutrition Risk Measured Online in Community-Living Older Australians. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 37(3-4), 241-254. doi:10.1080/21551197.2018.1490680
- Curtis, L. J., Bernier, P., Jeejeebhoy, K., Allard, J., Duerksen, D., Gramlich, L., . . . Keller, H. H. (2017). Costs of hospital malnutrition. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1391-1396. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.009
- D'Souza, A. L. (2007). Ageing and the gut. *Postgraduate medical journal*, 83(975), 44-53. doi:10.1136/pgmj.2006.049361
- de Albuquerque Araújo, L., Alvarez, H. A., Palomo, G. I., & Bustamante, U. M. (2019). Determinants of satisfaction with food-related life in older Chileans adults. *Nutricion Hospitalaria*, 36(4), 805-812. doi:10.20960/nh.02481
- de Moraes C, Oliveira BMPM, Afonso C, Lumbers M, Raats M, & MDV, d. A. (2012). Escolha Alimentar e Fatores Determinantes em Idosos Europeus. *Alimentação Humana*, 18(2), 37.
- de Moraes, C., de Almeida, M. D. V., & Afonso, C. (2010). Ageing and food consumption in Portugal: new or old paradigms? *British Food Journal*, 112(5), 511-521. doi:10.1108/00070701011043763
- de Moraes, C., Oliveira, B., Afonso, C., Lumbers, M., Raats, M., & de Almeida, M. D. (2013). Nutritional risk of European elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(11), 1215-1219. doi:10.1038/ejcn.2013.175
- Dean, M., Raats, M. M., Grunert, K. G., & Lumbers, M. (2009). Factors influencing eating a varied diet in old age. *Public Health Nutrition*, 12(12), 2421-2427. doi:10.1017/s1368980009005448
- Denic, A., Glasscock, R. J., & Rule, A. D. (2016). Structural and Functional Changes With the Aging Kidney. *Advances in chronic kidney disease*, 23(1), 19-28. doi:10.1053/j.ackd.2015.08.004
- Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet*, 394(10206), 1376-1386. doi:10.1016/s0140-6736(19)31785-4
- Dermiki, M., Prescott, J., Sargent, L. J., Willway, J., Gosney, M. A., & Methven, L. (2015). Novel flavours paired with glutamate condition increased intake in older adults in the absence of changes in liking. *Appetite*, 90, 108-113. doi:10.1016/j.appet.2015.03.002
- Dhurandhar, E. J. (2016). The food-insecurity obesity paradox: A resource scarcity hypothesis. *Physiology & behavior*, 162, 88-92. doi:10.1016/j.physbeh.2016.04.025
- Di Francesco, V., Zamboni, M., Dioli, A., Zoico, E., Mazzali, G., Omizzolo, F., . . . Bosello, O. (2005). Delayed postprandial gastric emptying and impaired

- gallbladder contraction together with elevated cholecystokinin and peptide YY serum levels sustain satiety and inhibit hunger in healthy elderly persons. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(12), 1581-1585. doi:10.1093/gerona/60.12.1581
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa.
- Disu, T. R., Anne, N. J., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2019). Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 163-169. doi:10.1016/j.ajp.2019.07.050
- Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2007). The cardiometabolic syndrome and sarcopenic obesity in older persons. *Journal of the CardioMetabolic Syndrome*, 2(3), 183-189. doi:10.1111/j.1559-4564.2007.06673.x
- Doty, R. L. (2018). Age-Related Deficits in Taste and Smell. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 51(4), 815-825. doi:10.1016/j.otc.2018.03.014
- Dumic, I., Nordin, T., Jecmenica, M., Stojkovic Lalosevic, M., Milosavljevic, T., & Milovanovic, T. (2019). Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2019, 6757524. doi:10.1155/2019/6757524
- Dunneram, Y., & Jeewon, R. (2015). Determinants of eating habits among older adults. *Progress in Nutrition*, 17(4), 274-283.
- Ek, S. (2015). Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, 30(3), 736-745. doi:10.1093/heapro/dat063
- Elia, M. (2017). Defining, Recognizing, and Reporting Malnutrition. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 16(4), 230-237. doi:10.1177/1534734617733902
- Elia, M., & Russell, C. (2009). *Combating malnutrition: recommendations for action*. Redditch: The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN).
- Elmaliklis, I.-N., Liveri, A., Ntelis, B., Paraskeva, K., Goulis, I., & Koutelidakis, A. E. (2019). Increased Functional Foods' Consumption and Mediterranean Diet Adherence May Have a Protective Effect in the Appearance of Gastrointestinal Diseases: A Case-Control Study. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 6(2), 50. doi:10.3390/medicines6020050
- Ervin, R. B. (2008). Healthy Eating Index scores among adults, 60 years of age and over, by sociodemographic and health characteristics: United States, 1999-2002. *Advance Data* (395), 1-16.
- Eskola, M., Elliott, C. T., Hajslova, J., Steiner, D., & Krska, R. (2019). Towards a dietary-exposome assessment of chemicals in food: An update on the chronic health risks for the European consumer. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 1-22. doi:10.1080/10408398.2019.1612320
- Essed, N. H., Kleikers, S., van Staveren, W. A., Kok, F. J., & de Graaf, C. (2009). No effect on intake and liking of soup enhanced with mono-sodium glutamate and celery powder among elderly people with olfactory and/or gustatory loss. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 60 Suppl 5, 143-154. doi:10.1080/09637480802710216
- FAO, & WHO. (2018). *Strengthening Nutrition Action*. Rome: FAO & WHO.
- Fardet, A., & Boirie, Y. (2014). Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of

- pooled/meta-analyses and systematic reviews. *Nutrition Reviews*, 72(12), 741-762. doi:10.1111/nure.12153
- Farrell, E. L., Doma, K. M., Leith-Bailey, E. R., Soucier, V. D., & Duncan, A. M. (2019). Health claims and information sources in relation to bean consumption in older adults. *Appetite*, 140, 318-327. doi:10.1016/j.appet.2019.05.029
- Fassier, P., Chhim, A. S., Andreeva, V. A., Hercberg, S., Latino-Martel, P., Pouchieu, C., & Touvier, M. (2016). Seeking health- and nutrition-related information on the Internet in a large population of French adults: results of the NutriNet-Sante study. *British Journal of Nutrition*, 115(11), 2039-2046. doi:10.1017/s0007114516001355
- Fávaro-Moreira, N. C., Krausch-Hofmann, S., Matthys, C., Vereecken, C., Vanhauwaert, E., Declercq, A., . . . Duyck, J. (2016). Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 7(3), 507-522. doi:10.3945/an.115.011254
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. (2016). *Older Americans 2016: Key Indicators of Well-Being*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Feldman, E. L., Callaghan, B. C., Pop-Busui, R., Zochodne, D. W., Wright, D. E., Bennett, D. L., . . . Viswanathan, V. (2019). Diabetic neuropathy. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 41. doi:10.1038/s41572-019-0092-1
- Fernandes, C. (2015). *Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da região Minho-Lima. Contributos para a enfermagem de reabilitação*. (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Saúde - IPVC,
- Fernandes, S. G., Rodrigues, A. M., Nunes, C., Santos, O., Gregório, M. J., de Sousa, R. D., . . . Canhão, H. (2018). Food Insecurity in Older Adults: Results From the Epidemiology of Chronic Diseases Cohort Study 3. *Frontiers in medicine*, 5, 203-203. doi:10.3389/fmed.2018.00203
- Fernandez-Flores, A., Saeb-Lima, M., & Cassarino, D. S. (2019). Histopathology of aging of the hair follicle. *Journal of Cutaneous Pathology*, 46(7), 508-519. doi:10.1111/cup.13467
- Ferreira, B., Cordeiro, T., & Bento, A. (2017). Integração dos Nutricionistas no Serviço Nacional de Saúde em Portugal. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 16-21. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852017000100004&nrm=iso
- Figueira, M., Silva, W. P. D., & Silva, E. M. (2018). Integrative literature review: access to primary healthcare services. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1178-1188. doi:10.1590/0034-7167-2017-0441
- Fillenbaum, G. (1986). *Troisième âge et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle*. Geneva: WHO.
- Fischer, C. S., & Beresford, L. (2015). Changes in support networks in late middle age: the extension of gender and educational differences. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 70(1), 123-131. doi:10.1093/geronb/gbu057
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the

- clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2009). A funcionalidade dos mais idosos (≥ 75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 91-107.
- Fowler, T., Garr, D., Mager, N. D. P., & Stanley, J. (2020). Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 12-12. doi:10.1186/s13584-020-00371-8
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(3), M146-156. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
- Gallagher, D., Kuznia, P., Heshka, S., Albu, J., Heymsfield, S. B., Goodpaster, B., . . . Harris, T. B. (2005). Adipose tissue in muscle: a novel depot similar in size to visceral adipose tissue. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(4), 903-910. doi:10.1093/ajcn/81.4.903
- Gallagher, D., Ruts, E., Visser, M., Heshka, S., Baumgartner, R. N., Wang, J., . . . Heymsfield, S. B. (2000). Weight stability masks sarcopenia in elderly men and women. *American Journal of Physiology-Endocrinology*, 279(2), E366-375. doi:10.1152/ajpendo.2000.279.2.E366
- Garcia-Codina, O., Juvinya-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., Gonzalez-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., . . . Salto-Cerezuela, E. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health*, 19(1), 1122. doi:10.1186/s12889-019-7381-1
- Glisky, E. (2007). Changes in cognitive function in human aging In Riddle DR (Ed.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms*. In: Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor Francis.[Google Scholar].
- Goisser, S., Kemmler, W., Porzel, S., Volkert, D., Sieber, C. C., Bollheimer, L. C., & Freiburger, E. (2015). Sarcopenic obesity and complex interventions with nutrition and exercise in community-dwelling older persons--a narrative review. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1267-1282. doi:10.2147/cia.S82454
- Gomes, J., Machado, A., Cavadas, L. F., Teixeira, H., Pires, P., Santos, J. A., . . . Sousa, M. (2013). Perfil do hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 26(1), 17-23.
- Goodier, M., & Hordinsky, M. (2015). Normal and aging hair biology and structure 'aging and hair'. *Current Problems in Dermatology*, 47, 1-9. doi:10.1159/000369594
- Goodpaster, B. H., Chomentowski, P., Ward, B. K., Rossi, A., Glynn, N. W., Delmonico, M. J., . . . Newman, A. B. (2008). Effects of physical activity on strength and skeletal muscle fat infiltration in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of Applied Physiology (1985)*, 105(5), 1498-1503. doi:10.1152/jappphysiol.90425.2008
- Gorina, Y., Hoyert, D., Lentzner, H., & Goulding, M. (2005). Trends in causes of death among older persons in the United States. *Aging Trends*(6), 1-12.
- Gould, L., Abadir, P., Brem, H., Carter, M., Conner-Kerr, T., Davidson, J., . . . Schmader, K. (2015). Chronic wound repair and healing in older adults:

- current status and future research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 427-438. doi:10.1111/jgs.13332
- Greenfield, E. A. (2016). Support from Neighbors and Aging in Place: Can NORC Programs Make a Difference? *Gerontologist*, 56(4), 651-659. doi:10.1093/geront/gnu162
- Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Bibbins-Domingo, K., Caughey, A. B., Davidson, K. W., . . . Tseng, C. W. (2018). Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Journal of the American Medical Association*, 319(18), 1901-1913. doi:10.1001/jama.2018.3710
- Grossmann, M. (2010). Diagnosis and treatment of hypogonadism in older men: proceed with caution. *Asian journal of andrology*, 12(6), 783-786. doi:10.1038/aja.2010.107
- Grunert, K. G., Dean, M., Raats, M. M., Nielsen, N. A., & Lumbers, M. (2007). A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 49(2), 486-493. doi:10.1016/j.appet.2007.03.010
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025)*. Retrieved from <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/08/ENEAS.pdf>
- Guerreiro, M., Botelho, A., Leitão, M., Castro-Caldas, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination (MMSE)". *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3, 9-10.
- Gustafson, C. E., Kim, C., Weyand, C. M., & Goronzy, J. J. (2020). Influence of immune aging on vaccine responses. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(5), 1309-1321. doi:10.1016/j.jaci.2020.03.017
- Hazra, N. C., Dregan, A., Jackson, S., & Gulliford, M. C. (2015). Differences in Health at Age 100 According to Sex: Population-Based Cohort Study of Centenarians Using Electronic Health Records. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(7), 1331-1337. doi:10.1111/jgs.13484
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41-48. doi:10.1016/j.pec.2014.10.006
- Hillis, A. E., & Tippet, D. C. (2014). Stroke Recovery: Surprising Influences and Residual Consequences. *Advances in medicine*, 2014, 378263. doi:10.1155/2014/378263
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., . . . Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010
- Holmes, B. A., & Roberts, C. L. (2011). Diet quality and the influence of social and physical factors on food consumption and nutrient intake in materially deprived older people. *European Journal of Clinical Nutrition*, 65(4), 538-545. doi:10.1038/ejcn.2010.293
- Homenko, D. R., Morin, P. C., Eimicke, J. P., Teresi, J. A., & Weinstock, R. S. (2010). Food Insecurity and Food Choices in Rural Older Adults with Diabetes Receiving Nutrition Education via Telemedicine. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(6), 404-409. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.08.001>

- Host, A., McMahon, A. T., Walton, K., & Charlton, K. (2016). Factors Influencing Food Choice for Independently Living Older People-A Systematic Literature Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 35(2), 67-94. doi:10.1080/21551197.2016.1168760
- Huang, N. C., Kung, S. F., & Hu, S. C. (2018). The Relationship between Urbanization, the Built Environment, and Physical Activity among Older Adults in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5). doi:10.3390/ijerph15050836
- Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet*, 393(10182), 1745-1759. doi:10.1016/s0140-6736(19)30417-9
- Hurst, G., Wilson, P., & Dickinson, A. (2013). Older people: how do they find out about their health? A pilot study. *British Journal of Community Nursing*, 18(1), 34-39. doi:10.12968/bjcn.2013.18.Sup6.S34
- Ihnatowicz, P., Drywień, M., Wątor, P., & Wojsiat, J. (2020). The importance of nutritional factors and dietary management of Hashimoto's thyroiditis. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(2), 184-193. doi:10.26444/aaem/112331
- Imoscopi, A., Inelmen, E. M., Sergi, G., Miotto, F., & Manzato, E. (2012). Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(6), 570-579. doi:10.3275/8520
- INE, & PORDATA. (2020). População residente, média anual: total e por sexo. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+m%C3%A9dia+anual+total+e+por+sexo-6>
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA IP,.
- Janković, J., Šiljak, S., Marinković, J., Kovač, B., & Janković, S. (2018). Patterns of Health Care Utilization for Noncommunicable Diseases in a Transitional European Country: Results From the National Health Survey. *International Journal of Health Services*, 49(1), 37-50. doi:10.1177/0020731418762717
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Peres, K., Ritchie, K., . . . Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34(8), 1103-1110. doi:10.5665/sleep.1170
- Jeong, S. H., & Kim, H. K. (2016). Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1880-1887. doi:10.1016/j.pec.2016.06.015
- Jones, C. M., & Boelaert, K. (2015). The Endocrinology of Ageing: A Mini-Review. *Gerontology*, 61(4), 291-300. doi:10.1159/000367692
- Jones Jr, H. R., Burns, T., Aminoff, M. J., & Pomeroy, S. (2013). *The Netter Collection of Medical Illustrations: Nervous System, Volume 7, Part II-*

Spinal Cord and Peripheral Motor and Sensory Systems E-Book: Elsevier Health Sciences.

- Kadam, U. T., Jordan, K., & Croft, P. R. (2005). Clinical comorbidity was specific to disease pathology, psychologic distress, and somatic symptom amplification. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(9), 909-917. doi:10.1016/j.jclinepi.2005.02.007
- Kadi, F., Charifi, N., Denis, C., & Lexell, J. (2004). Satellite cells and myonuclei in young and elderly women and men. *Muscle & Nerve*, 29(1), 120-127. doi:10.1002/mus.10510
- Kaiser, M. J., Bauer, J. M., R  msch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., . . . Sieber, C. C. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1734-1738. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x
- Kalish, V. B. (2016). Obesity in Older Adults. *Primary Care*, 43(1), 137-144, ix. doi:10.1016/j.pop.2015.10.002
- Kamphuis, C. B., de Bekker-Grob, E. W., & van Lenthe, F. J. (2015). Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(4), 768-774. doi:10.3945/ajcn.114.096776
- Kaneda, H., Maeshima, K., Goto, N., Kobayakawa, T., Ayabe-Kanamura, S., & Saito, S. (2000). Decline in taste and odor discrimination abilities with age, and relationship between gustation and olfaction. *Chemical Senses*, 25(3), 331-337. doi:10.1093/chemse/25.3.331
- Kato, G., Arai, T., Morita, Y., & Fujita, H. (2020). Association of Built Environments With Frequency of Going Outdoors Among Older Community-Dwelling Adults in Japan. *Journal of Aging and Physical Activity*, 1-7. doi:10.1123/japa.2019-0343
- Kaufman, J. M., Lapauw, B., Mahmoud, A., T'Sjoen, G., & Huhtaniemi, I. T. (2019). Aging and the Male Reproductive System. *Endocrine Reviews*, 40(4), 906-972. doi:10.1210/er.2018-00178
- Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3). doi:10.3390/ijerph16030406
- Kennis, E., Verschueren, S., Van Roie, E., Thomis, M., Lefevre, J., & Delecluse, C. (2014). Longitudinal impact of aging on muscle quality in middle-aged men. *Age (Dordrecht, Netherlands)*, 36(4), 9689-9689. doi:10.1007/s11357-014-9689-1
- Kenny, R. A., Coen, R. F., Frewen, J., Donoghue, O. A., Cronin, H., & Savva, G. M. (2013). Normative values of cognitive and physical function in older adults: findings from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61 Suppl 2, S279-290. doi:10.1111/jgs.12195
- Ketata, W., Rekik, W. K., Ayadi, H., & Kammoun, S. (2012). [Aging of the respiratory system: anatomical changes and physiological consequences]. *Revue de Pneumologie Clinique*, 68(5), 282-289. doi:10.1016/j.pneumo.2012.06.003

- Kim, C. O. (2016). Food choice patterns among frail older adults: The associations between social network, food choice values, and diet quality. *Appetite*, 96, 116-121. doi:10.1016/j.appet.2015.09.015
- Kim, J. H., Kwak, H. B., Leeuwenburgh, C., & Lawler, J. M. (2008). Lifelong exercise and mild (8%) caloric restriction attenuate age-induced alterations in plantaris muscle morphology, oxidative stress and IGF-1 in the Fischer-344 rat. *Experimental Gerontology*, 43(4), 317-329. doi:10.1016/j.exger.2007.12.012
- Kim, S., & Jazwinski, S. M. (2018). The Gut Microbiota and Healthy Aging: A Mini-Review. *Gerontology*, 64(6), 513-520. doi:10.1159/000490615
- Kim, Y., Seo, S., Oran, K., & Mi Sook, C. (2012). Comparisons of dietary behavior, food intake, and satisfaction with food-related life between the elderly living in urban and rural areas. *Korean Journal of Nutrition*, 45(3), 252-263.
- Kimura, Y., Wada, T., Okumiya, K., Ishimoto, Y., Fukutomi, E., Kasahara, Y., . . . Matsubayashi, K. (2012). Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: association with depression and food diversity. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 16(8), 728-731. doi:10.1007/s12603-012-0067-3
- Ko, H., Park, Y. H., Cho, B., Lim, K. C., Chang, S. J., Yi, Y. M., . . . Ryu, S. I. (2019). Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 239-245. doi:10.1016/j.archger.2019.05.009
- Kosmala, W., Jedrzejuk, D., Derzhko, R., Przewlocka-Kosmala, M., Mysiak, A., & Bednarek-Tupikowska, G. (2012). Left ventricular function impairment in patients with normal-weight obesity: contribution of abdominal fat deposition, profibrotic state, reduced insulin sensitivity, and proinflammatory activation. *Circulation-Cardiovascular Imaging*, 5(3), 349-356. doi:10.1161/circimaging.111.969956
- Kostka, J., Borowiak, E., & Kostka, T. (2014). Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(11), 1210-1215. doi:10.1038/ejcn.2014.172
- Kowalska, M., Owecki, M., Prendecki, M., Wize, K., Nowakowska, J., Kozubski, W., . . . Dorszewska, J. (2017). Aging and Neurological Diseases. In.
- Lake, A., Hyland, R., Mathers, J., Rugg-Gunn, A., Wood, C., & Adamson, A. (2006). Food shopping and preparation among the thirty-somethings: whose job is it? *British Food Journal*(108), 475-486.
- Landi, F., Calvani, R., Cesari, M., Tosato, M., Martone, A. M., Bernabei, R., . . . Marzetti, E. (2015). Sarcopenia as the Biological Substrate of Physical Frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(3), 367-374. doi:10.1016/j.cger.2015.04.005
- Lane, C. A., Hardy, J., & Schott, J. M. (2018). Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 59-70. doi:10.1111/ene.13439
- Lane, N. E. (2006). Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2, Supplement), S3-S11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.047>
- Larson, R. D., Misic, M. M., & Evans, E. M. (2015). Association of adiposity and muscle quality with physical function differs in young and old women. *Menopause*, 22(3), 337-341. doi:10.1097/gme.0000000000000333

- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living¹. *The Gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lee, J. S., Visser, M., Tylavsky, F. A., Kritchevsky, S. B., Schwartz, A. V., Sahyoun, N., . . . Health, A. B. C. S. (2010). Weight loss and regain and effects on body composition: the Health, Aging, and Body Composition Study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 65(1), 78-83. doi:10.1093/gerona/gle042
- Lee, S. J., Boscardin, W. J., Stijacic-Cenzer, I., Conell-Price, J., O'Brien, S., & Walter, L. C. (2013). Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *The BMJ*, 346, e8441. doi:10.1136/bmj.e8441
- Lees, S. J., Rathbone, C. R., & Booth, F. W. (2006). Age-associated decrease in muscle precursor cell differentiation. *American Journal of Physiology-Cell Physiology*, 290(2), C609-615. doi:10.1152/ajpcell.00408.2005
- Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., Corrieri, S., Lupp, M., . . . König, H. H. (2011). Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*, 68(4), 387-420. doi:10.1177/1077558711399580
- Leite, A. A., Costa, A. J. G., Lima, B. d. A. M. d., Padilha, A. V. L., Albuquerque, E. C. d., & Marques, C. D. L. (2011). Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51, 118-123. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000200002&nrm=iso
- LeRoith, D., Biessels, G. J., Braithwaite, S. S., Casanueva, F. F., Draznin, B., Halter, J. B., . . . Sinclair, A. J. (2019). Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 104(5), 1520-1574. doi:10.1210/jc.2019-00198
- Leslie, W., & Hankey, C. (2015). Aging, Nutritional Status and Health. *Healthcare (Basel)*, 3(3), 648-658. doi:10.3390/healthcare3030648
- Lim, K. I., Yang, S. J., Kim, T. N., Yoo, H. J., Kang, H. J., Song, W., . . . Choi, K. M. (2010). The association between the ratio of visceral fat to thigh muscle area and metabolic syndrome: the Korean Sarcopenic Obesity Study (KSOS). *Clinical Endocrinology*, 73(5), 588-594. doi:10.1111/j.1365-2265.2010.03841.x
- Lin, J. S., Piper, M. A., Perdue, L. A., Rutter, C. M., Webber, E. M., O'Connor, E., . . . Whitlock, E. P. (2016). Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association*, 315(23), 2576-2594. doi:10.1001/jama.2016.3332
- Liontiris, M. I., & Mazokopakis, E. E. (2017). A concise review of Hashimoto thyroiditis (HT) and the importance of iodine, selenium, vitamin D and gluten on the autoimmunity and dietary management of HT patients. Points that need more investigation. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*, 20(1), 51-56. doi:10.1967/s002449910507
- Lipschitz, D. A. (1994). Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, 21(1), 55-67.

- Lobos, G., Schnettler, B., Lapo, C., Mera, W., & Bustamante, M. (2019). Perceived Resources and Satisfaction With Food-Related Life Among Ecuadorian Elderly. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(6), 693-702. doi:10.1016/j.jneb.2019.01.025
- Löhler, J., Cebulla, M., Shehata-Dieler, W., Volkenstein, S., Völter, C., & Walther, L. E. (2019). Hearing Impairment in Old Age. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(17), 301-310. doi:10.3238/arztebl.2019.0301
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, . . . Ramos E. (2018). *National Food, Nutrition, and Physical Activity Survey of the Portuguese General Population, IAN-AF 2015-2016: Summary of Results*. Retrieved from www.ian-af.up.pt
- Lowery, E. M., Brubaker, A. L., Kuhlmann, E., & Kovacs, E. J. (2013). The aging lung. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1489-1496. doi:10.2147/CIA.S51152
- Lu, C. W., Yang, K. C., Chang, H. H., Lee, L. T., Chen, C. Y., & Huang, K. C. (2013). Sarcopenic obesity is closely associated with metabolic syndrome. *Obesity Research & Clinical Practice*, 7(4), e301-307. doi:10.1016/j.orcp.2012.02.003
- Lucena, L., Polesel, D. N., Poyares, D., Bittencourt, L., Andersen, M. L., Tufik, S., & Hachul, H. (2020). The association of insomnia and quality of life: Sao Paulo epidemiologic sleep study (EPISONO). *Sleep Health*. doi:10.1016/j.sleh.2020.03.002
- Macinko, J., Andrade, F. B. d., Souza Junior, P. R. B. d., & Lima-Costa, M. F. (2018). Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Revista de saude publica*, 52Suppl 2(Suppl 2), 6s-6s. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000595
- Maddy, A. J., & Tosti, A. (2018). Hair and nail diseases in the mature patient. *Clinics in Dermatology*, 36(2), 159-166. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.10.007>
- Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Santos, O., Alarcão, V., Nicola, P. J., . . . Gorjão Clara, J. (2020). Geriatric Assessment of the Portuguese Population Aged 65 and Over Living in the Community: The PEN-3S Study. *Acta Médica Portuguesa*, 33(7-8). doi:10.20344/amp.12832
- Magsamen-Conrad, K., Dillon, J. M., Billotte Verhoff, C., & Faulkner, S. L. (2018). Online Health-Information Seeking Among Older Populations: Family Influences and the Role of the Medical Professional. *Health Communication*, 1-13. doi:10.1080/10410236.2018.1439265
- Mahadevan, M., Hartwell, H. J., Feldman, C. H., Ruzsilla, J. A., & Raines, E. R. (2014). Assisted-living elderly and the mealtime experience. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 152-161. doi:10.1111/jhn.12095
- Mainous, A. G. I., Tanner, R. J., Anton, S. D., & Jo, A. (2016). Low Grip Strength and Prediabetes in Normal-Weight Adults. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 29(2), 280-282. doi:10.3122/jabfm.2016.02.150262
- Mainous, A. G. I., Tanner, R. J., Jo, A., & Anton, S. D. (2016). Prevalence of Prediabetes and Abdominal Obesity Among Healthy-Weight Adults: 18-Year Trend. *Annals of Family Medicine*, 14(4), 304-310. doi:10.1370/afm.1946

- Malhi, G. S., Coulston, C. M., Fritz, K., Lampe, L., Bargh, D. M., Ablett, M., . . . Mitchell, A. J. (2014). Unlocking the diagnosis of depression in primary care: Which key symptoms are GPs using to determine diagnosis and severity? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 542-547. doi:10.1177/0004867413513342
- Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), 947-960. doi:10.1093/her/cys067
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-255. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Marcell, T. J. (2003). Sarcopenia: causes, consequences, and preventions. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(10), M911-916. doi:10.1093/gerona/58.10.m911
- Marks, R. (2018). Successful Aging and Chronic Osteoarthritis. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 5(3), 105. doi:10.3390/medicines5030105
- Marques-Vidal, P., Pecoud, A., Hayoz, D., Paccaud, F., Mooser, V., Waeber, G., & Vollenweider, P. (2010). Normal weight obesity: relationship with lipids, glycaemic status, liver enzymes and inflammation. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 20(9), 669-675. doi:10.1016/j.numecd.2009.06.001
- Massa, K. H. C., Duarte, Y. A. O., & Chiavegatto Filho, A. D. P. (2019). Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 105-114. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100105&nrm=iso
- McBean, A. M., Li, S., Gilbertson, D. T., & Collins, A. J. (2004). Differences in diabetes prevalence, incidence, and mortality among the elderly of four racial/ethnic groups: whites, blacks, hispanics, and asians. *Diabetes Care*, 27(10), 2317-2324. doi:10.2337/diacare.27.10.2317
- McGregor, R. A., Cameron-Smith, D., & Poppitt, S. D. (2014). It is not just muscle mass: a review of muscle quality, composition and metabolism during ageing as determinants of muscle function and mobility in later life. *Longevity & healthspan*, 3(1), 9-9. doi:10.1186/2046-2395-3-9
- McLean, R. R., & Kiel, D. P. (2015). Developing consensus criteria for sarcopenia: an update. *Journal of Bone and Mineral Research*, 30(4), 588-592. doi:10.1002/jbmr.2492
- Mendes, J., Amaral, T. F., Borges, N., Santos, A., Padrão, P., Moreira, P., . . . Negrão, R. (2017). Handgrip strength values of Portuguese older adults: a population based study. *BMC geriatrics*, 17(1), 191-191. doi:10.1186/s12877-017-0590-5
- Menezes, M. C., Duarte, C. K., Costa, D. V. P., Lopes, M. S., Freitas, P. P., Campos, S. F., & Lopes, A. C. S. (2020). A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition*, 75-76, 110784. doi:10.1016/j.nut.2020.110784
- Mesbah, S. F., Sulaiman, N., Shariff, Z. M., & Ibrahim, Z. (2020). Does Food Insecurity Contribute towards Depression? A Cross-Sectional Study among the Urban Elderly in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). doi:10.3390/ijerph17093118

- Miller, S. L., & Wolfe, R. R. (2008). The danger of weight loss in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 12(7), 487-491. doi:10.1007/bf02982710
- Miner, B., & Kryger, M. H. (2020). Sleep in the Aging Population. *Sleep Medicine Clinics*, 15(2), 311-318. doi:10.1016/j.jsmc.2020.02.016
- Miniño, A. M. (2013). Death in the United States, 2011. *NCHS Data Brief*(115), 1-8.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa.
- Mitchell, C. M., & Waetjen, L. E. (2018). Genitourinary Changes with Aging. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 737-750. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.010>
- Monterde, D., Vela, E., Cleries, M., Garcia-Eroles, L., Roca, J., & Perez-Sust, P. (2020). Multimorbidity as a predictor of health service utilization in primary care: a registry-based study of the Catalan population. *BMC Family Practice*, 21(1), 39. doi:10.1186/s12875-020-01104-1
- Morabia, A., & Costanza, M. C. (1998). International variability in ages at menarche, first livebirth, and menopause. World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *American Journal of Epidemiology*, 148(12), 1195-1205. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a009609
- Moreiras, O., Beltrán, B., Carbajal, A., & Cuadrado, C. (2001). Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa. Estudio SENECA's FINALE en España. 2. Estilo de vida. Estado de salud y nutricional. Funcionalidad física y mental. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(2), 75-81. doi:10.1016/S0211-139X(01)74690-2
- Moreno-Tamayo, K., Manrique-Espinoza, B., Ortiz-Barrios, L. B., Cárdenas-Bahena, Á., Ramírez-García, E., & Sánchez-García, S. (2020). Insomnia, low sleep quality, and sleeping little are associated with frailty in Mexican women. *Maturitas*, 136, 7-12. doi:10.1016/j.maturitas.2020.03.005
- Morera Salas, M., & Aparicio Llanos, A. (2010). Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 410-415. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.009>
- Murphy, C., Schubert, C. R., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., & Nondahl, D. M. (2002). Prevalence of olfactory impairment in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 288(18), 2307-2312. doi:10.1001/jama.288.18.2307
- Murton, A. J., Marimuthu, K., Mallinson, J. E., Selby, A. L., Smith, K., Rennie, M. J., & Greenhaff, P. L. (2015). Obesity Appears to Be Associated With Altered Muscle Protein Synthetic and Breakdown Responses to Increased Nutrient Delivery in Older Men, but Not Reduced Muscle Mass or Contractile Function. *Diabetes*, 64(9), 3160-3171. doi:10.2337/db15-0021
- Nadolnik, K., Skrypnik, D., Skrypnik, K., & Bogdanski, P. (2018). Diabetic nephropathy in the elderly - clinical practice. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 69(4), 327-334. doi:10.32394/rpzh.2018.0037
- Nagler, R. M., & HersHKovich, O. (2005). Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. *Archives of Oral Biology*, 50(1), 7-16. doi:10.1016/j.archoralbio.2004.07.012
- Naseer, M., Forssell, H., & Fagerström, C. (2016). Malnutrition, functional ability and mortality among older people aged ≥ 60 years: a 7-year longitudinal

- study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(3), 399-404. doi:10.1038/ejcn.2015.196
- National Academies of Sciences, E., and Medicine. (2016). *Families Caring for an Aging America*. Washington, DC: the National Academies Press.
- Nestlé Nutrition Institute. (S/D). Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. Retrieved from http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
- Noguchi, S., Makino, M., Haresaku, S., Shimada, K., & Naito, T. (2017). Insomnia and depression impair oral health-related quality of life in the old-old. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(6), 893-897. doi:10.1111/ggi.12816
- Nunes, D. P., Nakatani, A. Y., Silveira, E. A., Bachion, M. M., & de Souza, M. R. (2010). [Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brazil)]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2887-2898. doi:10.1590/s1413-81232010000600026
- O'Connell, M. L., Coppinger, T., & McCarthy, A. L. (2020). The role of nutrition and physical activity in frailty: A review. *Clinical Nutrition ESPEN*, 35, 1-11. doi:10.1016/j.clnesp.2019.11.003
- Oh, E. S., & Rabins, P. V. (2019). Dementia. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), Itc33-itc48. doi:10.7326/aitc201909030
- Ohlsson, C., Vandenput, L., & Tivesten, A. (2015). DHEA and mortality: what is the nature of the association? *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 145, 248-253. doi:10.1016/j.jsbmb.2014.03.006
- Oliveros, E., Somers, V. K., Sochor, O., Goel, K., & Lopez-Jimenez, F. (2014). The concept of normal weight obesity. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 426-433. doi:10.1016/j.pcad.2013.10.003
- Onida, S., & Davies, A. H. (2016). Predicted burden of venous disease. *Phlebology*, 31(1 Suppl), 74-79. doi:10.1177/0268355516628359
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2020). *Barômetro da Saúde Oral - 5ª Edição Portugal* 2019. Retrieved from <https://www.ond.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral-2019.pdf>
- Owsley, C. (2011). Aging and vision. *Vision Research*, 51(13), 1610-1622. doi:<https://doi.org/10.1016/j.visres.2010.10.020>
- Paige Altizer, K., Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., Bell, R., & Arcury, T. A. (2014). A qualitative analysis of how elders seek and disseminate health information. *Gerontology & Geriatrics Education*, 35(4), 337-353. doi:10.1080/02701960.2013.844693
- Palagini, L., Bruno, R. M., Gemignani, A., Baglioni, C., Ghiadoni, L., & Riemann, D. (2013). Sleep loss and hypertension: a systematic review. *Current Pharmaceutical Design*, 19(13), 2409-2419. doi:10.2174/1381612811319130009
- Paneni, F., Diaz Cañestro, C., Libby, P., Lüscher, T. F., & Camici, G. G. (2017). The Aging Cardiovascular System: Understanding It at the Cellular and Clinical Levels. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(15), 1952-1967. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.01.064>
- Parsons, B. N., Ijaz, U. Z., D'Amore, R., Burkitt, M. D., Eccles, R., Lenzi, L., . . . Pritchard, D. M. (2017). Comparison of the human gastric microbiota in hypochlorhydric states arising as a result of *Helicobacter pylori*-induced atrophic gastritis, autoimmune atrophic gastritis and proton pump

- inhibitor use. *PLOS Pathogens*, 13(11), e1006653. doi:10.1371/journal.ppat.1006653
- Pelletier, A. L., Rojas-Roldan, L., & Coffin, J. (2016). Vision Loss in Older Adults. *American Family Physician*, 94(3), 219-226.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. d. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26, 241-250. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&nrm=iso
- Pereira, F., Berta Nunes, B., Pereira, C., Azevedo, A., Raimundo, D., Vieira, A., & Fernandes, H. (2016). Estudo de avaliação multidimensional dos idosos a viver sozinhos no concelho de Alfândega da Fé *Journal of Aging & Innovation*, 5(2), 27-39.
- Peters, R. (2006). Ageing and the brain. *Postgraduate medical journal*, 82(964), 84-88. doi:10.1136/pgmj.2005.036665
- Pew Research Center. (2016). Smaller Share of Women Ages 65 and Over Are Living Alone. Pew Research Center Social and Demographic Trends. Retrieved from <http://www.pewsocialtrends.org/2016/02/18/2-living-arrangements-of-older-americans-by-gender/>
- Pilger, C., Menon, M. U., & Mathias, T. A. F. (2013). Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 213-220. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&nrm=iso
- Pilgrim, A. L., Robinson, S. M., Sayer, A. A., & Roberts, H. C. (2015). An overview of appetite decline in older people. *Nursing Older People*, 27(5), 29-35. doi:10.7748/nop.27.5.29.e697
- Pinti, M., Appay, V., Campisi, J., Frasca, D., Fülöp, T., Sauce, D., . . . Cossarizza, A. (2016). Aging of the immune system: Focus on inflammation and vaccination. *European journal of immunology*, 46(10), 2286-2301. doi:10.1002/eji.201546178
- Pinto de Souza Fernandes, D., Duarte, M. S. L., Pessoa, M. C., Franceschini, S., & Ribeiro, A. Q. (2017). Evaluation of diet quality of the elderly and associated factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 72, 174-180. doi:10.1016/j.archger.2017.05.006
- Pollard, C. M., Pulker, C. E., Meng, X., Kerr, D. A., & Scott, J. A. (2015). Who Uses the Internet as a Source of Nutrition and Dietary Information? An Australian Population Perspective. *Journal of Medical Internet Research*, 17(8), e209. doi:10.2196/jmir.4548
- Ponti, F., Santoro, A., Mercatelli, D., Gasperini, C., Conte, M., Martucci, M., . . . Bazzocchi, A. (2019). Aging and Imaging Assessment of Body Composition: From Fat to Facts. *Frontiers in Endocrinology (Lausanne)*, 10, 861. doi:10.3389/fendo.2019.00861
- Pourhassan, M., Bosy-Westphal, A., Schautz, B., Braun, W., Gluer, C. C., & Muller, M. J. (2014). Impact of body composition during weight change on resting energy expenditure and homeostasis model assessment index in overweight nonsmoking adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(4), 779-791. doi:10.3945/ajcn.113.071829
- Prado, C. M., Lieffers, J. R., McCargar, L. J., Reiman, T., Sawyer, M. B., Martin, L., & Baracos, V. E. (2008). Prevalence and clinical implications of

- sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 9(7), 629-635. doi:10.1016/s1470-2045(08)70153-0
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(9), e009287. doi:10.1136/bmjopen-2015-009287
- Prieto-Alhambra, D., Judge, A., Javaid, M. K., Cooper, C., Diez-Perez, A., & Arden, N. K. (2014). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(9), 1659-1664. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203355
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Gupta, A. K. (2014). Neighborhood food environment and obesity in community-dwelling older adults: individual and neighborhood effects. *American Journal of Public Health*, 104(5), 924-929. doi:10.2105/AJPH.2013.301788
- Purdy, F., Luo, Z., Gardiner, J. C., Pinto, J. M., Shiroma, E. J., Simonsick, E. M., . . . Chen, H. (2020). Olfaction and changes in body composition in a large cohort of older US adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. doi:10.1093/gerona/glaa085
- Puzianowska-Kuznicka, M., Owczarz, M., Wieczorowska-Tobis, K., Nadrowski, P., Chudek, J., Slusarczyk, P., . . . Mossakowska, M. (2016). Interleukin-6 and C-reactive protein, successful aging, and mortality: the PolSenior study. *Immunity & Ageing*, 13, 21. doi:10.1186/s12979-016-0076-x
- Quintal, C., Lourenço, Ó., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Portuguese Journal of Public Health*, 30(1), 35-46. doi:10.1016/j.rpsp.2012.02.001
- Raviotta, J. M., Smith, K. J., DePasse, J., Brown, S. T., Shim, E., Nowalk, M. P., & Zimmerman, R. K. (2016). Cost-Effectiveness and Public Health Effect of Influenza Vaccine Strategies for U.S. Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 2126-2131. doi:10.1111/jgs.14323
- Reid, K. F., & Fielding, R. A. (2012). Skeletal muscle power: a critical determinant of physical functioning in older adults. *Exercise and sport sciences reviews*, 40(1), 4-12. doi:10.1097/JES.0b013e31823b5f13
- Renault, V., Piron-Hamelin, G., Forestier, C., DiDonna, S., Decary, S., Hentati, F., . . . Mouly, V. (2000). Skeletal muscle regeneration and the mitotic clock. *Experimental Gerontology*, 35(6-7), 711-719. doi:10.1016/s0531-5565(00)00151-0
- Robbins, J., Bridges, A., & Taylor, A. (2006). Oral, pharyngeal and esophageal motor function in aging. *GI Motility online*. doi:10.1038/gimo39
- Rockwood, K., & Hubbard, R. (2004). Frailty and the geriatrician. *Age and Ageing*, 33(5), 429-430. doi:10.1093/ageing/afh153
- Rodrigues, R., Silva, S., Crespo, S., Ribeiro, C., Pereira, F., Martin, J., . . . Silva, L. (2014). *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra - Perfis funcionais e intervenção*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rodriguez-Castro, E. M., & Cordova, H. R. (2011). Aging and the kidney. *Boletín de la Asociacion Medica de Puerto Rico*, 103(3), 57-62.
- Rodríguez-Sánchez, B., Sulo, S., Carnicero, J. A., Rueda, R., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Malnutrition Prevalence and Burden on Healthcare Resource Use

- Among Spanish Community-Living Older Adults: Results of a Longitudinal Analysis. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 12, 355-367. doi:10.2147/ceor.S256671
- Romero-Corral, A., Somers, V. K., Sierra-Johnson, J., Korenfeld, Y., Boarin, S., Korinek, J., . . . Lopez-Jimenez, F. (2010). Normal weight obesity: a risk factor for cardiometabolic dysregulation and cardiovascular mortality. *European Heart Journal*, 31(6), 737-746. doi:10.1093/eurheartj/ehp487
- Rosen, J. B., Brand, M., & Kalbe, E. (2016). Empathy Mediates the Effects of Age and Sex on Altruistic Moral Decision Making. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 10, 67-67. doi:10.3389/fnbeh.2016.00067
- Sadighi Akha, A. A. (2018). Aging and the immune system: An overview. *Journal of Immunological Methods*, 463, 21-26. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jim.2018.08.005>
- Saffel-Shrier, S., Johnson, M. A., & Francis, S. L. (2019). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics and the Society for Nutrition Education and Behavior: Food and Nutrition Programs for Community-Residing Older Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(7), 781-797. doi:10.1016/j.jneb.2019.03.007
- Saheera, S., & Krishnamurthy, P. (2020). Cardiovascular Changes Associated with Hypertensive Heart Disease and Aging. *Cell Transplantation*, 29, 963689720920830. doi:10.1177/0963689720920830
- Saintrain, M. V. L., Saintrain, S. V., Sampaio, E. G. M., Ferreira, B. S. P., Nepomuceno, T. C., Frota, M. A., & Vieira-Meyer, A. P. (2018). Older adults' dependence in activities of daily living: Implications for oral health. *Public Health Nutrition*, 35(6), 473-481. doi:10.1111/phn.12529
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59-69. doi:10.1016/j.jad.2016.06.032
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 65b(2), 135-144. doi:10.1093/geronb/gbp132
- Schiffman, S. S. (2018). Influence of medications on taste and smell. *World journal of otorhinolaryngology - head and neck surgery*, 4(1), 84-91. doi:10.1016/j.wjorl.2018.02.005
- Schneider, J. A., & Yang, C. (2014). Functional Changes Associated with the Aging Nervous System. *Geriatric Neurology* (pp. 38-68).
- Seifert, A. (2020). Day-to-Day Contact and Help Among Neighbors Measured in the Natural Environment. *Innovation in aging*, 4(2), igaa009-igaa009. doi:10.1093/geroni/igaa009
- Seo, S., Cho, M., Kim, Y., & Ahn, J. (2013). The Relationships among Satisfaction with Food-Related Life, Depression, Isolation, Social Support, and Overall Satisfaction of Life in Elderly South Koreans. *Journal of the Korean Dietetic Association*, 19. doi:10.14373/JKDA.2013.19.2.159
- Sergi, G., Bano, G., Pizzato, S., Veronese, N., & Manzato, E. (2017). Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary habits. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(17), 3684-3689. doi:10.1080/10408398.2016.1160208
- Shahab, I., & Meili, R. (2019). Examining non-attendance of doctor's appointments at a community clinic in Saskatoon. *Canadian Family*

- Physician, 65(6), e264-e268. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31189640>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6738377/>
- Sharma, G., & Goodwin, J. (2006). Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical Interventions in Aging*, 1(3), 253-260. doi:10.2147/ciia.2006.1.3.253
- Singh, G., Haneef, N. S., & Uday, A. (2005). Nail changes and disorders among the elderly. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 71(6), 386-392. doi:10.4103/0378-6323.18941
- Sirven, N., Dumontet, M., & Rapp, T. (2020). The dynamics of frailty and change in socio-economic conditions: evidence for the 65+ in Europe. *European Journal of Public Health*. doi:10.1093/eurpub/ckaa068
- Sousa-Santos, A. R., Afonso, C., Borges, N., Santos, A., Padrao, P., Moreira, P., & Amaral, T. F. (2018). Sarcopenia and Undernutrition Among Portuguese Older Adults: Results From Nutrition UP 65 Study. *Food and Nutrition Bulletin*, 39(3), 487-492. doi:10.1177/0379572118765801
- Sousa-Santos, A. R., Afonso, C., Moreira, P., Padrão, P., Santos, A., Borges, N., & Amaral, T. F. (2018). Weakness: The most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 162-168. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.10.018>
- Srikanthan, P., Hevener, A. L., & Karlamangla, A. S. (2010). Sarcopenia exacerbates obesity-associated insulin resistance and dysglycemia: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *PLoS One*, 5(5), e10805. doi:10.1371/journal.pone.0010805
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., van der Mast, R. C., Beekman, A. T., & Westendorp, R. G. (2006). Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69. doi:10.1192/bjp.188.1.65
- Stenholm, S., Alley, D., Bandinelli, S., Griswold, M. E., Koskinen, S., Rantanen, T., . . . Ferrucci, L. (2009). The effect of obesity combined with low muscle strength on decline in mobility in older persons: results from the InCHIANTI study. *International Journal of Obesity*, 33(6), 635-644. doi:10.1038/ijo.2009.62
- Stevens, N. L., & Van Tilburg, T. G. (2010). Cohort differences in having and retaining friends in personal networks in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 24-43. doi:10.1177/0265407510386191
- Stevenson, R. J. (2010). An initial evaluation of the functions of human olfaction. *Chemical Senses*, 35(1), 3-20. doi:10.1093/chemse/bjp083
- Stone, B. A., Alex, A., Werlin, L. B., & Marrs, R. P. (2013). Age thresholds for changes in semen parameters in men. *Fertility and Sterility*, 100(4), 952-958. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.05.046
- Susilowati, I. H., Nugraha, S., Sabarinah, S., Peltzer, K., Pengpid, S., & Hasiholan, B. P. (2020). Prevalence and risk factors associated with falls among community-dwelling and institutionalized older adults in Indonesia. *Malaysian Family Physician*, 15(1), 30-38.
- Swenor, B. K., Munoz, B., & West, S. K. (2014). A longitudinal study of the association between visual impairment and mobility performance in older adults: the salisbury eye evaluation study. *American Journal of Epidemiology*, 179(3), 313-322. doi:10.1093/aje/kwt257

- Taburee, W., Sirilak, S., Khotcharrat, R., Anekpunyakul, P., Dilokthornsakul, P., Lukkahatai, N., & Boongird, C. (2020). Health-Related Problems and Drivers of Health-Related Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720913724. doi:10.1177/2150132720913724
- Takiguchi, T., Yoshihara, A., Takano, N., & Miyazaki, H. (2016). Oral health and depression in older Japanese people. *Gerodontology*, 33(4), 439-446. doi:10.1111/ger.12177
- Tani, Y., Kondo, N., Takagi, D., Saito, M., Hikichi, H., Ojima, T., & Kondo, K. (2015). Combined effects of eating alone and living alone on unhealthy dietary behaviors, obesity and underweight in older Japanese adults: Results of the JAGES. *Appetite*, 95, 1-8. doi:10.1016/j.appet.2015.06.005
- Tani, Y., Suzuki, N., Fujiwara, T., Hanazato, M., Kondo, N., Miyaguni, Y., & Kondo, K. (2018). Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 101. doi:10.1186/s12966-018-0732-y
- Thorpe, M. G., Milte, C. M., Crawford, D., & McNaughton, S. A. (2019). Education and lifestyle predict change in dietary patterns and diet quality of adults 55 years and over. *Nutrition journal*, 18(1), 67-67. doi:10.1186/s12937-019-0495-6
- Tieland, M., Trouwborst, I., & Clark, B. C. (2018). Skeletal muscle performance and ageing. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 9(1), 3-19. doi:10.1002/jcsm.12238
- Tinetti, M. E., McAvay, G. J., Chang, S. S., Newman, A. B., Fitzpatrick, A. L., Fried, T. R., & Peduzzi, P. N. (2011). Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1686-1691. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03573.x
- Tran, E. M., Stefanick, M. L., Henderson, V. W., Rapp, S. R., Chen, J. C., Armstrong, N. M., . . . Pershing, S. (2020). Association of Visual Impairment With Risk of Incident Dementia in a Women's Health Initiative Population. *JAMA Ophthalmology*. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.0959
- Troxel, W. M., Buysse, D. J., Matthews, K. A., Kip, K. E., Strollo, P. J., Hall, M., . . . Reis, S. E. (2010). Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep*, 33(12), 1633-1640. doi:10.1093/sleep/33.12.1633
- Urzal, J., Pedro, A. B., Oliveira, I. F., Romero, I., Achega, M., Correia, I., . . . Augusto, J. (2019). Inappropriate Prescribing to Elderly Patients in an Internal Medicine Ward. *Acta Médica Portuguesa*, 32(2), 141-148. doi:10.20344/amp.10683
- Vahabi, B., Wagg, A. S., Rosier, P. F. W. M., Rademakers, K. L. J., Denys, M.-A., Pontari, M., . . . Fry, C. H. (2017). Can we define and characterize the aging lower urinary tract?-ICI-RS 2015. *Neurourology and urodynamics*, 36(4), 854-858. doi:10.1002/nau.23035
- Vailas, L. I., Nitzke, S. A., Becker, M., & Gast, J. (1998). Risk Indicators for Malnutrition are Associated Inversely with Quality of Life for Participants in Meal Programs for Older Adults. *Journal of the American Dietetic*

- Association, 98(5), 548-553. doi:[https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00123-0)
- Vaisbuch, Y., & Santa Maria, P. L. (2018). Age-Related Hearing Loss: Innovations in Hearing Augmentation. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 51(4), 705-723. doi:10.1016/j.otc.2018.03.002
- Valtorta, N. K., Moore, D. C., Barron, L., Stow, D., & Hanratty, B. (2018). Older Adults' Social Relationships and Health Care Utilization: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 108(4), e1-e10. doi:10.2105/ajph.2017.304256
- van den Beld, A. W., Kaufman, J.-M., Zillikens, M. C., Lamberts, S. W. J., Egan, J. M., & van der Lely, A. J. (2018). The physiology of endocrine systems with ageing. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(8), 647-658. doi:10.1016/S2213-8587(18)30026-3
- van den Berg, P., Kemperman, A., de Kleijn, B., & Borgers, A. (2016). Ageing and loneliness: The role of mobility and the built environment. *Travel Behaviour and Society*, 5, 48-55. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tbs.2015.03.001>
- Vedsted, P., & Christensen, M. B. (2005). Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*, 119(2), 118-137. doi:10.1016/j.puhe.2004.03.007
- Veenhoven, R. (2019). Will Healthy Eating Make You Happier? A Research Synthesis Using an Online Findings Archive. *Applied Research in Quality of Life*. doi:10.1007/s11482-019-09748-7
- Vesnaver, E., Keller, H. H., Payette, H., & Shatenstein, B. (2012). Dietary resilience as described by older community-dwelling adults from the NuAge study "if there is a will -there is a way!". *Appetite*, 58(2), 730-738. doi:10.1016/j.appet.2011.12.008
- Vesnaver, E., Keller, H. H., Sutherland, O., Maitland, S. B., & Locher, J. L. (2016). Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 71(6), 1059-1069. doi:10.1093/geronb/gbv103
- Vincent, H. K., Vincent, K. R., & Lamb, K. M. (2010). Obesity and mobility disability in the older adult. *Obesity Reviews*, 11(8), 568-579. doi:10.1111/j.1467-789X.2009.00703.x
- Volmer-Thole, M., & Lobmann, R. (2016). Neuropathy and Diabetic Foot Syndrome. *International journal of molecular sciences*, 17(6), 917. doi:10.3390/ijms17060917
- von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2015). Sense of Coherence, Sociodemographic, Lifestyle, and Health-related Factors in Older Adults' Subjective Well-being. *International Journal of Gerontology*, 9(1), 15-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.01.007>
- Vos, T., Barber, R., & Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. doi:10.1016/s0140-6736(15)60692-4

- Wagner, L. S., & Wagner, T. H. (2003). The Effect of Age on the Use of Health and Self-Care Information: Confronting the Stereotype. *The Gerontologist*, 43(3), 318-324. doi:10.1093/geront/43.3.318
- Wallace, W. H., & Kelsey, T. W. (2010). Human ovarian reserve from conception to the menopause. *PLoS One*, 5(1), e8772. doi:10.1371/journal.pone.0008772
- Walston, J., Hadley, E. C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Studenski, S. A., . . . Fried, L. P. (2006). Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 991-1001. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x
- Walter, L. C., & Covinsky, K. E. (2001). Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *Journal of the American Medical Association*, 285(21), 2750-2756. doi:10.1001/jama.285.21.2750
- Wang, M. P., Viswanath, K., Lam, T. H., Wang, X., & Chan, S. S. (2013). Social determinants of health information seeking among Chinese adults in Hong Kong. *PLoS One*, 8(8), e73049. doi:10.1371/journal.pone.0073049
- Wang, X., Vrtiska, T. J., Avula, R. T., Walters, L. R., Chakker, H. A., Kremers, W. K., . . . Rule, A. D. (2014). Age, kidney function, and risk factors associate differently with cortical and medullary volumes of the kidney. *Kidney international*, 85(3), 677-685. doi:10.1038/ki.2013.359
- Wannamethee, S. G., Shaper, A. G., Whincup, P. H., Lennon, L., Papacosta, O., & Sattar, N. (2014). The obesity paradox in men with coronary heart disease and heart failure: the role of muscle mass and leptin. *International Journal of Cardiology*, 171(1), 49-55. doi:10.1016/j.ijcard.2013.11.043
- Ward-Ritacco, C. L., Adrian, A. L., Johnson, M. A., Rogers, L. Q., & Evans, E. M. (2014). Adiposity, physical activity, and muscle quality are independently related to physical function performance in middle-aged postmenopausal women. *Menopause*, 21(10), 1114-1121. doi:10.1097/gme.0000000000000225
- Waterworth, S., & Honey, M. (2017). On-line health seeking activity of older adults: an integrative review of the literature. *Geriatric Nursing*. doi:10.1016/j.gerinurse.2017.10.016
- Weijts-Perrée, M., Berg, P., Arentze, T., & Kemperman, A. (2017). Social networks, social satisfaction and place attachment in the neighborhood. *REGION*, 4, 133. doi:10.18335/region.v4i3.194
- Well, D., Yang, H., Houseni, M., Iruvuri, S., Alzeair, S., Sansovini, M., . . . Torigian, D. A. (2007). Age-Related Structural and Metabolic Changes in the Pelvic Reproductive End Organs. *Seminars in Nuclear Medicine*, 37(3), 173-184. doi:<https://doi.org/10.1053/j.semnuclmed.2007.01.004>
- Weng, X., George, D. R., Jiang, B., & Wang, L. (2020). Association Between Subjective Cognitive Decline and Social and Emotional Support in US Adults. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35, 1533317520922392. doi:10.1177/1533317520922392
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wickremaratchi, M. M., & Llewelyn, J. G. (2006). Effects of ageing on touch. *Postgraduate medical journal*, 82(967), 301-304. doi:10.1136/pgmj.2005.039651
- Wijnhoven, H. A., van der Meij, B. S., & Visser, M. (2015). Variety within a cooked meal increases meal energy intake in older women with a poor appetite. *Appetite*, 95, 571-576. doi:10.1016/j.appet.2015.08.029
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2011). The Meaning of "Aging in Place" to Older People. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366. doi:10.1093/geront/gnr098
- Witard, O. C., McGlory, C., Hamilton, D. L., & Phillips, S. M. (2016). Growing older with health and vitality: a nexus of physical activity, exercise and nutrition. *Biogerontology*, 17(3), 529-546. doi:10.1007/s10522-016-9637-9
- Wojtas, N., Wadolowska, L., & Bandurska-Stankiewicz, E. (2019). Evaluation of Qualitative Dietary Protocol (Diet4Hashi) Application in Dietary Counseling in Hashimoto Thyroiditis: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4841. doi:10.3390/ijerph16234841
- World Health Organization. (2020). Deafness and hearing loss. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162(20), 2269-2276.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Switzerland: Geneva.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Luxembourg: WHO.
- World Health Organization. (2016a). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2016b). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2019). *World report on vision*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund.
- World Health Organization. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Retrieved from http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf?ua=1
- Yang, H., Chryssikos, T., Houseni, M., Alzeair, S., Sansovini, M., Iruvuri, S., . . . Alavi, A. (2011). The effects of aging on testicular volume and glucose

- metabolism: an investigation with ultrasonography and FDG-PET. *Molecular Imaging and Biology*, 13(2), 391-398. doi:10.1007/s11307-010-0341-x
- Yoshida, Y., Hiratsuka, Y., Kawachi, I., Murakami, A., Kondo, K., & Aida, J. (2020). Association between visual status and social participation in older Japanese: The JAGES cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 253, 112959. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112959
- Young, Y., Boyd, C. M., Guralnik, J. M., & Fried, L. P. (2010). Does self-reported function correspond to objective measures of functional impairment? *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(9), 645-653. doi:10.1016/j.jamda.2009.12.084
- Yousef, H., Alhajj, M., & Sharma, S. (2020). Anatomy, Skin (Integument), Epidermis. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC.
- Zamboni, M., Rossi, A. P., Fantin, F., Zamboni, G., Chirumbolo, S., Zoico, E., & Mazzali, G. (2014). Adipose tissue, diet and aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, 136-137, 129-137. doi:10.1016/j.mad.2013.11.008
- Zhang, T., & Huang, B. (2018). Local Retail Food Environment and Consumption of Fruit and Vegetable among Adults in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10). doi:10.3390/ijerph15102247
- Zhou, J., & Hearst, N. (2016). Health-related quality of life of among elders in rural China: the effect of widowhood. *Quality of Life Research*, 25(12), 3087-3095. doi:10.1007/s11136-016-1338-y

7. Anexos

Anexo A - Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico (tabelas completas)..... 132

Anexo B - Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos (tabelas completas)..... 163

7.1. Anexo A - Fatores sociodemográficos e estado de saúde, estado nutricional e risco metabólico (tabelas completas)

Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos (tabela completa).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Sexo			p (2)	Rede de suporte social (1)			p (3)
		Feminino	Masculino	Total		Adequado	Não Adequado	Total	
SAÚDE ORAL*									
Xerostomia	Sim	142 (63,1)	83 (36,9)	225 (49,0)	0,004	98 (43,6)	127 (56,4)	225 (49,0)	1,000
	Não	107 (45,7)	127 (54,3)	234 (51,0)		91 (38,9)	143 (61,1)	234 (51,0)	
Problemas de mastigação	Sim	69 (61,6)	43 (38,4)	112 (24,4)	1,000	41 (36,6)	71 (63,4)	112 (24,4)	1,000
	Não	180 (51,9)	167 (48,1)	347 (75,6)		148 (42,7)	199 (57,3)	347 (75,6)	
Problemas de deglutição	Sim	40 (74,1)	14 (25,9)	54 (11,8)	0,033	29 (53,7)	25 (46,3)	54 (11,8)	0,315
	Não	209 (51,6)	196 (48,4)	405 (88,2)		160 (39,5)	245 (60,5)	405 (88,2)	
Edentulismo	Sim	229 (54,0)	195 (46,0)	424 (92,4)	1,000	172 (40,6)	252 (59,4)	424 (92,4)	1,000
	Não	20 (57,1)	15 (42,9)	35 (7,6)		17 (48,6)	18 (51,4)	35 (7,6)	
Prótese fixa ou móvel	Sim	171 (60,6)	111 (39,4)	282 (61,4)	0,012	117 (41,5)	165 (58,5)	282 (61,4)	1,000
	Não	78 (44,1)	99 (55,9)	177 (38,6)		72 (40,7)	105 (59,3)	177 (38,6)	
Cancro oral	Sim	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,7)	1,000	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,7)	1,000
	Não	247 (54,2)	209 (45,8)	456 (99,3)		187 (41,0)	269 (59,0)	456 (99,3)	
Dor oro-facial	Sim	33 (71,7)	13 (28,3)	46 (10,0)	0,202	25 (54,3)	21 (45,7)	46 (10,0)	0,571
	Não	216 (52,3)	197 (47,7)	413 (90,0)		164 (39,7)	249 (60,3)	413 (90,0)	
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**									
Problemas de visão	Sim	235 (54,1)	199 (45,9)	434 (94,6)	1,000	175 (40,3)	259 (59,7)	434 (94,6)	0,681
	Não	14 (56,0)	11 (44,0)	25 (5,4)		14 (56,0)	11 (44,0)	25 (5,4)	
Problemas de audição	Sim	107 (54,6)	89 (45,4)	196 (42,7)	1,000	91 (46,4)	105 (53,6)	196 (42,7)	1,000
	Não	142 (54,0)	121 (46,0)	263 (57,3)		98 (37,3)	165 (62,7)	263 (57,3)	
Problemas de olfato	Sim	31 (49,2)	32 (50,8)	63 (13,7)	1,000	25 (39,7)	38 (60,3)	63 (13,7)	1,000
	Não	218 (55,1)	178 (44,9)	396 (86,3)		164 (41,4)	232 (58,6)	396 (86,3)	
Problemas de paladar	Sim	22 (71,0)	9 (29,0)	31 (6,8)	0,995	15 (48,4)	16 (51,6)	31 (6,8)	1,000
	Não	227 (53,0)	201 (47,0)	428 (93,2)		174 (40,7)	254 (59,3)	428 (93,2)	
Problemas com o tato	Sim	82 (68,9)	37 (31,1)	119 (25,9)	<0,001	59 (49,6)	60 (50,4)	119 (25,9)	0,196
	Não	167 (49,1)	173 (50,9)	340 (74,1)		130 (38,2)	210 (61,8)	340 (74,1)	
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO***									
Mobilidade	Sim	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (2,4)	1,000	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (2,4)	1,000
	Não	240 (53,6)	208 (46,4)	448 (97,6)		184 (41,1)	264 (58,9)	448 (97,6)	
Problemas de equilíbrio	Sim	229 (53,4)	200 (46,6)	429 (93,5)	1,000	172 (40,1)	257 (59,9)	429 (93,5)	0,471
	Não	20 (66,7)	10 (33,3)	30 (6,5)		17 (56,7)	13 (43,3)	30 (6,5)	
Perda de força muscular	Sim	215 (51,6)	202 (48,4)	417 (90,8)	0,004	168 (40,3)	249 (59,7)	417 (90,8)	1,000
	Não	34 (81,0)	8 (19,0)	42 (9,2)		21 (50,0)	21 (50,0)	42 (9,2)	
Alterações ou dores articulares	Sim	165 (47,4)	183 (52,6)	348 (75,8)	0,004	143 (41,1)	205 (58,9)	348 (75,8)	1,000
	Não	84 (75,7)	27 (24,3)	111 (24,2)		46 (41,4)	65 (58,6)	111 (24,2)	
Total		249 (54,2)	210 (45,8)	459 100,0)		189 (41,2)	270 (58,8)	459 (100,0)	

(1) Rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de Fillenbaum (1986); (2) Teste *Qui-quadrado*; (3) teste de *Mann-Whitney*; (4) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8); P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde; # Ordem média superior em “quem não tem problemas de tato”.

Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Idade (n=606)			p (3)	Escolaridade (n=606)			p (3)	Nível de independência (4)			p (3)	Total
		P25	Mediana	P75		P25	Mediana	P75		P25	Mediana	P75		
SAÚDE ORAL*														
Xerostomia	Sim	69,0	73,0	78,0	0,338	4,0	4,0	4,0	0,026	7,0	8,0	8,0	0,427	225 (49,0)
	Não	68,0	72,0	75,3		4,0	4,0	8,3		7,8	8,0	8,0		234 (51,0)
Problemas de mastigação	Sim	69,0	73,0	79,0	0,834	3,0	4,0	4,0	0,057	7,0	8,0	8,0	1,000	112 (24,4)
	Não	68,0	72,0	76,0		4,0	4,0	7,0		7,0	8,0	8,0		347 (75,6)
Problemas de deglutição	Sim	69,0	74,0	78,0	1,000	3,8	4,0	4,0	1,000	7,0	8,0	8,0	0,598	54 (11,8)
	Não	68,5	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		405 (88,2)
Edentulismo	Sim	69,0	72,0	77,0	1,00	4,0	4,0	6,0	0,179	7,0	8,0	8,0	0,102	424 (92,4)
	Não	67,0	70,0	74,0		4,0	4,0	10,0		8,0	8,0	8,0		35 (7,6)
Prótese fixa ou móvel	Sim	69,0	73,0	78,0	0,188	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	282 (61,4)
	Não	68,0	72,0	75,0		4,0	4,0	5,0		7,0	8,0	8,0		177 (38,6)
Cancro oral	Sim	70,0	74,0	...	1,000	3,0	4,0	...	1,000	8,0	8,0	8,0	1,000	3 (0,7)
	Não	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		456 (99,3)
Dor oro- facial	Sim	68,0	71,5	74,0	1,000	3,0	4,0	4,0	0,276	7,8	8,0	8,0	1,000	46 (10,0)
	Não	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		413 (90,0)
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**														
Problemas de visão	Sim	68,8	72,0	77,0	0,861	4,0	4,0	6,0	0,113	7,0	8,0	8,0	0,493	434 (94,6)
	Não	71,0	76,0	81,5		0,0	4,0	4,0		6,5	8,0	8,0		25 (5,4)
Problemas de audição	Sim	69,0	73,5	78,0	0,041	4,0	4,0	5,0	1,000	7,0	8,0	8,0	0,525	196 (42,7)
	Não	68,0	72,0	75,0		4,0	4,0	7,0		7,0	8,0	8,0		263 (57,3)
Problemas de olfato	Sim	69,0	73,0	79,0	1,000	4,0	4,0	4,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	63 (13,7)
	Não	68,0	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		396 (86,3)
Problemas de paladar	Sim	68,0	76,0	81,0	1,000	3,0	4,0	4,0	0,364	7,0	8,0	8,0	1,000	31 (6,8)
	Não	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		428 (93,2)
Problemas com o tato	Sim	69,0	73,0	78,0	1,000	3,0	4,0	4,0	<0,001#	7,0	8,0	8,0	0,019	119 (25,9)
	Não	68,0	72,0	76,0		4,0	4,0	7,0		7,0	8,0	8,0		340 (74,1)
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO***														
Mobilidade	Sim	69,0	79,0	87,0	0,114	0,0	4,0	4,0	0,567	2,0	5,0	6,0	<0,001	11 (2,4)
	Não	68,3	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		448 (97,6)
Problemas de equilíbrio	Sim	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,5	0,183	7,0	8,0	8,0	0,584	429 (93,5)
	Não	69,8	74,0	80,5		3,0	4,0	4,0		6,0	8,0	8,0		30 (6,5)
Perda de força muscular	Sim	68,0	72,0	76,0	0,488	4,0	4,0	6,0	0,113	7,0	8,0	8,0	0,035	417 (90,8)
	Não	70,0	74,0	80,0		3,0	4,0	4,0		6,0	8,0	8,0		42 (9,2)
Alterações ou dores articulares	Sim	69,0	72,0	76,0	1,000	4,0	4,0	7,0	0,004	7,0	8,0	8,0	1,216	348 (75,8)
	Não	69,0	73,0	79,0		3,0	4,0	4,0		7,0	8,0	8,0		111 (24,2)
Total		69,0	73,0	78,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		459 (100,0)

(1) Rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de Fillenbaum (1986); (2) Teste Qui-quadrado; (3) teste de Mann-Whitney; (4) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8); P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde; [#] Ordem média superior em "quem não tem problemas de tato".

Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Sexo				Rede de suporte social			
		Feminino	Masculino	Total	p (2) ****	Adequado	Não Adequado	Total	p (3) ****
Diabetes <i>mellitus</i>	Sim	83 (53,5)	72 (46,5)	155	1,000	73 (47,1)	82 (52,9)	155 (33,8)	1,000
	Não	166 (54,6)	138 (45,4)	304		116 (38,2)	188 (61,8)	304 (66,2)	
Enfarte agudo do miocárdio	Sim	5 (23,8)	16 (76,2)	21	0,131	9 (42,9)	12 (57,1)	21 (4,6)	1,000
	Não	244 (55,7)	194 (44,3)	438		180 (41,1)	258 (58,9)	438 (95,4)	
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Sim	13 (44,8)	16 (55,2)	29	1,000	14 (48,3)	15 (51,7)	29 (6,3)	1,000
	Não	236 (54,9)	194 (45,1)	430		175 (40,7)	255 (59,3)	430 (93,7)	
Hipercoagulação	Sim	61 (50,0)	61 (50,0)	122	1,000	48 (39,3)	74 (60,7)	122 (26,6)	1,000
	Não	188 (55,8)	149 (44,2)	337		141 (41,8)	196 (58,2)	337 (73,4)	
Outras doenças cardiovasculares	Sim	74 (58,3)	53 (41,7)	127	1,000	63 (49,6)	64 (50,4)	127 (27,7)	0,256
	Não	175 (52,7)	157 (47,3)	332		126 (38,0)	206 (62,0)	332 (72,3)	
Hipertensão arterial	Sim	186 (54,2)	157 (45,8)	343	1,000	144 (42,0)	199 (58,0)	343 (74,7)	1,000
	Não	63 (54,3)	53 (45,7)	116		45 (38,8)	71 (61,2)	116 (25,3)	
Anemia	Sim	16 (61,5)	10 (38,5)	26	1,000	13 (50,0)	13 (50,0)	26 (5,7)	1,000
	Não	233 (53,8)	200 (46,2)	433		176 (40,6)	257 (59,4)	433 (94,3)	
Dislipidemia	Sim	161 (56,1)	126 (43,9)	287	1,000	114 (39,7)	173 (60,3)	287 (62,5)	1,000
	Não	88 (51,2)	84 (48,8)	172		75 (43,6)	97 (56,4)	172 (37,5)	
Gota/ ácido úrico elevado	Sim	12 (35,3)	22 (64,7)	34	0,672	13 (38,2)	21 (61,8)	34 (7,4)	1,000
	Não	237 (55,8)	188 (44,2)	425		176 (41,4)	249 (58,6)	425 (92,6)	
Doenças oncológicas	Sim	19 (52,8)	17 (47,2)	36	1,000	14 (38,9)	22 (61,1)	36 (7,8)	1,000
	Não	230 (54,4)	193 (45,6)	423		175 (41,4)	248 (58,6)	423 (92,2)	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Sim	125 (67,2)	61 (32,8)	186	<0,001	79 (42,5)	107 (57,5)	186 (40,5)	1,000
	Não	124 (45,4)	149 (54,6)	273		110 (40,3)	163 (59,7)	273 (59,5)	
Excesso de peso/ obesidade	Sim	65 (50,8)	63 (49,2)	128	1,000	47 (36,7)	81 (63,3)	128 (27,9)	1,000
	Não	184 (55,6)	147 (44,4)	331		142 (42,9)	189 (57,1)	331 (72,1)	
Doenças da tireoide	Sim	54 (83,1)	11 (16,9)	65	<0,001	25 (38,5)	40 (61,5)	65 (14,2)	1,000
	Não	195 (49,5)	199 (50,5)	394		164 (41,6)	230 (58,4)	394 (85,8)	
Doenças renais	Sim	22 (40,0)	33 (60,0)	55	0,659	26 (47,3)	29 (52,7)	55 (12,0)	1,000
	Não	227 (56,2)	177 (43,8)	404		163 (40,3)	241 (59,7)	404 (88,0)	
Doenças/ problemas respiratórios	Sim	52 (59,8)	35 (40,2)	87	1,000	32 (36,8)	55 (63,2)	87 (19,0)	1,000
	Não	197 (53,0)	175 (47,0)	372		157 (42,2)	215 (57,8)	372 (81,0)	
Doenças/ problemas osteoarticulares	Sim	179 (70,5)	75 (29,5)	254	<0,001	113 (44,5)	141 (55,5)	254 (55,3)	1,000
	Não	70 (34,1)	135 (65,9)	205		76 (37,1)	129 (62,9)	205 (44,7)	
Stresse, depressão, ansiedade	Sim	85 (64,9)	46 (35,1)	131	0,110	59 (45,0)	72 (55,0)	131 (28,5)	1,000
	Não	164 (50,0)	164 (50,0)	328		130 (39,6)	198 (60,4)	328 (71,5)	
Insônia	Sim	97 (74,6)	33 (25,4)	130	<0,001	67 (51,5)	63 (48,5)	130 (28,3)	0,020
	Não	152 (46,2)	177 (53,8)	329		122 (37,1)	207 (62,9)	329 (71,7)	
Demências, doença de Alzheimer	Sim	2 (66,7)	1 (33,3)	3	1,000	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (0,7)	1,000
	Não	247 (54,2)	209 (45,8)	456		188 (41,2)	268 (58,8)	456 (99,3)	
Doença de Parkinson	Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	4	n.a	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (0,9)	1,000
	Não	247 (54,3)	208 (45,7)	455		186 (40,9)	269 (59,1)	455 (99,1)	

(2) Teste Qui-quadrado; (3) teste de Mann-Whitney; *****p* com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Sexo				Rede de suporte social (1)			
		Feminino	Masculino	Total	p (2) ****	Adequado	Não Adequado	Total	p (3)****
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Sim	4 (44,4)	5 (55,6)	9	n.a.	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (2,0)	1,000
	Não	245 (54,4)	205 (45,6)	450		184 (40,9)	266 (59,1)	450 (98,0)	
Alergias/ intolerâncias alimentares	Sim	15 (88,2)	2 (11,8)	17	0,108	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (3,7)	1,000
	Não	234 (52,9)	208 (47,1)	442		179 (40,5)	263 (59,5)	442 (96,3)	
Total		249 (54,2)	210 (45,8)	459 (100,0)		189 (41,2)	270 (58,8)	456 (100,0)	

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Idade				Escolaridade				Nível de independência (4)				Total
		P25	Mediana	P75	p (3)****	P25	Mediana	P75	p (3)****	P25	Mediana	P75	p (3)****	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	68,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,8	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	304
	Sim	69,0	73,0	77,0		4,0	4,0	4,0		7,0	8,0	8,0		155
Enfarte agudo do miocárdio	Não	68,0	72,0	77,0	0,071	4,0	4,0	6,00	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	438
	Sim	72,0	76,0	80,0		4,0	4,0	9,00		6,0	8,0	8,0		21
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	68,8	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,00	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	430
	Sim	69,5	73,0	75,5		4,0	4,0	7,00		6,0	8,0	8,0		29
Hipercoagulação	Não	68,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	337
	Sim	69,0	72,5	78,0		4,0	4,0	7,0		7,0	8,0	8,0		122
Outras doenças cardiovasculares	Não	68,0	72,0	76,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	332
	Sim	69,0	74,0	78,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		127
Hipertensão arterial	Não	69,0	72,0	76,8	1,000	4,0	4,0	6,8	1,000	8,0	8,0	8,0	1,000	116
	Sim	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		343
Anemia	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	433
	Sim	68,8	73,0	81,3		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		26
Dislipidemia	Não	68,0	72,0	77,8	1,000	4,0	4,0	5,8	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	172
	Sim	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		287
Gota/ ácido úrico elevado	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	425
	Sim	68,8	72,0	77,3		4,0	4,0	9,0		7,8	8,0	8,0		34
Doenças oncológicas	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	423
	Sim	67,0	72,5	76,0		4,0	4,0	4,0		8,0	8,0	8,0		36
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	69,0	73,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	273
	Sim	68,0	72,0	77,0		4,0	4,0	5,3		7,0	8,0	8,0		186
Excesso de peso/ obesidade	Não	69,0	73,0	78,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	0,980	331
	Sim	69,0	72,0	75,0		4,0	4,0	7,8		8,0	8,0	8,0		128
Doenças da tireoide	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	394
	Sim	68,0	72,0	76,0		4,0	4,0	7,0		7,0	8,0	8,0		65
Doenças renais	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	404
	Sim	69,0	74,0	79,0		3,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		55
Doenças/ problemas respiratórios	Não	68,3	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	372
	Sim	69,0	73,0	78,0		3,0	4,0	4,0		7,0	8,0	8,0		87
Doenças/ problemas osteomusculares	Não	68,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	9,0	0,026	7,0	8,0	8,0	1,000	205
	Sim	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	4,0		7,0	8,0	8,0		254

(1) Rede de suporte social avaliada pelo Índice de Rede Social de Fillenbaum (1986); (2) Teste *Qui-quadrado*; (3) teste de *Mann-Whitney*; (4) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8); P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 9 - Relação entre problemas relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos e problemas de saúde com fatores sociodemográficos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Idade				Escolaridade				Nível de independência (4)				Total
		P25	Mediana	P75	p (3)****	P25	Mediana	P75	p (3)****	P25	Mediana	P75	p (3)****	
Stresse, depressão, ansiedade	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,00	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	328
	Sim	68,0	71,0	76,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		131
Insónia	Não	68,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	7,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	329
	Sim	69,0	72,0	77,0		4,0	4,0	5,0		7,0	8,0	8,0		130
Demências, doença de Alzheimer	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	456
	Sim	72,0	72,0	...		3,0	4,0	...		3,0	6,0	...		3
Doença de Parkinson	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	455
	Sim	71,5	76,5	83,8		0,8	3,5	7,8		1,5	5,5	8,0		4
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	450
	Sim	69,0	76,0	79,5		4,0	4,0	4,0		8,0	8,0	8,0		9
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	69,0	72,0	77,0	1,000	4,0	4,0	6,0	1,000	7,0	8,0	8,0	1,000	442
	Sim	66,5	72,0	76,5		4,0	4,0	10,0		8,0	8,0	8,0		17
Total		69,0	73,0	78,0		4,0	4,0	6,0		7,0	8,0	8,0		459

(3) Teste de *Mann-Whitney*; (4) nível de independência (Lawton & Brody (1969), com variação entre 0 e 8); P25 - percentil 25; M - Mediana; P75 - percentil 75; ****p com correção de *Bonferroni* para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Xerostomia			Problemas de mastigação			Problemas de deglutição			Edentulismo				Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	Total	p*	
Diabetes mellitus	Não	140 (46,1)	164 (53,9)	1,000	71 (23,4)	233 (76,6)	1,000	35 (11,5)	269 (88,5)	1,000	280 (92,1)	24 (7,9)	304 (66,2)	1,000	304 (66,2)
	Sim	85 (54,8)	70 (45,2)		41 (26,5)	114 (73,5)		19 (12,3)	136 (87,7)		144 (92,9)	11 (7,1)	155 (33,8)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	215 (49,1)	223 (50,9)	1,000	107 (24,4)	331 (75,6)	1,000	51 (11,6)	387 (88,4)	n.a.	404 (92,2)	34 (7,8)	438 (95,4)	n.a.	438 (95,4)
	Sim	10 (47,6)	11 (52,4)		5 (23,8)	16 (76,2)		3 (14,3)	18 (85,7)		20 (95,2)	1 (4,8)	21 (4,6)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	210 (48,8)	220 (51,2)	1,000	104 (24,2)	326 (75,8)	1,000	48 (11,2)	382 (88,8)	n.a.	399 (92,8)	31 (7,2)	430 (93,7)	1,000	430 (93,7)
	Sim	15 (51,7)	14 (48,3)		8 (27,6)	21 (72,4)		6 (20,7)	23 (79,3)		25 (86,2)	4 (13,8)	29 (6,3)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	166 (49,3)	171 (50,7)	1,000	79 (23,4)	258 (76,6)	1,000	36 (10,7)	301 (89,3)	1,000	311 (92,3)	26 (7,7)	337 (73,4)	1,000	337 (73,4)
	Sim	59 (48,4)	63 (51,6)		33 (27,0)	89 (73,0)		18 (14,8)	104 (85,2)		113 (92,6)	9 (7,4)	122 (26,6)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	154 (46,4)	178 (53,6)	1,000	82 (24,7)	250 (75,3)	1,000	31 (9,3)	301 (90,7)	0,315	304 (91,6)	28 (8,4)	332 (72,3)	1,000	332 (72,3)
	Sim	71 (55,9)	56 (44,1)		30 (23,6)	97 (76,4)		23 (18,1)	104 (81,9)		120 (94,5)	7 (5,5)	127 (27,7)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	44 (37,9)	72 (62,1)	0,156	25 (21,6)	91 (78,4)	1,000	13 (11,2)	103 (88,8)	1,000	106 (91,4)	10 (8,6)	116 (25,3)	n.a.	116 (25,3)
	Sim	181 (52,8)	162 (47,2)		87 (25,4)	256 (74,6)		41 (12,0)	302 (88,0)		318 (92,7)	25 (7,3)	343 (74,7)		343 (74,7)
Anemia	Não	214 (49,4)	219 (50,6)	1,000	102 (23,6)	331 (76,4)	1,000	46 (10,6)	387 (89,4)	n.a.	401 (92,6)	32 (7,4)	433 (94,3)	1,000	433 (94,3)
	Sim	11 (42,3)	15 (57,7)		10 (38,5)	16 (61,5)		8 (30,8)	18 (69,2)		23 (88,5)	3 (11,5)	26 (5,7)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	83 (48,3)	89 (51,7)	1,000	37 (21,5)	135 (78,5)	1,000	17 (9,9)	155 (90,1)	1,000	163 (94,8)	9 (5,2)	172 (37,5)	n.a.	172 (37,5)
	Sim	142 (49,5)	145 (50,5)		75 (26,1)	212 (73,9)		37 (12,9)	250 (87,1)		261 (90,9)	26 (9,1)	287 (62,5)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	207 (48,7)	218 (51,3)	1,000	103 (24,2)	322 (75,8)	1,000	49 (11,5)	376 (88,5)	n.a.	396 (93,2)	29 (6,8)	425 (92,6)	n.a.	425 (92,6)
	Sim	18 (52,9)	16 (47,1)		9 (26,5)	25 (73,5)		5 (14,7)	29 (85,3)		28 (82,4)	6 (17,6)	34 (7,4)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	208 (49,2)	215 (50,8)	1,000	102 (24,1)	321 (75,9)	1,000	52 (12,3)	371 (87,7)	n.a.	393 (92,9)	30 (7,1)	423 (92,2)	n.a.	423 (92,2)
	Sim	17 (47,2)	19 (52,8)		10 (27,8)	26 (72,2)		2 (5,6)	34 (94,4)		31 (86,1)	5 (13,9)	36 (7,8)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	116 (42,5)	157 (57,5)	0,019	56 (20,5)	217 (79,5)	0,449	28 (10,3)	245 (89,7)	1,000	247 (90,5)	26 (9,5)	273 (59,5)	1,000	273 (59,5)
	Sim	109 (58,6)	77 (41,4)		56 (30,1)	130 (69,9)		26 (14,0)	160 (86,0)		177 (95,2)	9 (4,8)	186 (40,5)		186 (40,5)
Total		225 (49,0)	234 (51,0)		112 (24,4)	347 (75,6)		54 (11,8)	405 (88,2)		424 (92,4)	35 (7,6)	459 (100,0)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas saúde de	Sim/ Não	Xerostomia			Problemas de mastigação			Problemas de deglutição			Edentulismo			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Excesso de peso/ obesidade	Não	168 (50,8)	163 (49,2)	1,000	79 (23,9)	252 (76,1)	1,000	38 (11,5)	293 (88,5)	1,000	309 (93,4)	22 (6,6)	1,000	331 (72,1)
	Sim	57 (44,5)	71 (55,5)		33 (25,8)	95 (74,2)		16 (12,5)	112 (87,5)		115 (89,8)	13 (10,2)		128 (27,9)
Doenças da tireoide	Não	189 (48,0)	205 (52,0)	1,000	94 (23,9)	300 (76,1)	1,000	41 (10,4)	353 (89,6)	0,796	363 (92,1)	31 (7,9)	n.a.	394 (85,8)
	Sim	36 (55,4)	29 (44,6)		18 (27,7)	47 (72,3)		13 (20,0)	52 (80,0)		61 (93,8)	4 (6,2)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	199 (49,3)	205 (50,7)	1,000	90 (22,3)	314 (77,7)	0,150	42 (10,4)	362 (89,6)	0,509	373 (92,3)	31 (7,7)	n.a.	404 (88,0)
	Sim	26 (47,3)	29 (52,7)		22 (40,0)	33 (60,0)		12 (21,8)	43 (78,2)		51 (92,7)	4 (7,3)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	166 (44,6)	206 (55,4)	0,003	83 (22,3)	289 (77,7)	0,824	37 (9,9)	335 (90,1)	0,361	344 (92,5)	28 (7,5)	1,000	372 (81,0)
	Sim	59 (67,8)	28 (32,2)		29 (33,3)	58 (66,7)		17 (19,5)	70 (80,5)		80 (92,0)	7 (8,0)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	89 (43,4)	116 (56,6)	0,852	44 (21,5)	161 (78,5)	1,000	17 (8,3)	188 (91,7)	0,918	185 (90,2)	20 (9,8)	1,000	205 (44,7)
	Sim	136 (53,5)	118 (46,5)		68 (26,8)	186 (73,2)		37 (14,6)	217 (85,4)		239 (94,1)	15 (5,9)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	152 (46,3)	176 (53,7)	1,000	73 (22,3)	255 (77,7)	1,000	31 (9,5)	297 (90,5)	0,521	305 (93,0)	23 (7,0)	1,000	328 (71,5)
	Sim	73 (55,7)	58 (44,3)		39 (29,8)	92 (70,2)		23 (17,6)	108 (82,4)		119 (90,8)	12 (9,2)		131 (28,5)
Insónia	Não	148 (45,0)	181 (55,0)	0,154	69 (21,0)	260 (79,0)	0,175	28 (8,5)	301 (91,5)	0,024	303 (92,1)	26 (7,9)	1,000	329 (71,7)
	Sim	77 (59,2)	53 (40,8)		43 (33,1)	87 (66,9)		26 (20,0)	104 (80,0)		121 (93,1)	9 (6,9)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	223 (48,9)	233 (51,1)	n.a.	111 (24,3)	345 (75,7)	n.a.	54 (11,8)	402 (88,2)	n.a.	421 (92,3)	35 (7,7)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	2 (66,7)	1 (33,3)		1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	3 (100,0)		3 (100,0)	0 (0,0)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	221 (48,6)	234 (51,4)	n.a.	111 (24,4)	344 (75,6)	n.a.	53 (11,6)	402 (88,4)	n.a.	420 (92,3)	35 (7,7)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	4 (100,0)	0 (0,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso.	Não	219 (48,7)	231 (51,3)	n.a.	109 (24,2)	341 (75,8)	n.a.	52 (11,6)	398 (88,4)	n.a.	416 (92,4)	34 (7,6)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	6 (66,7)	3 (33,3)		3 (33,3)	6 (66,7)		2 (22,2)	7 (77,8)		8 (88,9)	1 (11,1)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	213 (48,2)	229 (51,8)	1,000	105 (23,8)	337 (76,2)	n.a.	52 (11,8)	390 (88,2)	n.a.	410 (92,8)	32 (7,2)	n.a.	442 (96,3)
	Sim	12 (70,6)	5 (29,4)		7 (41,2)	10 (58,8)		2 (11,8)	15 (88,2)		14 (82,4)	3 (17,6)		17 (3,7)
Total		225 (49,0)	234 (51,0)		112 (24,4)	347 (75,6)		54 (11,8)	405 (88,2)		424 (92,4)	35 (7,6)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Prótese fixa ou móvel			Cancro oral			Dor oro-facial			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	190 (62,5)	114 (37,5)	1,000	1 (0,3)	303 (99,7)	n.a.	33 (10,9)	271 (89,1)	1,000	304 (66,2)
	Sim	92 (59,4)	63 (40,6)		2 (1,3)	153 (98,7)		13 (8,4)	142 (91,6)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	274 (62,6)	164 (37,4)	0,806	3 (0,7)	435 (99,3)	n.a.	46 (10,5)	392 (89,5)	n.a.	438 (95,4)
	Sim	8 (38,1)	13 (61,9)		0 (0,0)	21 (100,0)		0 (0,0)	21 (100,0)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório	Não	270 (62,8)	160 (37,2)	0,642	2 (0,5)	428 (99,5)	n.a.	40 (9,3)	390 (90,7)	n.a.	430 (93,7)
	Sim	12 (41,4)	17 (58,6)		1 (3,4)	28 (96,6)		6 (20,7)	23 (79,3)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	205 (60,8)	132 (39,2)	1,000	2 (0,6)	335 (99,4)	n.a.	31 (9,2)	306 (90,8)	1,000	337 (73,4)
	Sim	77 (63,1)	45 (36,9)		1 (0,8)	121 (99,2)		15 (12,3)	107 (87,7)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	204 (61,4)	128 (38,6)	1,000	1 (0,3)	331 (99,7)	n.a.	32 (9,6)	300 (90,4)	1,000	332 (72,3)
	Sim	78 (61,4)	49 (38,6)		2 (1,6)	125 (98,4)		14 (11,0)	113 (89,0)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	74 (63,8)	42 (36,2)	1,000	1 (0,9)	115 (99,1)	n.a.	12 (10,3)	104 (89,7)	1,000	116 (25,3)
	Sim	208 (60,6)	135 (39,4)		2 (0,6)	341 (99,4)		34 (9,9)	309 (90,1)		343 (74,7)
Anemia	Não	266 (61,4)	167 (38,6)	1,000	3 (0,7)	430 (99,3)	n.a.	42 (9,7)	391 (90,3)	n.a.	433 (94,3)
	Sim	16 (61,5)	10 (38,5)		0 (0,0)	26 (100,0)		4 (15,4)	22 (84,6)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	110 (64,0)	62 (36,0)	1,000	1 (0,6)	171 (99,4)	n.a.	17 (9,9)	155 (90,1)	1,000	172 (37,5)
	Sim	172 (59,9)	115 (40,1)		2 (0,7)	285 (99,3)		29 (10,1)	258 (89,9)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	265 (62,4)	160 (37,6)	1,000	3 (0,7)	422 (99,3)	n.a.	41 (9,6)	384 (90,4)	n.a.	425 (92,6)
	Sim	17 (50,0)	17 (50,0)		0 (0,0)	34 (100,0)		5 (14,7)	29 (85,3)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	261 (61,7)	162 (38,3)	1,000	0 (0,0)	423 (100,0)	n.a.	37 (8,7)	386 (91,3)	n.a.	423 (92,2)
	Sim	21 (58,3)	15 (41,7)		3 (8,3)	33 (91,7)		9 (25,0)	27 (75,0)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	163 (59,7)	110 (40,3)	1,000	2 (0,7)	271 (99,3)	n.a.	24 (8,8)	249 (91,2)	1,000	273 (59,5)
	Sim	119 (64,0)	67 (36,0)		1 (0,5)	185 (99,5)		22 (11,8)	164 (88,2)		186 (40,5)
Total		282 (61,4)	177 (38,6)		3 (0,7)	456 (99,3)		46 (10,0)	413 (90,0)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Prótese fixa ou móvel			Cancro oral			Dor oro-facial			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Excesso de peso/ obesidade	Não	216 (65,3)	115 (34,7)	0,168	3 (0,9)	328 (99,1)	n.a.	32 (9,7)	299 (90,3)	1,000	331 (72,1)
	Sim	66 (51,6)	62 (48,4)		0 (0,0)	128 (100,0)		14 (10,9)	114 (89,1)		128 (27,9)
Doenças da tiroide	Não	242 (61,4)	152 (38,6)	1,000	3 (0,8)	391 (99,2)	n.a.	38 (9,6)	356 (90,4)	1,000	394 (85,8)
	Sim	40 (61,5)	25 (38,5)		0 (0,0)	65 (100,0)		8 (12,3)	57 (87,7)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	249 (61,6)	155 (38,4)	1,000	3 (0,7)	401 (99,3)	n.a.	39 (9,7)	365 (90,3)	1,000	404 (88,0)
	Sim	33 (60,0)	22 (40,0)		0 (0,0)	55 (100,0)		7 (12,7)	48 (87,3)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	229 (61,6)	143 (38,4)	1,000	2 (0,5)	370 (99,5)	n.a.	35 (9,4)	337 (90,6)	1,000	372 (81,0)
	Sim	53 (60,9)	34 (39,1)		1 (1,1)	86 (98,9)		11 (12,6)	76 (87,4)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	119 (58,0)	86 (42,0)	1,000	1 (0,5)	204 (99,5)	n.a.	18 (8,8)	187 (91,2)	1,000	205 (44,7)
	Sim	163 (64,2)	91 (35,8)		2 (0,8)	252 (99,2)		28 (11,0)	226 (89,0)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	200 (61,0)	128 (39,0)	1,000	3 (0,9)	325 (99,1)	n.a.	23 (7,0)	305 (93,0)	0,035	328 (71,5)
	Sim	82 (62,6)	49 (37,4)		0 (0,0)	131 (100,0)		23 (17,6)	108 (82,4)		131 (28,5)
Insónia	Não	202 (61,4)	127 (38,6)	1,000	2 (0,6)	327 (99,4)	n.a.	25 (7,6)	304 (92,4)	0,199	329 (71,7)
	Sim	80 (61,5)	50 (38,5)		1 (0,8)	129 (99,2)		21 (16,2)	109 (83,8)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	281 (61,6)	175 (38,4)	n.a.	3 (0,7)	453 (99,3)	n.a.	46 (10,1)	410 (89,9)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	3 (100,0)		0 (0,0)	3 (100,0)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	280 (61,5)	175 (38,5)	n.a.	3 (0,7)	452 (99,3)	n.a.	46 (10,1)	409 (89,9)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	2 (50,0)	2 (50,0)		0 (0,0)	4 (100,0)		0 (0,0)	4 (100,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso.	Não	280 (62,2)	170 (37,8)	n.a.	3 (0,7)	447 (99,3)	n.a.	42 (9,3)	408 (90,7)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	2 (22,2)	7 (77,8)		0 (0,0)	9 (100,0)		4 (44,4)	5 (55,6)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	271 (61,3)	171 (38,7)	1,000	3 (0,7)	439 (99,3)	n.a.	43 (9,7)	399 (90,3)	n.a.	442 (96,3)
	Sim	11 (64,7)	6 (35,3)		0 (0,0)	17 (100,0)		3 (17,6)	14 (82,4)		17 (3,7)
Total		282 (61,4)	177 (38,6)		3 (0,7)	456 (99,3)		46 (10,0)	413 (90,0)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Problemas de visão			Problemas de audição			Problemas de olfato			Problemas de paladar			Problemas de tato			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	285 (93,8)	19 (6,3)	1,000	124 (40,8)	180 (59,2)	1,000	40 (13,2)	264 (86,8)	1,000	20 (6,6)	284 (93,4)	1,000	68 (22,4)	236 (77,6)	0,395	304 (66,2)
	Sim	149 (96,1)	6 (3,9)		72 (46,5)	83 (53,5)		23 (14,8)	132 (85,2)		11 (7,1)	144 (92,9)		51 (32,9)	104 (67,1)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	413 (94,3)	25 (5,7)	n.a.	186 (42,5)	252 (57,5)	1,000	60 (13,7)	378 (86,3)	n.a.	30 (6,8)	408 (93,2)	n.a.	114 (26,0)	324 (74,0)	1,000	438 (95,4)
	Sim	21 (100,0)	0 (0,0)		10 (47,6)	11 (52,4)		3 (14,3)	18 (85,7)		1 (4,8)	20 (95,2)		5 (23,8)	16 (76,2)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	406 (94,4)	24 (5,6)	n.a.	185 (43,0)	245 (57,0)	1,000	56 (13,0)	374 (87,0)	n.a.	29 (6,7)	401 (93,3)	n.a.	110 (25,6)	320 (74,4)	1,000	430 (93,7)
	Sim	28 (96,6)	1 (3,4)		11 (37,9)	18 (62,1)		7 (24,1)	22 (75,9)		2 (6,9)	27 (93,1)		9 (31,0)	20 (69,0)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	318 (94,4)	19 (5,6)	1,000	135 (40,1)	202 (59,9)	1,000	48 (14,2)	289 (85,8)	1,000	25 (7,4)	312 (92,6)	1,000	89 (26,4)	248 (73,6)	1,000	337 (73,4)
	Sim	116 (95,1)	6 (4,9)		61 (50,0)	61 (50,0)		15 (12,3)	107 (87,7)		6 (4,9)	116 (95,1)		30 (24,6)	92 (75,4)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	314 (94,6)	18 (5,4)	1,000	138 (41,6)	194 (58,4)	1,000	38 (11,4)	294 (88,6)	0,722	22 (6,6)	310 (93,4)	1,000	90 (27,1)	242 (72,9)	1,000	332 (72,3)
	Sim	120 (94,5)	7 (5,5)		58 (45,7)	69 (54,3)		25 (19,7)	102 (80,3)		9 (7,1)	118 (92,9)		29 (22,8)	98 (77,2)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	110 (94,8)	6 (5,2)	1,000	52 (44,8)	64 (55,2)	1,000	14 (12,1)	102 (87,9)	1,000	9 (7,8)	107 (92,2)	1,000	25 (21,6)	91 (78,4)	1,000	116 (25,3)
	Sim	324 (94,5)	19 (5,5)		144 (42,0)	199 (58,0)		49 (14,3)	294 (85,7)		22 (6,4)	321 (93,6)		94 (27,4)	249 (72,6)		343 (74,7)
Anemia	Não	410 (94,7)	23 (5,3)	n.a.	185 (42,7)	248 (57,3)	1,000	61 (14,1)	372 (85,9)	n.a.	29 (6,7)	404 (93,3)	1,000	110 (25,4)	323 (74,6)	1,000	433 (94,3)
	Sim	24 (92,3)	2 (7,7)		11 (42,3)	15 (57,7)		2 (7,7)	24 (92,3)		2 (7,7)	24 (92,3)		9 (34,6)	17 (65,4)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	162 (94,2)	10 (5,8)	1,000	79 (45,9)	93 (54,1)	1,000	27 (15,7)	145 (84,3)	1,000	18 (10,5)	154 (89,5)	0,441	37 (21,5)	135 (78,5)	1,000	172 (37,5)
	Sim	272 (94,8)	15 (5,2)		117 (40,8)	170 (59,2)		36 (12,5)	251 (87,5)		13 (4,5)	274 (95,5)		82 (28,6)	205 (71,4)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	402 (94,6)	23 (5,4)	n.a.	177 (41,6)	248 (58,4)	1,000	55 (12,9)	370 (87,1)	n.a.	29 (6,8)	396 (93,2)	n.a.	107 (25,2)	318 (74,8)	1,000	425 (92,6)
	Sim	32 (94,1)	2 (5,9)		19 (55,9)	15 (44,1)		8 (23,5)	26 (76,5)		2 (5,9)	32 (94,1)		12 (35,3)	22 (64,7)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	401 (94,8)	22 (5,2)	n.a.	181 (42,8)	242 (57,2)	1,000	56 (13,2)	367 (86,8)	n.a.	25 (5,9)	398 (94,1)	n.a.	110 (26,0)	313 (74,0)	1,000	423 (92,2)
	Sim	33 (91,7)	3 (8,3)		15 (41,7)	21 (58,3)		7 (19,4)	29 (80,6)		6 (16,7)	30 (83,3)		9 (25,0)	27 (75,0)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	256 (93,8)	17 (6,2)	1,000	111 (40,7)	162 (59,3)	1,000	40 (14,7)	233 (85,3)	1,000	13 (4,8)	260 (95,2)	1,000	61 (22,3)	212 (77,7)	0,864	273 (59,5)
	Sim	178 (95,7)	8 (4,3)		85 (45,7)	101 (54,3)		23 (12,4)	163 (87,6)		18 (9,7)	168 (90,3)		58 (31,2)	128 (68,8)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	309 (93,4)	22 (6,6)	1,000	146 (44,1)	185 (55,9)	1,000	48 (14,5)	283 (85,5)	1,000	28 (8,5)	303 (91,5)	0,462	89 (26,9)	242 (73,1)	1,000	331 (72,1)
	Sim	125 (97,7)	3 (2,3)		50 (39,1)	78 (60,9)		15 (11,7)	113 (88,3)		3 (2,3)	125 (97,7)		30 (23,4)	98 (76,6)		128 (27,9)
Total		434 (94,6)	25 (5,4)		196 (42,7)	263 (57,3)		63 (13,4)	396 (86,3)		31 (6,8)	428 (93,2)		119 (25,9)	340 (74,1)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Problemas de visão			Problemas de audição			Problemas de olfato			Problemas de paladar			Problemas de tato			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Doenças da tireoide	Não	374 (94,9)	20 (5,1)	n.a.	160 (40,6)	234 (59,4)	0,666	53 (13,5)	341 (86,5)	1,000	27 (6,9)	367 (93,1)	n.a.	99 (25,1)	295 (74,9)	1,000	394 (85,8)
	Sim	60 (92,3)	5 (7,7)		36 (55,4)	29 (44,6)		10 (15,4)	55 (84,6)		4 (6,2)	61 (93,8)		20 (30,8)	45 (69,2)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	382 (94,6)	22 (5,4)	n.a.	166 (41,1)	238 (58,9)	1,000	56 (13,9)	348 (86,1)	1,000	29 (7,2)	375 (92,8)	n.a.	104 (25,7)	300 (74,3)	1,000	404 (88,0)
	Sim	52 (94,5)	3 (5,5)		30 (54,5)	25 (45,5)		7 (12,7)	48 (87,3)		2 (3,6)	53 (96,4)		15 (27,3)	40 (72,7)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	353 (94,9)	19 (5,1)	n.a.	156 (41,9)	216 (58,1)	1,000	47 (12,6)	325 (87,4)	1,000	21 (5,6)	351 (94,4)	1,294	89 (23,9)	283 (76,1)	1,000	372 (81,0)
	Sim	81 (93,1)	6 (6,9)		40 (46,0)	47 (54,0)		16 (18,4)	71 (81,6)		10 (11,5)	77 (88,5)		30 (34,5)	57 (65,5)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	194 (94,6)	11 (5,4)	1,000	89 (43,4)	116 (56,6)	1,000	30 (14,6)	175 (85,4)	1,000	13 (6,3)	192 (93,7)	1,000	36 (17,6)	169 (82,4)	0,006	205 (44,7)
	Sim	240 (94,5)	14 (5,5)		107 (42,1)	147 (57,9)		33 (13,0)	221 (87,0)		18 (7,1)	236 (92,9)		83 (32,7)	171 (67,2)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	311 (94,8)	17 (5,2)	1,000	138 (42,1)	190 (57,9)	1,000	40 (12,2)	288 (87,8)	1,000	17 (5,2)	311 (94,8)	0,885	75 (22,9)	253 (77,1)	0,543	328 (71,5)
	Sim	123 (93,9)	8 (6,1)		58 (44,3)	73 (55,7)		23 (17,6)	108 (82,4)		14 (10,7)	117 (89,3)		44 (33,6)	87 (66,4)		131 (28,5)
Insônia	Não	311 (94,5)	18 (5,5)	1,000	139 (42,2)	190 (57,8)	1,000	49 (14,9)	280 (85,1)	1,000	18 (5,5)	311 (94,5)	1,000	72 (21,9)	257 (78,1)	0,047	329 (71,7)
	Sim	123 (94,6)	7 (5,4)		57 (43,8)	73 (56,2)		14 (10,8)	116 (89,2)		13 (10,0)	117 (90,0)		47 (36,2)	83 (63,8)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	431 (94,5)	25 (5,5)	n.a.	195 (42,8)	261 (57,2)	n.a.	62 (13,6)	394 (86,4)	n.a.	30 (6,6)	426 (93,4)	n.a.	118 (25,9)	338 (74,1)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	3 (100,0)	0 (0,0)		1 (33,3)	2 (66,7)		1 (33,3)	2 (66,7)		1 (33,3)	2 (66,7)		1 (33,3)	2 (66,7)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	431 (94,7)	24 (5,3)	n.a.	195 (42,9)	260 (57,1)	n.a.	61 (13,4)	394 (86,6)	n.a.	30 (6,6)	425 (93,4)	n.a.	117 (25,7)	338 (74,3)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	3 (75,0)	1 (25,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		2 (50,0)	2 (50,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		2 (50,0)	2 (50,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	425 (94,4)	25 (5,6)	n.a.	194 (43,1)	256 (56,9)	n.a.	60 (13,3)	390 (86,7)	n.a.	27 (6,0)	423 (94,0)	n.a.	118 (26,2)	332 (73,8)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	9 (100,0)	0 (0,0)		2 (22,2)	7 (77,8)		3 (33,3)	6 (66,7)		4 (44,4)	5 (55,6)		1 (11,1)	8 (88,9)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	419 (94,8)	23 (5,2)	1,000	187 (42,3)	255 (57,7)	1,000	63 (14,3)	379 (85,7)	n.a.	31 (7,0)	411 (93,0)	n.a.	114 (25,8)	328 (74,2)	n.a.	442 (96,3)
	Sim	15 (88,2)	2 (11,8)		9 (52,9)	8 (47,1)		0 (0,0)	17 (100,0)		0 (0,0)	8 (100,0)		5 (29,4)	12 (70,6)		17 (3,7)
Total		434 (94,6)	25 (5,4)		196 (42,7)	263 (57,3)		63 (13,4)	396 (86,3)		31 (6,8)	428 (93,2)		119 (25,9)	340 (74,1)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Mobilidade			Problemas de equilíbrio			Perda de força muscular			Alterações ou dores articulares			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	4 (1,3)	300 (98,7)	n.a.	291 (95,7)	13 (4,3)	0,193	277 (91,1)	27 (8,9)	1,000	230 (75,7)	74 (24,3)	1,000	304 (66,2)
	Sim	7 (4,5)	148 (95,5)		138 (89,0)	17 (11,0)		140 (90,3)	15 (9,7)		118 (76,1)	37 (23,9)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	10 (2,3)	428 (97,7)	n.a.	411 (93,8)	27 (6,2)	n.a.	398 (90,9)	40 (9,1)	n.a.	333 (76,0)	105 (24,0)	1,000	438 (95,4)
	Sim	1 (4,8)	20 (95,2)		18 (85,7)	3 (14,3)		19 (90,5)	2 (9,5)		15 (71,4)	6 (28,6)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	8 (1,9)	422 (98,1)	n.a.	405 (94,2)	25 (5,8)	n.a.	392 (91,2)	38 (8,8)	n.a.	324 (75,3)	106 (24,7)	1,000	430 (93,7)
	Sim	3 (10,3)	26 (89,7)		24 (82,8)	5 (17,2)		25 (86,2)	4 (13,8)		24 (82,8)	5 (17,2)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	5 (1,5)	332 (98,5)	n.a.	314 (93,2)	23 (6,8)	1,000	303 (89,9)	34 (10,1)	1,000	255 (75,7)	82 (24,3)	1,000	337 (73,4)
	Sim	6 (4,9)	116 (95,1)		115 (94,3)	7 (5,7)		114 (93,4)	8 (6,6)		93 (76,2)	29 (23,8)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	4 (1,2)	328 (98,8)	n.a.	311 (93,7)	21 (6,3)	1,000	305 (91,9)	27 (8,1)	1,000	261 (78,6)	71 (21,4)	0,621	332 (72,3)
	Sim	7 (5,5)	120 (94,5)		118 (92,9)	9 (7,1)		112 (88,2)	15 (11,8)		87 (68,5)	40 (31,5)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	3 (2,6)	113 (97,4)	n.a.	109 (94,0)	7 (6,0)	1,000	109 (94,0)	7 (6,0)	1,000	88 (75,9)	28 (24,1)	1,000	116 (25,3)
	Sim	8 (2,3)	335 (97,7)		320 (93,3)	23 (6,7)		308 (89,8)	35 (10,2)		260 (75,8)	83 (24,2)		343 (74,7)
Anemia	Não	8 (1,8)	425 (98,2)	n.a.	406 (93,8)	27 (6,2)	n.a.	394 (91,0)	39 (9,0)	n.a.	329 (76,0)	104 (24,0)	1,000	433 (94,3)
	Sim	3 (11,5)	23 (88,5)		23 (88,5)	3 (11,5)		23 (88,5)	3 (11,5)		19 (73,1)	7 (26,9)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	6 (3,5)	166 (96,5)	n.a.	165 (95,9)	7 (4,1)	1,000	159 (92,4)	13 (7,6)	1,000	136 (79,1)	36 (20,9)	4,786	172 (37,5)
	Sim	5 (1,7)	282 (98,3)		264 (92,0)	23 (8,0)		258 (89,9)	29 (10,1)		212 (73,9)	75 (26,1)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	11 (2,6)	414 (97,4)	n.a.	398 (93,6)	27 (6,4)	n.a.	387 (91,1)	38 (8,9)	n.a.	324 (76,2)	101 (23,8)	1,000	425 (92,6)
	Sim	0 (0,0)	34 (100,0)		31 (91,2)	3 (8,8)		30 (88,2)	4 (11,8)		24 (70,6)	10 (29,4)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	10 (2,4)	413 (97,6)	n.a.	397 (93,9)	26 (6,1)	n.a.	383 (90,5)	40 (9,5)	n.a.	317 (74,9)	106 (25,1)	1,000	423 (92,2)
	Sim	1 (2,8)	35 (97,6)		32 (88,9)	4 (11,1)		34 (94,4)	2 (5,6)		31 (86,1)	5 (13,9)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	5 (1,8)	268 (98,2)	n.a.	259 (94,9)	14 (5,1)	1,000	260 (95,2)	13 (4,8)	0,002	223 (81,7)	50 (18,3)	0,012	273 (59,5)
	Sim	6 (3,2)	180 (96,8)		170 (91,4)	16 (8,6)		157 (84,4)	29 (15,6)		125 (67,2)	61 (32,8)		186 (40,5)
Total		11 (2,4)	448 (97,6)		429 (93,5)	30 (6,5)		417 (90,8)	42 (9,2)		348 (75,8)	111 (24,2)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 10 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com problemas de saúde relacionados com o envelhecimento dos órgãos dos sentidos (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Mobilidade			Problemas de equilíbrio			Perda de força muscular			Alterações ou dores articulares			Total
		Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*	
Excesso de peso/ obesidade	Não	10 (3,0)	321 (97,0)	n.a.	308 (93,1)	23 (6,9)	1,000	302 (91,2)	29 (8,8)	1,000	250 (75,5)	81 (24,5)	1,000	331 (72,1)
	Sim	1 (0,8)	127 (99,2)		121 (94,5)	7 (5,5)		115 (89,8)	13 (10,2)		98 (76,6)	30 (23,4)		128 (27,9)
Doenças da tiroide	Não	10 (2,5)	384 (97,5)	n.a.	371 (94,2)	23 (5,8)	n.a.	364 (92,4)	30 (7,6)	0,206	308 (78,2)	86 (21,8)	0,159	394 (85,8)
	Sim	1 (1,5)	64 (98,5)		58 (89,2)	7 (10,8)		53 (81,5)	12 (18,5)		40 (61,5)	25 (38,5)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	6 (1,5)	398 (98,5)	n.a.	384 (95,0)	20 (5,0)	n.a.	369 (91,3)	35 (8,7)	1,000	313 (77,5)	91 (22,5)	0,647	404 (88,0)
	Sim	5 (9,1)	50 (90,9)		45 (81,8)	10 (18,2)		48 (87,3)	7 (12,7)		35 (63,6)	20 (36,4)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	9 (2,4)	363 (97,6)	n.a.	354 (95,2)	18 (4,8)	0,133	346 (93,0)	26 (7,0)	0,064	290 (78,0)	82 (22,0)	0,798	372 (81,0)
	Sim	2 (2,3)	85 (97,7)		75 (86,2)	12 (13,8)		71 (81,6)	16 (18,4)		58 (66,7)	29 (33,3)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	2 (1,0)	203 (99,0)	n.a.	194 (94,6)	11 (5,4)	1,000	196 (95,6)	9 (4,4)	0,037	179 (87,3)	26 (12,7)	<0,001	205 (44,7)
	Sim	9 (3,5)	245 (96,5)		235 (92,5)	19 (7,5)		221 (87,0)	33 (13,0)		169 (66,5)	85 (33,5)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	4 (1,2)	324 (98,8)	n.a.	315 (96,0)	13 (4,0)	0,026	305 (93,0)	23 (7,0)	0,409	263 (80,2)	65 (19,8)	0,016	328 (71,5)
	Sim	7 (5,3)	124 (94,7)		114 (87,0)	17 (13,0)		112 (85,5)	19 (14,5)		85 (64,9)	46 (35,1)		131 (28,5)
Insónia	Não	5 (1,5)	324 (98,5)	n.a.	309 (93,9)	20 (6,1)	1,000	305 (92,7)	24 (7,3)	0,709	258 (78,4)	71 (21,6)	0,894	329 (71,7)
	Sim	6 (4,6)	124 (95,4)		120 (92,3)	10 (7,7)		112 (86,2)	18 (13,8)		90 (69,2)	40 (30,8)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	11 (2,4)	445 (97,6)	n.a.	428 (93,9)	28 (6,1)	n.a.	415 (91,0)	41 (9,0)	n.a.	347 (76,1)	109 (23,9)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	0 (0,0)	3 (100,0)		1 (33,3)	2 (66,7)		2 (66,7)	1 (33,3)		1 (33,3)	2 (66,7)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	9 (2,0)	446 (98,0)	n.a.	427 (93,8)	28 (6,2)	n.a.	414 (91,0)	41 (9,0)	n.a.	344 (75,6)	111 (24,4)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	2 (50,0)	2 (50,0)		2 (50,0)	2 (50,0)		3 (75,0)	1 (25,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	10 (2,2)	440 (97,8)	n.a.	422 (93,8)	28 (6,2)	n.a.	408 (90,7)	42 (9,3)	n.a.	340 (75,6)	110 (24,4)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	1 (11,1)	8 (88,9)		7 (77,8)	2 (22,2)		9 (100,0)	0 (0,0)		8 (88,9)	1 (11,1)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	10 (2,3)	432 (97,7)	n.a.	413 (93,4)	29 (6,6)	n.a.	403 (91,2)	39 (8,8)	n.a.	336 (76,0)	106 (24,0)	n.a.	442 (96,3)
	Sim	1 (5,9)	16 (94,1)		16 (94,1)	1 (5,9)		14 (82,4)	3 (17,6)		12 (70,6)	5 (29,4)		17 (3,7)
Total		11 (2,4)	448 (97,6)		429 (93,5)	30 (6,5)		417 (90,8)	42 (9,2)		348 (75,8)	111 (24,2)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Diabetes mellitus			Enfarte agudo do miocárdio			Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório			Hipercoagulação			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Diabetes mellitus	Não				297 (97,7)	7 (2,3)	0,040	283 (93,1)	21 (6,9)	1,000	236 (77,6)	68 (22,4)	0,114	304 (66,2)
	Sim				141 (91,0)	14 (9,0)		147 (94,8)	8 (5,2)		101 (65,2)	54 (34,8)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	297 (67,8)	141 (32,2)	0,040				411 (93,8)	27 (6,2)	n.a.	331 (75,6)	107 (24,4)	<0,001	438 (95,4)
	Sim	7 (33,3)	14 (66,7)					19 (90,5)	2 (9,5)		6 (28,6)	15 (71,4)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	283 (65,8)	147 (34,2)	1,000	411 (95,6)	19 (4,4)	n.a.				318 (74,0)	112 (26,0)	1,000	430 (93,7)
	Sim	21 (72,4)	8 (27,6)		27 (93,1)	2 (6,9)					19 (65,5)	10 (34,5)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	236 (70,0)	101 (30,0)	0,114	331 (98,2)	6 (1,8)	<0,001	318 (94,4)	19 (5,6)	1,000				337 (73,4)
	Sim	68 (55,7)	54 (44,3)		107 (87,7)	15 (12,3)		112 (91,8)	10 (8,2)					122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	223 (67,2)	109 (32,8)	1,000	319 (96,1)	13 (3,9)	1,000	312 (94,0)	20 (6,0)	1,000	260 (78,3)	72 (21,7)	0,005	332 (72,3)
	Sim	81 (63,8)	46 (36,2)		119 (93,7)	8 (6,3)		118 (92,9)	9 (7,1)		77 (60,6)	50 (39,4)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	79 (68,1)	37 (31,9)	1,000	109 (94,0)	7 (6,0)	1,000	114 (98,3)	2 (1,7)	0,334	88 (75,9)	28 (24,1)	1,000	116 (25,3)
	Sim	225 (65,6)	118 (34,4)		329 (95,9)	14 (4,1)		316 (92,1)	27 (7,9)		249 (72,6)	94 (27,4)		343 (74,7)
Anemia	Não	293 (67,7)	140 (32,3)	0,229	414 (95,6)	19 (4,4)	n.a.	406 (93,8)	27 (6,2)	n.a.	325 (75,1)	108 (24,9)	0,053	433 (94,3)
	Sim	11 (42,3)	15 (57,7)		24 (92,3)	2 (7,7)		24 (92,2)	2 (7,7)		12 (46,2)	14 (53,8)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	126 (73,3)	46 (26,7)	0,320	164 (95,3)	8 (4,7)	1,000	163 (94,8)	9 (5,2)	1,000	134 (77,9)	38 (22,1)	1,000	172 (37,5)
	Sim	178 (62,0)	109 (38,0)		274 (95,5)	13 (4,5)		267 (93,0)	20 (7,0)		203 (70,7)	84 (29,3)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	278 (65,4)	147 (34,6)	1,000	407 (95,8)	18 (4,2)	n.a.	401 (94,4)	24 (5,6)	n.a.	314 (73,9)	111 (26,1)	1,000	425 (92,6)
	Sim	26 (76,5)	8 (23,5)		31 (91,2)	3 (8,8)		29 (85,3)	5 (14,7)		23 (67,6)	11 (32,4)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	280 (66,2)	143 (33,8)	1,000	402 (95,0)	21 (5,0)	n.a.	399 (94,3)	24 (5,7)	n.a.	310 (73,3)	113 (26,7)	1,000	423 (92,2)
	Sim	24 (66,7)	12 (33,3)		36 (100,0)	0 (0,0)		31 (86,1)	5 (13,9)		27 (75,0)	9 (25,0)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	181 (66,3)	92 (33,7)	1,000	263 (96,3)	10 (3,7)	1,000	257 (94,1)	16 (5,9)	1,000	209 (76,6)	64 (23,4)	1,000	273 (59,5)
	Sim	123 (66,1)	63 (33,9)		175 (94,1)	11 (5,9)		173 (93,0)	13 (7,0)		128 (68,8)	58 (31,2)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	238 (71,9)	93 (28,1)	0,001	318 (96,1)	13 (3,9)	1,000	311 (94,0)	20 (6,0)	1,000	247 (74,6)	84 (25,4)	1,000	331 (72,1)
	Sim	66 (51,6)	62 (48,4)		120 (93,8)	8 (6,3)		119 (93,0)	9 (7,0)		90 (70,3)	38 (29,7)		128 (27,9)
Total		304 (66,2)	155 (33,8)		438 (95,4)	21 (4,6)		430 (93,7)	29 (6,3)		337 (73,4)	122 (26,6)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Diabetes mellitus			Enfarte agudo do miocárdio			Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório			Hipercoagulação			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Doenças da tireoide	Não	264 (67,0)	130 (33,0)	1,000	374 (94,9)	20 (5,1)	n.a.	367 (93,1)	27 (6,9)	n.a.	294 (74,6)	100 (25,4)	1,000	394 (85,8)
	Sim	40 (61,5)	25 (38,5)		64 (98,5)	1 (1,5)		63 (96,9)	2 (3,1)		43 (66,2)	22 (33,8)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	274 (67,8)	130 (32,2)	1,000	390 (96,5)	14 (3,5)	n.a.	380 (94,1)	24 (5,9)	n.a.	307 (76,0)	97 (24,0)	0,037	404 (88,0)
	Sim	30 (54,5)	25 (45,5)		48 (87,3)	7 (12,7)		50 (90,9)	5 (9,1)		30 (54,5)	25 (45,5)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	247 (66,4)	125 (33,6)	1,000	358 (96,2)	14 (3,8)	n.a.	349 (93,8)	23 (6,2)	1,000	278 (74,7)	94 (25,3)	1,000	372 (81,0)
	Sim	57 (65,5)	30 (34,5)		80 (92,0)	7 (8,0)		81 (93,1)	6 (6,9)		59 (67,8)	28 (32,2)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	138 (67,3)	67 (32,7)	1,000	196 (95,6)	9 (4,4)	1,000	190 (92,7)	15 (7,3)	1,000	151 (73,7)	54 (26,3)	1,000	205 (44,7)
	Sim	166 (65,4)	88 (34,6)		242 (95,3)	12 (4,7)		240 (94,5)	14 (5,5)		186 (73,2)	68 (26,8)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	227 (69,2)	101 (30,8)	0,834	314 (95,7)	14 (4,3)	1,000	309 (94,2)	19 (5,8)	1,000	245 (74,7)	83 (25,3)	1,000	328 (71,5)
	Sim	77 (58,8)	54 (41,2)		124 (94,7)	7 (5,3)		121 (92,4)	10 (7,6)		92 (70,2)	39 (29,8)		131 (28,5)
Insónia	Não	220 (66,9)	109 (33,1)	1,000	314 (95,4)	15 (4,6)	1,000	307 (93,3)	22 (6,7)	1,000	249 (75,7)	80 (24,3)	1,000	329 (71,7)
	Sim	84 (64,6)	46 (35,4)		124 (95,4)	6 (4,6)		123 (94,6)	7 (5,4)		88 (67,7)	42 (32,3)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	303 (66,4)	153 (33,6)	n.a.	436 (95,6)	20 (4,4)	n.a.	428 (93,9)	28 (6,1)	n.a.	335 (73,5)	121 (26,5)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)		2 (66,7)	1 (33,3)		2 (66,7)	1 (33,3)		2 (66,7)	1 (33,3)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	304 (66,8)	151 (33,2)	n.a.	434 (95,4)	21 (4,6)	n.a.	427 (93,8)	28 (6,2)	n.a.	335 (73,6)	120 (26,4)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	0 (0,0)	4 (100,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		3 (75,0)	1 (25,0)		2 (50,0)	2 (50,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	298 (66,2)	152 (33,8)	n.a.	430 (95,6)	20 (4,4)	n.a.	421 (93,6)	29 (6,4)	n.a.	330 (73,3)	120 (26,7)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	6 (66,7)	3 (33,3)		8 (88,9)	1 (11,1)		9 (100,0)	0 (0,0)		7 (77,8)	2 (22,2)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	292 (66,1)	150 (33,9)	1,000	421 (95,2)	21 (4,8)	n.a.	414 (93,7)	28 (6,3)	n.a.	323 (73,1)	119 (26,9)	n.a.	442 (96,3)
	Sim	12 (70,6)	5 (29,4)		17 (100,0)	0 (0,0)		16 (94,1)	1 (5,9)		14 (82,4)	3 (17,6)		17 (3,7)
Total		304 (66,2)	155 (33,8)		438 (95,4)	21 (4,6)		430 (93,7)	29 (6,3)		337 (73,4)	122 (26,6)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Outras doenças cardiovasculares			Hipertensão arterial			Anemia			Dislipidemia			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	223 (73,4)	81 (26,6)	1,000	79 (26,0)	225 (74,0)	1,000	293 (96,4)	11 (3,6)	0,229	126 (41,4)	178 (58,6)	0,320	304 (66,2)
	Sim	109 (70,3)	46 (29,7)		37 (23,9)	118 (76,1)		140 (90,3)	15 (9,7)		46 (29,7)	109 (70,3)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	319 (72,8)	119 (27,2)	1,000	109 (24,9)	329 (75,1)	1,000	414 (94,5)	24 (5,5)	n.a.	164 (37,4)	274 (62,6)	1,000	438 (95,4)
	Sim	13 (61,9)	8 (38,1)		7 (33,3)	14 (66,7)		19 (90,5)	2 (9,5)		8 (38,1)	13 (61,9)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	312 (72,6)	118 (27,4)	1,000	114 (26,5)	316 (73,5)	0,334	406 (94,4)	24 (5,6)	n.a.	163 (37,9)	267 (62,1)	1,000	430 (93,7)
	Sim	20 (69,0)	9 (31,0)		2 (6,9)	27 (93,1)		27 (93,1)	2 (6,9)		9 (31,0)	20 (69,0)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	260 (77,2)	77 (22,8)	0,005	88 (26,1)	249 (73,9)	1,000	325 (96,4)	12 (3,6)	0,053	134 (39,8)	203 (60,2)	1,000	337 (73,4)
	Sim	72 (59,0)	50 (41,0)		28 (23,0)	94 (77,0)		108 (88,5)	14 (11,5)		38 (31,1)	84 (68,9)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não				86 (25,9)	246 (74,1)	1,000	316 (95,2)	16 (4,8)	1,000	129 (38,9)	203 (61,1)	1,000	332 (72,3)
	Sim				30 (23,6)	97 (76,4)		117 (92,1)	10 (7,9)		43 (33,9)	84 (66,1)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	86 (74,1)	30 (25,9)	1,000				110 (94,8)	6 (5,2)	1,000	56 (48,3)	60 (51,7)	0,167	116 (25,3)
	Sim	246 (71,7)	97 (28,3)					323 (94,2)	20 (5,8)		116 (33,8)	227 (66,2)		343 (74,7)
Anemia	Não	316 (73,0)	117 (27,0)	1,000	110 (25,4)	323 (74,6)	1,000				163 (37,6)	270 (62,4)	1,000	433 (94,3)
	Sim	16 (61,5)	10 (38,5)		6 (23,1)	20 (76,9)					9 (34,6)	17 (65,4)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	129 (75,0)	43 (25,0)	1,000	56 (32,6)	116 (67,4)	0,167	163 (94,8)	9 (5,2)	1,000				172 (37,5)
	Sim	203 (70,7)	84 (29,3)		60 (20,9)	227 (79,1)		270 (94,1)	17 (5,9)					287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	314 (73,9)	111 (26,1)	0,335	111 (26,1)	314 (73,9)	1,000	400 (94,1)	25 (5,9)	n.a.	164 (38,6)	261 (61,4)	1,000	425 (92,6)
	Sim	18 (52,9)	16 (47,1)		5 (14,7)	29 (85,3)		33 (97,1)	1 (2,9)		8 (23,5)	26 (76,5)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	307 (72,6)	116 (27,4)	1,000	108 (25,5)	315 (74,5)	1,000	400 (94,6)	23 (5,4)	n.a.	159 (37,6)	264 (62,4)	1,000	423 (92,2)
	Sim	25 (69,4)	11 (30,6)		8 (22,2)	28 (77,8)		33 (91,7)	3 (8,3)		13 (36,1)	23 (63,9)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	213 (78,0)	60 (22,0)	0,030	77 (28,2)	196 (71,8)	1,000	264 (96,7)	9 (3,3)	0,269	108 (39,6)	165 (60,4)	1,000	273 (59,5)
	Sim	119 (64,0)	67 (36,0)		39 (21,0)	147 (79,0)		169 (90,9)	17 (9,1)		64 (34,4)	122 (65,6)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	245 (74,0)	86 (26,0)	1,000	91 (27,5)	240 (72,5)	1,000	310 (93,7)	21 (6,3)	1,000	134 (40,5)	197 (59,5)	0,898	331 (72,1)
	Sim	87 (68,0)	41 (32,0)		25 (19,5)	103 (80,5)		123 (96,1)	5 (3,9)		38 (29,7)	90 (70,3)		128 (27,9)
Total		332 (72,3)	127 (27,7)		116 (25,3)	343 (74,7)		433 (94,3)	26 (5,7)		172 (37,5)	287 (62,5)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Outras doenças cardiovasculares			Hipertensão arterial			Anemia			Dislipidemia			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Doenças da tiroide	Não	297 (75,4)	97 (24,6)	0,012	99 (25,1)	295 (74,9)	1,000	374 (94,9)	20 (5,1)	n.a.	153 (38,8)	241 (61,2)	1,000	394 (85,8)
	Sim	35 (53,8)	30 (46,2)		17 (26,2)	48 (73,8)		59 (90,8)	6 (9,2)		19 (29,2)	46 (70,8)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	298 (73,8)	106 (26,2)	1,000	105 (26,0)	299 (74,0)	1,000	387 (95,8)	17 (4,2)	n.a.	156 (38,6)	248 (61,4)	1,000	404 (88,0)
	Sim	34 (61,8)	21 (38,2)		11 (20,0)	44 (80,0)		46 (83)	9 (16,4)		16 (29,1)	39 (70,9)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	271 (72,8)	101 (27,2)	1,000	95 (25,5)	277 (74,5)	1,000	352 (94,6)	20 (5,4)	n.a.	139 (37,4)	233 (62,6)	1,000	372 (81,0)
	Sim	61 (70,1)	26 (29,9)		21 (24,1)	66 (75,9)		81 (93,1)	6 (6,9)		33 (37,9)	54 (62,1)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	153 (74,6)	52 (25,4)	1,000	57 (27,8)	148 (72,2)	1,000	199 (97,1)	6 (2,9)	0,557	84 (41,0)	121 (59,0)	1,000	205 (44,7)
	Sim	179 (70,5)	75 (29,5)		59 (23,2)	195 (76,8)		234 (92,1)	20 (7,9)		88 (34,6)	166 (65,4)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	241 (73,5)	87 (26,5)	1,000	85 (25,9)	243 (74,1)	1,000	311 (94,8)	17 (5,2)	1,000	133 (40,5)	195 (59,5)	0,728	328 (71,5)
	Sim	91 (69,5)	40 (30,5)		31 (23,7)	100 (76,3)		122 (93,1)	9 (6,9)		39 (29,8)	92 (70,2)		131 (28,5)
Insónia	Não	246 (74,8)	83 (25,2)	1,000	78 (23,7)	251 (76,3)	1,000	317 (96,4)	12 (3,6)	0,128	125 (38,0)	204 (62,0)	1,000	329 (71,7)
	Sim	86 (66,2)	44 (33,8)		38 (29,2)	92 (70,8)		116 (89,2)	14 (10,8)		47 (36,2)	83 (63,8)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	331 (72,6)	125 (27,4)	n.a.	116 (25,4)	340 (74,6)	n.a.	430 (94,3)	26 (5,7)	n.a.	172 (37,7)	284 (62,3)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	3 (100,0)		3 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	3 (100,0)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	331 (72,7)	124 (27,3)	n.a.	114 (25,1)	341 (74,9)	n.a.	429 (94,3)	26 (5,7)	n.a.	171 (37,6)	284 (62,4)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	1 (25,0)	3 (75,0)		2 (50,0)	2 (50,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	324 (72,0)	126 (28,0)	n.a.	114 (25,3)	336 (74,3)	n.a.	425 (95,4)	25 (5,6)	n.a.	169 (37,6)	281 (62,4)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	8 (88,9)	1 (11,1)		2 (22,2)	7 (77,8)		8 (88,9)	1 (11,1)		3 (33,3)	6 (66,7)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	321 (72,6)	121 (27,4)	n.a.	114 (25,8)	328 (74,2)	n.a.	417 (94,3)	25 (5,7)	n.a.	167 (37,8)	275 (62,2)	1,000	442 (96,3)
	Sim	11 (64,7)	6 (35,3)		2 (11,8)	15 (88,2)		16 (94,3)	1 (5,9)		5 (29,4)	12 (70,6)		17 (3,7)
Total		332 (72,3)	127 (27,7)		116 (25,3)	343 (74,7)		433 (94,3)	26 (5,7)		172 (37,5)	287 (62,5)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Gota/ ácido úrico elevado			Doenças oncológicas			Doenças/ problemas gastrointestinais			Excesso de peso/ obesidade			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	278 (91,4)	26 (8,6)	1,000	280 (92,1)	24 (7,9)	1,000	181 (59,5)	123 (40,5)	1,000	238 (78,3)	66 (21,7)	<0,001	304 (66,2)
	Sim	147 (94,8)	8 (5,2)		143 (92,1)	12 (7,7)		92 (59,4)	63 (40,6)		93 (60,0)	62 (40,0)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	407 (92,9)	31 (7,1)	n.a	402 (91,8)	36 (8,2)	n.a	263 (60,0)	175 (40,0)	1,000	318 (72,6)	120 (27,4)	1,000	438 (95,4)
	Sim	18 (85,7)	3 (14,3)		21 (100,0)	0 (0,0)		10 (47,6)	11 (52,4)		13 (61,9)	8 (38,1)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório	Não	401 (93,3)	29 (6,7)	n.a	399 (92,8)	31 (7,2)	n.a	257 (59,8)	173 (40,2)	1,000	311 (72,3)	119 (27,7)	1,000	430 (93,7)
	Sim	24 (82,8)	5 (17,2)		24 (82,8)	5 (17,2)		16 (55,2)	13 (44,8)		20 (69,0)	9 (31,0)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	314 (93,2)	23 (6,8)	1,000	310 (92,0)	27 (8,0)	1,000	209 (62,0)	128 (38,0)	1,000	247 (73,3)	90 (26,7)	1,000	337 (73,4)
	Sim	111 (91,0)	11 (9,0)		113 (92,6)	9 (7,4)		64 (52,5)	58 (47,5)		84 (68,9)	38 (31,1)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	314 (94,6)	18 (5,4)	0,335	307 (92,5)	25 (7,5)	1,000	213 (64,2)	119 (35,8)	0,030	245 (73,8)	87 (26,2)	1,000	332 (72,3)
	Sim	111 (87,4)	16 (12,6)		116 (91,3)	11 (8,7)		60 (47,2)	67 (52,8)		86 (67,7)	41 (32,3)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	111 (95,7)	5 (4,3)	1,000	108 (93,1)	8 (6,9)	1,000	77 (66,4)	39 (33,6)	1,000	91 (78,4)	25 (21,6)	1,000	116 (25,3)
	Sim	314 (91,5)	29 (8,5)		315 (91,8)	28 (8,2)		196 (57,1)	147 (42,9)		240 (70,0)	103 (30,0)		343 (74,7)
Anemia	Não	400 (92,4)	33 (7,6)	n.a	400 (92,4)	33 (7,6)	n.a	264 (61,0)	169 (39,0)	0,269	310 (71,6)	123 (28,4)	1,000	433 (94,3)
	Sim	25 (96,2)	1 (3,8)		23 (88,5)	3 (11,5)		9 (34,6)	17 (65,4)		21 (80,8)	5 (19,2)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	164 (95,3)	8 (4,7)	1,000	159 (92,4)	13 (7,6)	1,000	108 (62,8)	64 (37,2)	1,000	134 (77,9)	38 (22,1)	0,898	172 (37,5)
	Sim	261 (90,9)	26 (9,1)		264 (92,0)	23 (8,0)		165 (57,5)	122 (42,5)		197 (68,6)	90 (31,4)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não				394 (92,7)	31 (7,3)	n.a	254 (59,8)	171 (40,2)	1,000	312 (73,4)	113 (26,6)	0,983	425 (92,6)
	Sim				29 (85,3)	5 (14,7)		19 (55,9)	15 (44,1)		19 (55,9)	15 (44,1)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	394 (93,1)	29 (6,9)	n.a				248 (58,6)	175 (41,4)	1,000	304 (71,9)	119 (28,1)	1,000	423 (92,2)
	Sim	31 (86,1)	5 (13,9)					25 (69,4)	11 (30,6)		27 (75,0)	9 (25,0)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	254 (93,0)	19 (7,0)	1,000	248 (90,8)	25 (9,2)	1,000				204 (74,7)	69 (25,3)	1,000	273 (59,5)
	Sim	171 (91,9)	15 (8,1)		175 (94,1)	11 (5,9)					127 (68,3)	59 (31,7)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	312 (94,3)	19 (5,7)	0,983	304 (91,8)	27 (8,2)	1,000	204 (61,6)	127 (38,4)	1,000				331 (72,1)
	Sim	113 (88,3)	15 (11,7)		119 (93,0)	9 (7,0)		69 (53,9)	59 (46,1)					128 (27,9)
Total		425 (92,6)	34 (7,7)		423 (92,2)	36 (7,8)		273 (59,5)	186 (40,5)		331 (72,1)	128 (27,9)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Gota/ ácido úrico elevado			Doenças oncológicas			Doenças/ problemas gastrointestinais			Excesso de peso/ obesidade			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Doenças da tiroide	Não	368 (93,4)	26 (6,6)	n.a	362 (91,9)	32 (8,1)	1,000	251 (63,7)	143 (36,3)	<0,001	284 (72,1)	110 (27,9)	1,000	394 (85,8)
	Sim	57 (87,7)	8 (12,3)		61 (93,8)	4 (6,2)		22 (33,8)	43 (66,2)		47 (72,3)	18 (27,7)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	380 (94,1)	24 (5,9)	n.a	371 (91,8)	33 (8,2)	n.a	244 (60,4)	160 (39,6)	1,000	296 (73,3)	108 (26,7)	1,000	404 (88,0)
	Sim	45 (81,8)	10 (18,2)		52 (94,5)	3 (5,5)		29 (52,7)	26 (47,3)		35 (63,6)	20 (36,4)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	345 (92,7)	27 (7,3)	1,000	342 (91,9)	30 (8,1)	1,000	239 (64,2)	133 (35,8)	<0,001	275 (73,9)	97 (26,1)	1,000	372 (81,0)
	Sim	80 (92,0)	7 (8,0)		81 (93,1)	6 (6,9)		34 (39,1)	53 (60,9)		56 (64,4)	31 (35,6)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	191 (93,2)	14 (6,8)	1,000	189 (92,2)	16 (7,8)	1,000	149 (72,7)	56 (27,3)	0,000	162 (79,0)	43 (21,0)	0,074	205 (44,7)
	Sim	234 (92,1)	20 (7,9)		234 (92,1)	20 (7,9)		124 (48,8)	130 (51,2)		169 (66,5)	85 (33,5)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	307 (93,6)	21 (6,4)	1,000	307 (93,6)	21 (6,4)	1,000	209 (63,7)	119 (36,3)	0,097	249 (75,9)	79 (24,1)	0,122	328 (71,5)
	Sim	118 (90,1)	13 (9,9)		116 (88,5)	15 (11,5)		64 (48,9)	67 (51,1)		82 (62,6)	49 (37,4)		131 (28,5)
Insónia	Não	302 (91,8)	27 (8,2)	1,000	305 (92,7)	24 (7,3)	1,000	213 (64,7)	116 (35,3)	<0,001	245 (74,5)	84 (25,5)	1,000	329 (71,7)
	Sim	123 (94,6)	7 (5,4)		118 (90,8)	12 (9,2)		60 (46,2)	70 (53,8)		86 (66,2)	44 (33,8)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	422 (92,5)	34 (7,5)	n.a	420 (92,1)	36 (7,9)	n.a	273 (59,9)	183 (40,1)	n.a	329 (72,1)	127 (27,9)	n.a	456 (99,3)
	Sim	3 (100,0)	0 (0,0)		3 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	3 (100,0)		2 (66,7)	1 (33,3)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	421 (92,5)	34 (7,5)	n.a	419 (92,1)	36 (7,9)	n.a	270 (59,3)	185 (40,7)	n.a	327 (71,9)	128 (28,1)	n.a	455 (99,1)
	Sim	4 (100,0)	0 (0,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		3 (75,0)	1 (25,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	416 (92,4)	34 (7,6)	n.a	416 (92,4)	34 (7,6)	n.a	266 (59,1)	184 (40,9)	n.a	322 (71,6)	128 (28,4)	n.a	450 (98,0)
	Sim	9 (100,0)	0 (0,0)		7 (77,8)	2 (22,2)		7 (77,8)	2 (22,2)		9 (100,0)	0 (0,0)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	408 (92,3)	34 (7,7)	n.a	407 (92,1)	35 (7,9)	n.a	268 (60,6)	174 (39,4)	0,269	320 (72,4)	122 (27,6)	n.a	442 (96,3)
	Sim	17 (100,0)	0 (0,0)		16 (94,1)	1 (5,9)		5 (29,4)	12 (70,6)		11 (64,7)	6 (35,3)		17 (3,7)
Total		425 (92,6)	34 (7,7)		423 (92,2)	36 (7,8)		273 (59,5)	186 (40,5)		331 (72,1)	128 (27,9)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Doenças da tiroide			Doenças renais			Doenças/ problemas respiratórios			Doenças/ problemas osteoarticulares			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	264 (86,8)	40 (13,2)	1,000	274 (90,1)	30 (9,9)	1,000	247 (81,3)	57 (18,8)	1,000	138 (45,4)	166 (54,6)	1,000	304 (66,2)
	Sim	130 (83,9)	25 (16,1)		130 (83,9)	25 (16,1)		125 (80,6)	30 (19,4)		67 (43,2)	88 (56,8)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	374 (85,4)	64 (14,6)	n.a.	390 (89,0)	48 (11,0)	n.a.	358 (81,7)	80 (18,3)	n.a.	196 (44,7)	242 (55,3)	1,000	438 (95,4)
	Sim	20 (95,2)	1 (4,8)		14 (66,7)	7 (33,3)		14 (66,7)	7 (33,3)		9 (42,9)	12 (57,1)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	367 (85,3)	63 (14,7)	n.a.	380 (88,4)	50 (11,6)	n.a.	349 (81,2)	81 (18,8)	1,000	190 (44,2)	240 (55,8)	1,000	430 (93,7)
	Sim	27 (93,1)	2 (6,9)		24 (82,8)	5 (17,2)		23 (79,3)	6 (20,7)		15 (51,7)	14 (48,3)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	294 (87,2)	43 (12,8)	1,000	307 (91,1)	30 (8,9)	0,037	278 (82,5)	59 (17,5)	1,000	151 (44,8)	186 (55,2)	1,000	337 (73,4)
	Sim	100 (82,0)	22 (18,0)		97 (79,5)	25 (20,5)		94 (77,0)	28 (23,0)		54 (44,3)	68 (55,7)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	297 (89,5)	35 (10,5)	0,012	298 (89,8)	34 (10,2)	1,000	271 (81,6)	61 (18,4)	1,000	153 (46,1)	179 (53,9)	1,000	332 (72,3)
	Sim	97 (76,4)	30 (23,6)		106 (83,5)	21 (16,5)		101 (79,5)	26 (20,5)		52 (40,9)	75 (59,1)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	99 (85,3)	17 (14,7)	1,000	105 (90,5)	11 (9,5)	1,000	95 (81,9)	21 (18,1)	1,000	57 (49,1)	59 (50,9)	1,000	116 (25,3)
	Sim	295 (86,0)	48 (14,0)		299 (87,2)	44 (12,8)		277 (80,8)	66 (19,2)		148 (43,1)	195 (56,9)		343 (74,7)
Anemia	Não	374 (86,4)	59 (13,6)	n.a.	387 (89,4)	46 (10,6)	n.a.	352 (81,3)	81 (18,7)	n.a.	199 (46,0)	234 (54,0)	0,557	433 (94,3)
	Sim	20 (76,9)	6 (23,1)		17 (65,4)	9 (34,6)		20 (76,9)	6 (23,1)		6 (23,1)	20 (76,9)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	153 (89,0)	19 (11,0)	1,000	156 (90,7)	16 (9,3)	1,000	139 (80,8)	33 (19,2)	1,000	84 (48,8)	88 (51,2)	1,000	172 (37,5)
	Sim	241 (84,0)	46 (16,0)		248 (86,4)	39 (13,6)		233 (81,2)	54 (18,8)		121 (42,2)	166 (57,8)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	368 (86,6)	57 (13,4)	n.a.	380 (89,4)	45 (10,6)	n.a.	345 (81,2)	80 (18,8)	1,000	191 (44,9)	234 (55,1)	1,000	425 (92,6)
	Sim	26 (76,5)	8 (23,5)		24 (70,6)	10 (29,4)		27 (79,4)	7 (20,6)		14 (41,2)	20 (58,8)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	362 (85,6)	61 (14,4)	1,000	371 (87,7)	52 (12,3)	n.a.	342 (80,9)	81 (19,1)	1,000	189 (44,7)	234 (55,3)	1,000	423 (92,2)
	Sim	32 (88,9)	4 (11,1)		33 (91,7)	3 (8,3)		30 (83,3)	6 (16,7)		16 (44,4)	20 (55,6)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	251 (91,9)	22 (8,1)	0,000	244 (89,4)	29 (10,6)	1,000	239 (87,5)	34 (12,5)	0,001	149 (54,6)	124 (45,4)	<0,001	273 (59,5)
	Sim	143 (76,9)	43 (23,1)		160 (86,0)	26 (14,0)		133 (71,5)	53 (28,5)		56 (30,1)	130 (69,9)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	284 (85,8)	47 (14,2)	1,000	296 (89,4)	35 (10,6)	1,000	275 (83,1)	56 (16,9)	1,000	162 (48,9)	169 (51,1)	0,074	331 (72,1)
	Sim	110 (85,9)	18 (14,1)		108 (84,4)	20 (15,6)		97 (75,8)	31 (24,2)		43 (33,6)	85 (66,4)		128 (27,9)
Total		394 (85,8)	65 (14,2)		404 (88,0)	55 (12,0)		372 (81,0)	87 (19,0)		205 (44,7)	254 (55,3)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Doenças da tiroide			Doenças renais			Doenças/ problemas respiratórios			Doenças/ problemas osteoarticulares			Total
		Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	Não	Sim	p*	
Doenças da tiroide	Não				349 (88,6)	45 (11,4)	1,000	327 (83,0)	67 (17,0)	0,344	191 (48,5)	203 (51,5)	0,001	394 (85,8)
	Sim				55 (84,6)	10 (15,4)		45 (69,2)	20 (30,8)		14 (21,5)	51 (78,5)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	349 (86,4)	55 (13,6)	1,000				330 (81,7)	74 (18,3)	1	182 (45,0)	222 (55,0)	1,000	404 (88,0)
	Sim	45 (81,8)	10 (18,2)					42 (76,4)	13 (23,6)		23 (41,8)	32 (58,2)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	327 (87,9)	45 (12,1)	0,344	330 (88,7)	42 (11,3)	1,000				177 (47,6)	195 (52,4)	0,256	372 (81,0)
	Sim	67 (77,0)	20 (23,0)		74 (85,1)	13 (14,9)					28 (32,2)	59 (67,8)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	191 (93,2)	14 (6,8)	0,001	182 (88,8)	23 (11,2)	1,000	177 (86,3)	28 (13,7)	0,256				205 (44,7)
	Sim	203 (79,9)	51 (20,1)		222 (87,4)	32 (12,6)		195 (76,8)	59 (23,2)					254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	291 (88,7)	37 (11,3)	0,161	295 (89,9)	33 (10,1)	1,000	275 (83,8)	53 (16,2)	0,394	162 (49,4)	166 (50,6)	0,028	328 (71,5)
	Sim	103 (78,6)	28 (21,4)		109 (83,2)	22 (16,8)		97 (74,0)	34 (26,0)		43 (32,8)	88 (67,2)		131 (28,5)
Insónia	Não	291 (88,4)	38 (11,6)	0,368	293 (89,1)	36 (10,9)	1,000	278 (84,5)	51 (15,5)	0,079	172 (52,3)	157 (47,7)	<0,001	329 (71,7)
	Sim	103 (79,2)	27 (20,8)		111 (85,4)	19 (14,6)		94 (72,3)	36 (27,7)		33 (25,4)	97 (74,6)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	391 (85,7)	65 (14,3)	n.a	401 (87,9)	55 (12,1)	n.a	371 (81,4)	85 (18,6)	n.a	203 (44,5)	253 (55,5)	n.a	456 (99,3)
	Sim	3 (100,0)	0 (0,0)		3 (100,0)	0 (0,0)		1 (33,3)	2 (66,7)		2 (66,7)	1 (33,3)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	390 (85,7)	65 (14,3)	n.a	403 (88,6)	52 (11,4)	n.a	370 (81,3)	85 (18,7)	n.a	204 (44,8)	251 (55,2)	n.a	455 (99,1)
	Sim	4 (100,0)	0 (0,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		2 (50,0)	2 (50,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	386 (85,8)	64 (14,2)	n.a	397 (88,2)	53 (11,8)	n.a	366 (81,3)	84 (18,7)	n.a	198 (44,0)	252 (56,0)	n.a	450 (98,0)
	Sim	8 (88,9)	1 (11,1)		7 (77,8)	2 (22,2)		6 (66,7)	3 (33,3)		7 (77,8)	2 (22,2)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	383 (86,7)	59 (13,3)	n.a	388 (87,8)	54 (12,2)	n.a	360 (81,4)	82 (18,6)	n.a	200 (45,2)	242 (54,8)	1,000	442 (96,3)
	Sim	11 (64,7)	6 (35,3)		16 (94,1)	1 (5,9)		12 (70,6)	5 (29,4)		5 (29,4)	12 (70,6)		17 (3,7)
Total		394 (85,8)	65 (14,2)		404 (88,0)	55 (12,0)		372 (81,0)	87 (19,0)		205 (44,7)	254 (55,3)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Stresse, depressão, ansiedade			Insónia		Demências, doença de Alzheimer				Doença de Parkinson			Total
		Não	Sim	P	Não	Sim	P	Não	Sim	P	Não	Sim	P	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	227 (74,7)	77 (25,3)	0,834	220 (72,4)	84 (27,6)	1,000	303 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	304 (100,0)	0 (0,0)	n.a.	304 (66,2)
	Sim	101 (65,2)	54 (34,8)		109 (70,3)	46 (29,7)		153 (98,7)	2 (1,3)		151 (97,4)	4 (2,6)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	314 (71,7)	124 (28,3)	1,000	314 (71,7)	124 (28,3)	1,000	436 (99,5)	2 (0,5)	n.a.	434 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	438 (95,4)
	Sim	14 (66,7)	7 (33,3)		15 (71,4)	6 (28,6)		20 (95,2)	1 (4,8)		21 (100,0)	0 (0,0)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório	Não	309 (71,9)	121 (28,1)	1,000	307 (71,4)	123 (28,6)	1,000	428 (99,5)	2 (0,5)	n.a.	427 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	430 (93,7)
	Sim	19 (65,5)	10 (34,5)		22 (75,9)	7 (24,1)		28 (96,6)	1 (3,4)		28 (96,6)	1 (3,4)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	245 (72,7)	92 (27,3)	1,000	249 (73,9)	88 (26,1)	1,000	335 (99,4)	2 (0,6)	n.a.	335 (99,4)	2 (0,6)	n.a.	337 (73,4)
	Sim	83 (68,0)	39 (32,0)		80 (65,6)	42 (34,4)		121 (99,2)	1 (0,8)		120 (98,4)	2 (1,6)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	241 (72,6)	91 (27,4)	1,000	246 (74,1)	86 (25,9)	1,000	331 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	331 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	332 (72,3)
	Sim	87 (68,5)	40 (31,5)		83 (65,4)	44 (34,6)		125 (98,4)	2 (1,6)		124 (97,6)	3 (2,4)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	85 (73,3)	31 (26,7)	1,000	78 (67,2)	38 (32,8)	1,000	116 (100,0)	0 (0,0)	n.a.	114 (98,3)	2 (1,7)	n.a.	116 (25,3)
	Sim	243 (70,8)	100 (29,2)		251 (73,2)	92 (26,8)		340 (99,1)	3 (0,7)		341 (99,4)	2 (0,6)		343 (74,7)
Anemia	Não	311 (71,8)	122 (28,2)	1,000	317 (73,2)	116 (26,8)	0,128	430 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	429 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	433 (94,3)
	Sim	17 (65,4)	9 (34,6)		12 (46,2)	14 (53,8)		26 (100,0)	0 (0,0)		26 (100,0)	0 (0,0)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	133 (77,3)	39 (22,7)	0,728	125 (72,7)	47 (27,3)	1,000	172 (100,0)	0 (0,0)	n.a.	171 (99,4)	1 (0,6)	n.a.	172 (37,5)
	Sim	195 (67,9)	92 (32,1)		204 (71,1)	83 (28,9)		284 (99,0)	3 (1,0)		284 (99,0)	3 (1,0)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	307 (72,2)	118 (27,8)	1,000	302 (71,1)	123 (28,9)	1,000	422 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	421 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	425 (92,6)
	Sim	21 (61,8)	13 (38,2)		27 (79,4)	7 (20,6)		34 (100,0)	0 (0,0)		34 (100,0)	0 (0,0)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	307 (72,6)	116 (27,4)	1,000	305 (72,1)	118 (27,9)	1,000	420 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	419 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	423 (92,2)
	Sim	21 (58,3)	15 (41,7)		24 (66,7)	12 (33,3)		36 (100,0)	0 (0,0)		36 (100,0)	0 (0,0)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	209 (76,6)	64 (23,4)	0,097	213 (78,0)	60 (22,0)	0,007	273 (100,0)	0 (0,0)	n.a.	270 (98,9)	3 (1,1)	n.a.	273 (59,5)
	Sim	119 (64,0)	67 (36,0)		116 (62,4)	70 (37,6)		183 (98,4)	3 (1,6)		185 (99,5)	1 (0,5)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	249 (75,2)	82 (24,8)	0,122	245 (74,0)	86 (26,0)	1,000	329 (99,4)	2 (0,6)	n.a.	327 (98,8)	4 (1,2)	n.a.	331 (72,1)
	Sim	79 (61,7)	49 (38,3)		84 (65,6)	44 (34,4)		127 (99,2)	1 (0,8)		128 (100,0)	0 (0,0)		128 (27,9)
Total		328 (71,5)	131 (28,5)		329 (71,7)	130 (28,3)		456 (99,3)	3 (0,7)		455 (99,1)	4 (0,9)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Stresse, depressão, ansiedade			Insónia		Demências, doença de Alzheimer				Doença de Parkinson			Total
		Não	Sim	P	Não	Sim	P	Não	Sim	P	Não	Sim	P	
Doenças da tiroide	Não	291 (73,9)	103 (26,1)	0,161	291 (73,9)	103 (26,1)	0,368	391 (99,2)	3 (0,8)	n.a.	390 (99,0)	4 (1,0)	n.a.	394 (85,8)
	Sim	37 (56,9)	28 (43,1)		38 (58,5)	27 (41,5)		65 (100,0)	0 (0,0)		65 (100,0)	0 (0,0)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	295 (73,0)	109 (27,0)	1,000	293 (72,5)	111 (27,5)	1,000	401 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	403 (99,8)	1 (0,2)	n.a.	404 (88,0)
	Sim	33 (60,0)	22 (40,0)		36 (65,5)	19 (34,5)		55 (100,0)	0 (0,0)		52 (94,5)	3 (5,5)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	275 (73,9)	97 (26,1)	0,394	278 (74,7)	94 (25,3)	0,079	371 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	370 (99,5)	2 (0,5)	n.a.	372 (81,0)
	Sim	53 (60,9)	34 (39,1)		51 (58,6)	36 (41,4)		85 (97,7)	2 (2,3)		85 (97,7)	2 (2,3)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	162 (79,0)	43 (21,0)	0,028	172 (83,9)	33 (16,1)	<0,001	203 (99,0)	2 (1,0)	n.a.	204 (99,5)	1 (0,5)	n.a.	205 (44,7)
	Sim	166 (65,4)	88 (34,6)		157 (61,8)	97 (38,2)		253 (99,6)	1 (0,4)		251 (98,8)	3 (1,2)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não				259 (79,0)	69 (21,0)	<0,001	327 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	327 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	328 (71,5)
	Sim				70 (53,4)	61 (46,6)		129 (98,5)	2 (1,5)		128 (97,7)	3 (2,3)		131 (28,5)
Insónia	Não	259 (78,7)	70 (21,3)	<0,001				327 (99,4)	2 (0,6)	n.a.	328 (99,7)	1 (0,3)	n.a.	329 (71,7)
	Sim	69 (53,1)	61 (46,9)					129 (99,2)	1 (0,8)		127 (97,7)	3 (2,3)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	327 (71,7)	129 (28,3)	n.a	327 (71,7)	129 (28,3)	n.a				452 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)		2 (66,7)	1 (33,3)					3 (100,0)	0 (0,0)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	327 (71,9)	128 (28,1)	n.a	328 (72,1)	127 (27,9)	n.a	452 (99,3)	3 (0,7)	n.a.				455 (99,1)
	Sim	1 (25,0)	3 (75,0)		1 (25,0)	3 (75,0)		4 (100,0)	0 (0,0)					4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	322 (71,6)	128 (28,4)	n.a	323 (71,8)	127 (28,2)	n.a	447 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	446 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	450 (98,0)
	Sim	6 (66,7)	3 (33,3)		6 (66,7)	3 (33,3)		9 (100,0)	0 (0,0)		9 (100,0)	0 (0,0)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	316 (71,5)	126 (28,5)	n.a	317 (71,7)	125 (28,3)	n.a	439 (99,3)	3 (0,7)	n.a.	438 (99,1)	4 (0,9)	n.a.	442 (96,3)
	Sim	12 (70,6)	5 (29,4)		12 (70,6)	5 (29,4)		17 (100,0)	0 (0,0)		17 (100,0)	0 (0,0)		17 (3,7)
Total		328 (71,5)	131 (28,5)		329 (71,7)	130 (28,3)		456 (99,3)	3 (0,7)		455 (99,1)	4 (0,9)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Outras doenças/ problemas do sistema nervoso			Alergias/ intolerâncias alimentares			Total
		Não	Sim	P	Não	Sim	P	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	298 (98,0)	6 (2,0)	n.a.	292 (96,1)	12 (3,9)	1,000	304 (66,2)
	Sim	152 (98,0)	3 (1,9)		150 (96,1)	5 (3,2)		155 (33,8)
Enfarte agudo do miocárdio	Não	430 (98,2)	8 (1,8)	n.a.	421 (96,1)	17 (3,9)	n.a.	438 (95,4)
	Sim	20 (95,2)	1 (4,8)		21 (100,0)	0 (0,0)		21 (4,6)
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	421 (97,9)	9 (2,1)	n.a.	414 (96,3)	16 (3,7)	n.a.	430 (93,7)
	Sim	29 (100,0)	0 (0,0)		28 (96,6)	1 (3,4)		29 (6,3)
Hipercoagulação	Não	330 (97,9)	7 (2,1)	n.a.	323 (95,8)	14 (4,2)	n.a.	337 (73,4)
	Sim	120 (98,4)	2 (1,6)		119 (97,5)	3 (2,5)		122 (26,6)
Outras doenças cardiovasculares	Não	324 (97,6)	8 (2,4)	n.a.	321 (96,7)	11 (3,3)	n.a.	332 (72,3)
	Sim	126 (99,2)	1 (0,8)		121 (95,3)	6 (4,7)		127 (27,7)
Hipertensão arterial	Não	114 (98,3)	2 (1,7)	n.a.	114 (98,3)	2 (1,7)	n.a.	116 (25,3)
	Sim	336 (98,0)	7 (2,0)		328 (95,6)	15 (4,4)		343 (74,7)
Anemia	Não	425 (98,2)	8 (1,8)	n.a.	417 (96,3)	16 (3,7)	n.a.	433 (94,3)
	Sim	25 (98,2)	1 (3,8)		25 (96,2)	1 (3,8)		26 (5,7)
Dislipidemia	Não	169 (98,3)	3 (1,7)	n.a.	167 (97,1)	5 (2,9)	1,000	172 (37,5)
	Sim	281 (97,9)	6 (2,1)		275 (95,8)	12 (4,2)		287 (62,5)
Gota/ ácido úrico elevado	Não	416 (97,9)	9 (2,1)	n.a.	408 (96,0)	17 (4,0)	n.a.	425 (92,6)
	Sim	34 (100,0)	0 (0,0)		34 (100,0)	0 (0,0)		34 (7,4)
Doenças oncológicas	Não	416 (98,3)	7 (1,7)	n.a.	407 (96,2)	16 (3,8)	n.a.	423 (92,2)
	Sim	34 (94,4)	2 (5,6)		35 (97,2)	1 (2,8)		36 (7,8)
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	266 (97,4)	7 (2,6)	n.a.	268 (98,2)	5 (1,8)	0,269	273 (59,5)
	Sim	184 (98,9)	2 (1,1)		174 (93,5)	12 (6,5)		186 (40,5)
Excesso de peso/ obesidade	Não	322 (97,3)	9 (2,7)	n.a.	320 (96,7)	11 (3,3)	n.a.	331 (72,1)
	Sim	128 (100,0)	0 (0,0)		122 (95,3)	6 (4,7)		128 (27,9)
Total		450 (98,0)	9 (2,0)		442 (96,3)	17 (3,7)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 11 - Relação das doenças/ problemas de saúde entre si (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Outras doenças/ problemas do sistema nervoso			Alergias/ intolerâncias alimentares			Total
		Não	Sim	P	Não	Sim	P	
Doenças da tiroide	Não	386 (98,0)	8 (2,0)	n.a.	383 (97,2)	11 (2,8)	n.a.	394 (85,8)
	Sim	64 (98,5)	1 (1,5)		59 (90,8)	6 (9,2)		65 (14,2)
Doenças renais	Não	397 (98,3)	7 (1,7)	n.a.	388 (96,0)	16 (4,0)	n.a.	404 (88,0)
	Sim	53 (96,4)	2 (3,6)		54 (98,2)	1 (1,8)		55 (12,0)
Doenças/ problemas respiratórios	Não	366 (98,4)	6 (1,6)	n.a.	360 (96,8)	12 (3,2)	n.a.	372 (81,0)
	Sim	84 (96,6)	3 (3,4)		82 (94,3)	5 (5,7)		87 (19,0)
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	198 (96,6)	7 (3,4)	n.a.	200 (97,6)	5 (2,4)	1,000	205 (44,7)
	Sim	252 (99,2)	2 (0,8)		242 (95,3)	12 (4,7)		254 (55,3)
Stresse, depressão, ansiedade	Não	322 (98,2)	6 (1,8)	n.a.	316 (96,3)	12 (3,7)	n.a.	328 (71,5)
	Sim	128 (97,7)	3 (2,3)		126 (96,2)	5 (3,8)		131 (28,5)
Insónia	Não	323 (98,2)	6 (1,8)	n.a.	317 (96,4)	12 (3,6)	n.a.	329 (71,7)
	Sim	127 (97,7)	3 (2,3)		125 (96,2)	5 (3,8)		130 (28,3)
Demências, doença de Alzheimer	Não	447 (98,0)	9 (2,0)	n.a.	439 (96,3)	17 (3,7)	n.a.	456 (99,3)
	Sim	3 (100,0)	0 (0,0)		3 (100,0)	0 (0,0)		3 (0,7)
Doença de Parkinson	Não	446 (98,0)	9 (2,0)	n.a.	438 (96,3)	17 (3,7)	n.a.	455 (99,1)
	Sim	4 (100,0)	0 (0,0)		4 (100,0)	0 (0,0)		4 (0,9)
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não				433 (96,2)	17 (3,8)	n.a.	450 (98,0)
	Sim				9 (100,0)	0 (0,0)		9 (2,0)
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	433 (98,0)	9 (2,0)	n.a.				442 (96,3)
	Sim	17 (100,0)	0 (0,0)					17 (3,7)
Total		450 (98,0)	9 (2,0)		442 (96,3)	17 (3,7)		459 (100,0)

p: Teste de Fisher; n.a. - não aplicável.

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 12 - Relação entre problemas relacionados com os órgãos dos sentidos com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional (tabela completa).

	Sim/ Não	Estado ponderal (1)				p
		Baixo peso	Normoponderal	Excesso de peso	Total	
SAÚDE ORAL*						
Xerostomia	Sim	12 (5,6)	59 (27,6)	143 (66,8)	214 (48,1)	1,000
	Não	22 (9,5)	54 (23,4)	155 (67,1)	231 (51,9)	
Problemas de mastigação	Sim	11 (10,2)	30 (27,8)	67 (62,0)	108 (24,3)	1,000
	Não	23 (6,8)	83 (24,6)	231 (68,5)	337 (75,7)	
Problemas de deglutição	Sim	3 (5,9)	11 (21,6)	37 (72,5)	51 (11,5)	1,000
	Não	31 (7,9)	102 (25,9)	261 (66,2)	394 (88,5)	
Edentulismo	Sim	33 (8,0)	101 (24,6)	276 (67,3)	410 (92,1)	1,000
	Não	1 (2,9)	12 (34,3)	22 (62,9)	35 (7,9)	
Prótese fixa ou móvel	Sim	21 (7,7)	71 (26,2)	179 (66,1)	271 (60,9)	1,000
	Não	13 (7,5)	42 (24,1)	119 (68,4)	174 (39,1)	
Cancro oral	Sim	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,7)	1,000
	Não	34 (7,7)	111 (25,1)	297 (67,2)	442 (99,3)	
Dor oro-facial	Sim	2 (4,4)	11 (24,4)	32 (71,1)	45 (10,1)	1,000
	Não	32 (8,0)	102 (25,5)	266 (66,5)	400 (89,9)	
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**						
Problemas de visão	Não	34 (8,1)	103 (24,5)	284 (67,5)	421 (94,6)	1,000
	Sim	0 (0,0)	10 (41,7)	14 (58,3)	24 (5,4)	
Problemas de audição	Não	17 (9,0)	49 (26,1)	122 (64,9)	188 (42,2)	1,000
	Sim	17 (6,6)	64 (24,9)	176 (68,5)	257 (57,8)	
Problemas de olfato	Não	6 (9,8)	16 (26,2)	39 (63,9)	61 (13,7)	1,000
	Sim	28 (7,3)	97 (25,3)	259 (67,4)	384 (86,3)	
Problemas de paladar	Não	4 (14,3)	8 (28,6)	16 (57,1)	28 (6,3)	1,000
	Sim	30 (7,2)	105 (25,2)	282 (67,6)	417 (93,7)	
Problemas com o tato	Não	10 (8,8)	25 (22,1)	78 (69,0)	113 (25,4)	1,000
	Sim	24 (7,2)	88 (26,5)	220 (66,3)	332 (74,6)	
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO***						
Problemas de mobilidade	Não	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	7 (1,6)	0,102
	Sim	31 (7,1)	110 (25,1)	297 (67,8)	438 (98,4)	
Problemas de equilíbrio	Não	30 (7,2)	108 (25,8)	281 (67,1)	419 (94,2)	1,000
	Sim	4 (15,4)	5 (19,2)	17 (65,4)	26 (5,8)	
Perda de força muscular	Não	30 (7,4)	108 (26,5)	270 (66,2)	408 (91,7)	1,000
	Sim	4 (10,8)	5 (133,5)	28 (75,7)	37 (8,3)	
Alterações ou dores articulares	Não	27 (7,8)	92 (26,7)	225 (65,4)	344 (77,3)	0,364
	Sim	7 (6,9)	21 (20,8)	73 (72,3)	101 (22,7)	
Total		34 (7,6)	113 (25,4)	298 (67,0)	445 (100,0)	

p: Teste de Mann-Whitney; (1) avaliado através do índice de massa corporal e classificado segundo os critérios de Lipschitz (1994).

*p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral.

**p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos.

***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético.

Tabela 12 - Relação entre problemas relacionados com os órgãos dos sentidos com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional (tabela completa - continuação).

	Sim/ Não	Risco cardiovascular (2)				p
		Normal	Risco aumentado	Risco muito aumentado	Total	
SAÚDE ORAL*						
Xerostomia	Sim	29 (12,9)	48 (21,4)	147 (65,6)	224 (49,0)	1,000
	Não	43 (18,5)	66 (28,3)	124 (53,2)	233 (51,0)	
Problemas de mastigação	Sim	17 (15,3)	27 (24,3)	67 (60,4)	111 (24,3)	1,000
	Não	55 (15,9)	87 (25,1)	204 (59,0)	346 (75,7)	
Problemas de deglutição	Sim	4 (7,5)	12 (22,6)	37 (69,8)	53 (11,6)	1,000
	Não	68 (16,8)	102 (25,2)	234 (57,9)	404 (88,4)	
Edentulismo	Sim	69 (16,4)	102 (24,2)	251 (59,5)	422 (92,3)	1,000
	Não	3 (8,6)	12 (34,3)	20 (57,1)	35 (7,7)	
Prótese fixa ou móvel	Sim	41 (14,6)	72 (25,7)	167 (59,6)	280 (61,3)	0,363
	Não	31 (17,5)	42 (23,7)	104 (58,8)	177 (38,7)	
Cancro oral	Sim	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,7)	1,000
	Não	72 (15,9)	112 (24,7)	270 (59,5)	454 (99,3)	
Dor oro-facial	Sim	4 (8,9)	10 (22,2)	31 (68,9)	45 (9,8)	1,000
	Não	68 (16,5)	104 (25,2)	240 (58,3)	412 (90,2)	
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**						
Problemas de visão	Não	70 (16,2)	108 (24,9)	255 (58,9)	433 (94,7)	1,000
	Sim	2 (8,3)	6 (25,0)	16 (66,7)	24 (5,3)	
Problemas de audição	Não	28 (14,4)	52 (26,7)	115 (59,0)	195 (42,7)	1,000
	Sim	44 (16,8)	62 (23,7)	156 (59,5)	262 (57,3)	
Problemas de olfato	Não	9 (14,3)	19 (30,2)	35 (55,6)	63 (13,8)	1,000
	Sim	63 (16,0)	95 (24,1)	236 (59,9)	394 (86,2)	
Problemas de paladar	Não	3 (9,7)	9 (29,0)	19 (61,3)	31 (6,8)	1,000
	Sim	69 (16,2)	105 (24,6)	252 (59,2)	426 (93,2)	
Problemas com o tato	Não	15 (12,7)	24 (20,3)	79 (66,9)	118 (25,8)	1,000
	Sim	57 (16,8)	90 (26,5)	192 (56,6)	339 (74,2)	
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO***						
Problemas de mobilidade	Não	1 (9,1)	2 (18,2)	8 (72,7)	11 (2,4)	1,000
	Sim	71 (15,9)	112 (25,1)	263 (59,0)	446 (97,6)	
Problemas de equilíbrio	Não	67 (15,7)	111 (26,0)	249 (58,3)	427 (93,4)	1,000
	Sim	5 (16,7)	3 (10,0)	22 (73,3)	30 (6,6)	
Perda de força muscular	Não	71 (17,1)	107 (25,8)	237 (57,1)	415 (90,8)	1,000
	Sim	1 (2,4)	7 (16,7)	34 (81,0)	42 (9,2)	
Alterações ou dores articulares	Não	63 (18,2)	92 (26,5)	192 (55,3)	347 (75,9)	1,000
	Sim	9 (8,2)	22 (20,0)	79 (71,8)	110 (24,1)	
Total		72 (15,8)	114 (24,9)	271 (59,3)	457 (100,0)	

p: Teste de Mann-Whitney; (2) relação com o perímetro da cintura, classificado segundo os critérios da Direção Geral da Saúde (2005).

*p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral.

**p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos.

***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético.

Tabela 12 - Relação entre problemas relacionados com os órgãos dos sentidos com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional (tabela completa - continuação).

	Sim/ Não	Estado nutricional (3)			p
		Adequado	Risco de desnutrição/ desnutrido	Total	
SAÚDE ORAL*					
Xerostomia	Sim	153 (68,0)	72 (32,0)	225 (49,0)	0,054
	Não	182 (77,8)	52 (22,2)	234 (51,0)	
Problemas de mastigação	Sim	78 (69,6)	34 (30,4)	112 (24,4)	0,497
	Não	257 (74,1)	90 (25,9)	347 (75,6)	
Problemas de deglutição	Sim	34 (63,0)	20 (37,0)	54 (11,8)	0,028
	Não	301 (74,3)	104 (25,7)	405 (88,2)	
Edentulismo	Sim	307 (72,4)	117 (27,6)	424 (92,4)	1,000
	Não	28 (80,0)	7 (20,0)	35 (7,6)	
Prótese fixa ou móvel	Sim	205 (72,7)	77 (27,3)	282 (61,4)	1,000
	Não	130 (73,4)	47 (26,6)	177 (38,6)	
Cancro oral	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (0,7)	1,000
	Não	334 (73,2)	122 (26,8)	456 (99,3)	
Dor oro-facial	Sim	22 (47,8)	24 (52,2)	46 (10,0)	0,004
	Não	313 (75,8)	100 (24,2)	413 (90,0)	
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**					
Problemas de visão	Não	318 (73,3)	116 (26,7)	434 (94,6)	1,000
	Sim	17 (68,0)	8 (32,0)	25 (5,4)	
Problemas de audição	Não	135 (68,9)	61 (31,1)	196 (42,7)	1,000
	Sim	200 (76,0)	63 (24,0)	263 (57,3)	
Problemas de olfato	Não	49 (77,8)	14 (22,2)	63 (13,7)	1,000
	Sim	286 (72,2)	110 (27,8)	396 (86,3)	
Problemas de paladar	Não	18 (58,1)	13 (41,9)	31 (6,8)	0,100
	Sim	317 (74,1)	111 (25,9)	428 (93,2)	
Problemas com o tato	Não	78 (65,5)	41 (34,5)	119 (25,9)	<0,001
	Sim	257 (75,6)	83 (24,4)	340 (74,1)	
ENVELHECIMENTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO***					
Problemas de mobilidade	Não	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (2,4)	0,001
	Sim	334 (74,6)	114 (25,4)	448 (97,6)	
Problemas de equilíbrio	Não	320 (74,6)	109 (25,4)	429 (93,5)	0,024
	Sim	15 (50,0)	15 (50,0)	30 (6,5)	
Perda de força muscular	Não	313 (75,1)	104 (24,9)	417 (90,8)	0,001
	Sim	22 (52,4)	20 (47,6)	42 (9,2)	
Alterações ou dores articulares	Não	265 (76,1)	83 (23,9)	348 (75,8)	0,114
	Sim	70 (63,1)	41 (36,9)	111 (24,2)	
Total		335 (73,0)	124 (27,0)	459 (100,0)	

p: Teste de Mann-Whitney; (3) avaliado através do Mini Nutritional Assessment (Nestlé Nutrition Institute, S/D)

*p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral.

**p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos.

***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético.

Tabela 13 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional (tabela completa).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Estado ponderal (1)				p
		Baixo peso	Normoponderal	Excesso de peso	Total	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	25 (8,4)	80 (27,0)	191 (64,5)	296 (66,5)	0,001
	Sim	9 (6,0)	33 (22,1)	107 (71,8)	149 (33,5)	
Enfarte agudo do miocárdio	Não	33 (7,8)	109 (25,7)	282 (66,5)	424 (95,3)	1,000
	Sim	1 (4,8)	4 (19,0)	16 (76,2)	21 (4,7)	
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	32 (7,7)	110 (26,4)	275 (65,9)	417 (93,7)	1,000
	Sim	2 (7,1)	3 (10,7)	23 (82,1)	28 (6,3)	
Hipercoagulação	Não	29 (8,9)	79 (24,2)	218 (66,9)	326 (73,3)	1,000
	Sim	5 (4,2)	34 (28,6)	80 (67,2)	119 (26,7)	
Outras doenças cardiovasculares	Não	25 (7,7)	88 (27,1)	212 (65,2)	325 (73,0)	1,000
	Sim	9 (7,5)	25 (20,8)	86 (71,7)	120 (27,0)	
Hipertensão arterial	Não	15 (13,2)	33 (28,9)	66 (57,9)	114 (25,6)	0,013
	Sim	19 (5,7)	80 (24,2)	232 (70,1)	331 (74,4)	
Anemia	Não	28 (6,7)	107 (25,5)	284 (67,8)	419 (94,2)	1,000
	Sim	6 (23,1)	6 (23,1)	14 (53,8)	26 (5,8)	
Dislipidemia	Não	17 (10,1)	47 (28,0)	104 (61,9)	168 (37,8)	0,764
	Sim	17 (6,1)	66 (23,8)	194 (70,0)	277 (62,2)	
Gota/ ácido úrico elevado	Não	34 (8,3)	105 (25,5)	273 (66,3)	412 (92,6)	1,000
	Sim	0 (0,0)	8 (24,2)	25 (75,8)	33 (7,4)	
Doenças oncológicas	Não	32 (7,8)	101 (24,7)	276 (67,5)	409 (91,9)	1,000
	Sim	2 (5,6)	12 (33,3)	22 (61,1)	36 (8,1)	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	22 (8,3)	72 (27,2)	171 (64,5)	265 (59,6)	0,541
	Sim	12 (6,7)	41 (22,8)	127 (70,6)	180 (40,4)	
Excesso de peso/ obesidade	Não	34 (10,7)	109 (34,2)	176 (55,2)	319 (71,7)	<0,001
	Sim	0 (0,0)	4 (3,2)	122 (96,8)	126 (28,3)	
Doenças da tireoide	Não	28 (7,3)	99 (25,9)	255 (66,8)	382 (85,8)	1,000
	Sim	6 (9,5)	14 (22,2)	43 (68,3)	63 (14,2)	
Doenças renais	Não	30 (7,7)	101 (25,8)	261 (66,6)	392 (88,1)	1,000
	Sim	4 (7,5)	12 (22,6)	37 (69,8)	53 (11,9)	
Doenças/ problemas respiratórios	Não	23 (6,4)	100 (27,7)	238 (65,9)	361 (81,1)	1,000
	Sim	11 (13,1)	13 (15,5)	60 (71,4)	84 (18,9)	
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	20 (10,0)	58 (29,0)	122 (61,0)	200 (44,9)	<0,001
	Sim	14 (5,7)	55 (22,4)	176 (71,8)	245 (55,1)	
Stresse, depressão, ansiedade	Não	22 (6,9)	82 (25,7)	215 (67,4)	319 (71,7)	1,000
	Sim	12 (9,5)	31 (24,6)	83 (65,9)	126 (28,3)	
Insônia	Não	23 (7,2)	74 (23,3)	221 (69,5)	318 (71,5)	1,000
	Sim	11 (8,7)	39 (30,7)	77 (60,6)	127 (28,5)	
Demências, doença de Alzheimer	Não	34 (7,7)	113 (25,5)	296 (66,8)	443 (99,6)	0,853
	Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (0,4)	
Doença de Parkinson	Não	33 (7,4)	112 (25,3)	298 (67,3)	443 (99,6)	1,000
	Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	32 (7,3)	109 (25,0)	295 (67,7)	436 (98,0)	0,629
	Sim	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	9 (2,0)	
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	33 (7,7)	110 (25,7)	285 (66,6)	428 (96,2)	1,000
	Sim	1 (5,9)	3 (17,6)	13 (76,5)	17 (3,8)	
Total		34 (7,6)	113 (25,4)	298 (67,0)	445 (100,0)	

p: Teste de Mann-Whitney; (1) avaliado através do índice de massa corporal e classificado segundo os critérios de Lipschitz (1994).

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 13 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Risco cardiovascular (2)				p
		Normal	Risco aumentado	Risco muito aumentado	Total	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	54 (17,9)	87 (28,8)	161 (53,3)	302 (66,1)	<0,001
	Sim	18 (11,6)	27 (17,4)	110 (71,0)	155 (33,9)	
Enfarte agudo do miocárdio	Não	69 (15,8)	107 (24,5)	260 (59,6)	436 (95,4)	0,405
	Sim	3 (14,3)	7 (33,3)	11 (52,4)	21 (4,6)	
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	70 (16,4)	107 (25,0)	251 (58,6)	428 (93,7)	1,000
	Sim	2 (6,9)	7 (24,1)	20 (69,0)	29 (6,3)	
Hipercoagulação	Não	62 (18,5)	76 (22,7)	197 (58,8)	335 (73,3)	1,000
	Sim	10 (8,2)	38 (31,1)	74 (60,7)	122 (26,7)	
Outras doenças cardiovasculares	Não	59 (17,8)	77 (23,3)	195 (58,9)	331 (72,4)	1,000
	Sim	13 (10,3)	37 (29,4)	76 (60,3)	126 (27,6)	
Hipertensão arterial	Não	27 (23,3)	36 (31,0)	53 (45,7)	116 (25,4)	<0,001
	Sim	45 (13,2)	78 (22,9)	218 (63,9)	341 (74,6)	
Anemia	Não	66 (15,3)	108 (25,1)	257 (59,6)	431 (94,3)	1,000
	Sim	6 (23,1)	6 (23,1)	14 (53,8)	26 (5,7)	
Dislipidemia	Não	33 (19,2)	48 (27,9)	91 (52,9)	172 (37,6)	1,000
	Sim	39 (13,7)	66 (23,2)	180 (63,2)	285 (62,4)	
Gota/ ácido úrico elevado	Não	69 (16,3)	103 (24,3)	251 (59,3)	423 (92,6)	1,000
	Sim	3 (8,8)	11 (32,4)	20 (58,8)	34 (7,4)	
Doenças oncológicas	Não	67 (15,9)	102 (24,2)	252 (59,9)	421 (92,1)	1,000
	Sim	5 (13,9)	12 (33,3)	19 (52,8)	36 (7,9)	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	53 (19,6)	74 (27,3)	144 (53,1)	271 (59,3)	1,000
	Sim	19 (10,2)	40 (21,5)	127 (68,3)	186 (40,7)	
Excesso de peso/ obesidade	Não	71 (21,6)	99 (30,1)	159 (48,3)	329 (72,0)	0,000
	Sim	1 (0,8)	15 (11,7)	112 (87,5)	128 (28,0)	
Doenças da tireoide	Não	65 (16,6)	102 (26,0)	225 (57,4)	392 (85,8)	1,000
	Sim	7 (10,8)	12 (18,5)	46 (70,8)	65 (14,2)	
Doenças renais	Não	65 (16,2)	100 (24,9)	237 (59,0)	402 (88,0)	1,000
	Sim	7 (12,7)	14 (25,5)	34 (61,8)	55 (12,0)	
Doenças/ problemas respiratórios	Não	60 (16,2)	100 (27,0)	210 (56,8)	370 (81,0)	0,923
	Sim	12 (13,8)	14 (16,1)	61 (70,1)	87 (19,0)	
Doenças/ problemas osteoarticulares	Não	45 (22,1)	60 (29,4)	99 (48,5)	204 (44,6)	1,000
	Sim	27 (10,7)	54 (21,3)	172 (68,0)	253 (55,4)	
Stresse, depressão, ansiedade	Não	55 (16,8)	88 (26,9)	184 (56,3)	327 (71,6)	1,000
	Sim	17 (13,1)	26 (20,0)	87 (66,9)	130 (28,4)	
Insónia	Não	54 (16,5)	79 (24,2)	194 (59,3)	327 (71,6)	0,206
	Sim	18 (13,8)	35 (26,9)	77 (59,2)	130 (28,4)	
Demências, doença de Alzheimer	Não	72 (15,9)	114 (25,1)	268 (59,0)	454 (99,3)	0,360
	Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (0,7)	
Doença de Parkinson	Não	71 (15,7)	113 (24,9)	269 (59,4)	453 (99,1)	1,000
	Sim	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4 (0,9)	
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	68 (15,2)	111 (24,8)	269 (60,0)	448 (98,0)	1,000
	Sim	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	9 (2,0)	
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	71 (16,1)	111 (25,2)	258 (58,6)	440 (96,3)	1,000
	Sim	1 (5,9)	3 (17,6)	13 (76,5)	17 (3,7)	
Total		72 (15,8)	114 (24,9)	271 (59,3)	457 (100,0)	

p: Teste de *Mann-Whitney*; (2) relação com o perímetro da cintura, classificado segundo os critérios da Direção Geral da Saúde. (2005); *p com correção de *Bonferroni* para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

Tabela 13 - Relação entre doenças/ problemas de saúde com o estado ponderal, risco cardiovascular e estado nutricional (tabela completa - continuação).

Doenças/ problemas de saúde	Sim/ Não	Estado nutricional (3)			p
		Adequado	Risco de desnutrição/ desnutrido	Total	
Diabetes <i>mellitus</i>	Não	227 (74,7)	77 (25,3)	304 (66,2)	1,000
	Sim	108 (69,7)	47 (30,3)	155 (33,8)	
Enfarte agudo do miocárdio	Não	322 (73,5)	116 (26,5)	438 (95,4)	1,000
	Sim	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (4,6)	
Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório	Não	323 (75,1)	107 (24,9)	430 (93,7)	0,001
	Sim	12 (41,4)	17 (58,6)	29 (6,3)	
Hipercoagulação	Não	255 (75,7)	82 (24,3)	337 (73,4)	0,669
	Sim	80 (65,6)	42 (34,4)	122 (26,6)	
Outras doenças cardiovasculares	Não	254 (76,5)	78 (23,5)	332 (72,3)	0,073
	Sim	81 (63,8)	46 (36,2)	127 (27,7)	
Hipertensão arterial	Não	92 (79,3)	24 (20,7)	116 (25,3)	1,000
	Sim	243 (70,0)	100 (29,2)	343 (74,7)	
Anemia	Não	323 (74,6)	110 (25,4)	433 (94,3)	0,019
	Sim	12 (46,2)	14 (53,8)	26 (5,7)	
Dislipidemia	Não	134 (77,9)	38 (22,1)	172 (37,5)	1,000
	Sim	201 (70,0)	86 (30,0)	287 (62,5)	
Gota/ ácido úrico elevado	Não	314 (73,9)	111 (26,1)	425 (92,6)	1,000
	Sim	21 (61,8)	13 (38,2)	34 (7,4)	
Doenças oncológicas	Não	315 (74,5)	108 (25,5)	423 (92,2)	0,383
	Sim	20 (55,6)	16 (44,4)	36 (7,8)	
Doenças/ problemas gastrointestinais	Não	221 (81,0)	52 (19,0)	273 (59,5)	<0,001
	Sim	114 (61,3)	72 (38,7)	186 (40,5)	
Excesso de peso/ obesidade	Não	241 (72,8)	90 (27,2)	331 (72,1)	1,000
	Sim	94 (73,4)	34 (26,6)	128 (27,9)	
Doenças da tireoide	Não	297 (75,4)	97 (24,6)	394 (85,8)	0,079
	Sim	38 (58,5)	27 (41,5)	65 (14,2)	
Doenças renais	Não	304 (75,2)	100 (24,8)	404 (88,0)	0,052
	Sim	31 (56,4)	24 (43,6)	55 (12,0)	
Doenças/ problemas respiratórios	Não	280 (75,3)	92 (24,7)	372 (81,0)	0,444
	Sim	55 (63,2)	32 (36,8)	87 (19,0)	
Doenças/ problemas osteomusculares	Não	166 (81,0)	39 (19,0)	205 (44,7)	0,013
	Sim	169 (66,5)	85 (33,5)	254 (55,3)	
Stresse, depressão, ansiedade	Não	262 (79,9)	66 (20,1)	328 (71,5)	<0,001
	Sim	73 (55,7)	58 (44,3)	131 (28,5)	
Insônia	Não	260 (79,0)	69 (21,0)	329 (71,7)	<0,001
	Sim	75 (57,7)	55 (42,3)	130 (28,3)	
Demências, doença de Alzheimer	Não	334 (73,2)	122 (26,8)	456 (99,3)	1,000
	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (0,7)	
Doença de Parkinson	Não	333 (73,2)	122 (26,8)	455 (99,1)	1,000
	Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (0,9)	
Outras doenças/ problemas do sistema nervoso	Não	331 (73,6)	119 (26,4)	450 (98,0)	0,777
	Sim	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (2,0)	
Alergias/ intolerâncias alimentares	Não	321 (72,6)	121 (27,4)	442 (96,3)	1,000
	Sim	14 (82,4)	3 (17,6)	17 (3,7)	
Total		335 (73,0)	124 (27,0)	459 (100,0)	

p: Teste de Mann-Whitney; (3): avaliado através do Mini Nutritional Assessment (Nestlé Nutrition Institute, S/D).

*p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo de doenças/problemas de saúde.

7.2. Anexo B - Fatores relacionados com a escolha dos alimentos consumidos e a qualidade de vida, risco nutricional e fatores sociodemográficos (tabelas completas)

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Xerostomia												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	N	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	214	18,7	20,6	25,7	33,2	1,9	230	22,2	16,1	27,0	32,6	2,2	1,000
Preço dos alimentos	215	1,9	5,6	16,3	59,1	17,2	228	2,2	5,3	21,5	55,3	15,8	1,000
Controlar o seu peso	214	15,9	12,6	23,4	44,9	3,3	230	16,1	10,0	23,5	47,8	2,6	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	215	3,7	7,0	20,9	61,4	7,0	230	3,9	5,2	24,8	63,5	2,6	1,000
Facilidade de preparação	214	29,9	17,8	24,3	27,6	0,5	230	34,3	24,3	15,2	23,0	3,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	215	9,3	15,3	14,9	49,3	11,2	230	8,3	11,3	18,3	50,9	11,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	215	30,2	12,1	14,9	35,3	7,4	230	18,3	12,6	17,0	43,9	8,3	0,212
Apresentação da embalagem	215	27,9	13,0	19,5	35,8	3,7	230	24,3	11,7	21,3	39,6	3,0	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	215	9,3	11,2	22,8	43,7	13,0	230	13,5	9,6	15,7	51,7	9,6	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	215	20,9	9,8	22,8	42,8	3,7	230	22,2	8,3	18,3	46,1	5,2	1,000
Disponibilidade de alimentos	215	12,6	20,0	27,9	39,1	0,5	230	20,9	13,5	24,3	39,6	1,7	1,000
Facilidade de armazenamento	215	20,9	25,6	24,2	27,9	1,4	228	26,8	19,7	20,6	31,1	1,8	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	215	52,1	11,6	14,4	17,7	4,2	230	51,7	8,7	10,9	22,2	6,5	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	215	82,8	6,5	6,0	4,7	0,0	230	78,7	9,6	5,2	6,1	0,4	1,000
Sabor dos alimentos	215	0,5	1,9	6,5	70,2	20,9	230	0,9	1,7	6,1	70,0	21,3	1,000
Facilidade de mastigação	215	20,9	17,2	20,5	37,2	4,2	230	23,0	15,7	18,3	38,7	4,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	215	0,9	1,9	3,7	67,0	26,5	230	0,0	0,0	3,0	69,1	27,8	1,000
Hábito ou rotina	215	5,1	7,9	23,7	59,5	3,7	230	5,7	5,7	25,2	57,0	6,5	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; [#]Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de mastigação												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	N	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	107	16,8	18,7	28,0	35,5	0,9	337	21,7	18,1	25,8	32,0	2,4	1,000
Preço dos alimentos	107	0,9	3,7	17,8	60,7	16,8	336	2,4	6,0	19,3	56,0	16,4	1,000
Controlar o seu peso	107	18,7	13,1	24,3	41,1	2,8	337	15,1	10,7	23,1	48,1	3,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	107	4,7	8,4	28,0	54,2	4,7	338	3,6	5,3	21,3	65,1	4,7	0,947
Facilidade de preparação	107	27,1	24,3	18,7	29,9	0,0	337	33,8	20,2	19,9	23,7	2,4	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	107	11,2	15,0	15,9	43,0	15,0	338	8,0	12,7	16,9	52,4	10,1	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	107	24,3	16,8	15,9	36,4	6,5	338	24,0	10,9	16,0	40,8	8,3	1,000
Apresentação da embalagem	107	28,0	15,9	21,5	33,6	0,9	338	25,4	11,2	20,1	39,1	4,1	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	107	9,3	15,9	26,2	43,0	5,6	338	12,1	8,6	16,9	49,4	13,0	0,304
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	107	19,6	7,5	23,4	44,9	4,7	338	22,2	9,5	19,5	44,4	4,4	1,000
Disponibilidade de alimentos	107	8,4	14,0	27,1	50,5	0,0	338	19,5	17,5	25,7	35,8	1,5	0,060
Facilidade de armazenamento	106	17,0	26,4	21,7	34,0	0,9	337	26,1	21,4	22,6	28,2	1,8	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	107	55,1	13,1	12,1	15,0	4,7	338	50,9	9,2	12,7	21,6	5,6	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	107	81,3	7,5	6,5	4,7	0,0	338	80,5	8,3	5,3	5,6	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	107	0,0	1,9	6,5	72,9	18,7	338	0,9	1,8	6,2	69,2	21,9	1,000
Facilidade de mastigação	107	6,5	11,2	22,4	53,3	6,5	338	26,9	18,0	18,3	33,1	3,6	<0,001
Qualidade e frescura dos alimentos	107	0,0	0,0	4,7	67,3	28,0	338	0,6	1,2	3,0	68,3	26,9	1,000
Hábito ou rotina	107	5,6	3,7	26,2	59,8	4,7	338	5,3	7,7	24,0	57,7	5,3	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de deglutição												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	N	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	52	9,6	13,5	32,7	42,3	1,9	392	21,9	18,9	25,5	31,6	2,0	0,391
Preço dos alimentos	52	0,0	3,8	25,0	61,5	9,6	391	2,3	5,6	18,2	56,5	17,4	1,000
Controlar o seu peso	52	21,2	11,5	34,6	30,8	1,9	392	15,3	11,2	21,9	48,5	3,1	0,530
Tentar fazer uma alimentação saudável	52	3,8	7,7	34,6	53,8	0,0	393	3,8	5,9	21,4	63,6	5,3	0,370
Facilidade de preparação	52	23,1	21,2	21,2	34,6	0,0	392	33,4	21,2	19,4	24,0	2,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	52	9,6	19,2	17,3	44,2	9,6	393	8,7	12,5	16,5	50,9	11,5	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	52	32,7	19,2	11,5	30,8	5,8	393	22,9	11,5	16,5	41,0	8,1	0,741
Apresentação da embalagem	52	23,1	17,3	28,8	28,8	1,9	393	26,5	11,7	19,3	38,9	3,6	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	52	9,6	26,9	21,2	38,5	3,8	393	11,7	8,1	18,8	49,1	12,2	0,102
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	52	19,2	9,6	26,9	40,4	3,8	393	21,9	8,9	19,6	45,0	4,6	1,000
Disponibilidade de alimentos	52	7,7	17,3	44,2	30,8	0,0	393	18,1	16,5	23,7	40,5	1,3	1,000
Facilidade de armazenamento	52	15,4	23,1	32,7	28,8	0,0	391	25,1	22,5	21,0	29,7	1,8	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	52	50,0	19,2	17,3	9,6	3,8	393	52,2	8,9	12,0	21,4	5,6	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	52	57,7	19,2	9,6	13,5	0,0	393	83,7	6,6	5,1	4,3	0,3	<0,001
Sabor dos alimentos	52	0,0	5,8	11,5	75,0	7,7	393	0,8	1,3	5,6	69,5	22,9	0,030
Facilidade de mastigação	52	7,7	11,5	19,2	53,8	7,7	393	23,9	17,0	19,3	35,9	3,8	0,011
Qualidade e frescura dos alimentos	52	1,9	5,8	5,8	75,0	11,5	393	0,3	0,3	3,1	67,2	29,3	0,009
Hábito ou rotina	52	3,8	11,5	26,9	55,8	1,9	393	5,6	6,1	24,2	58,5	5,6	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Edentulismo												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	409	20,5	18,3	26,7	32,3	2,2	35	20,0	17,1	22,9	40,0	0,0	1,000
Preço dos alimentos	408	2,0	5,1	18,9	56,9	17,2	35	2,9	8,6	20,0	60,0	8,6	1,000
Controlar o seu peso	409	16,4	11,5	23,2	45,7	3,2	35	11,4	8,6	25,7	54,3	0,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	410	4,1	5,6	23,4	62,7	4,1	35	11,4	17,1	60,0	11,4	0,0	1,000
Facilidade de preparação	409	33,3	21,5	18,3	24,9	2,0	35	20,0	17,1	34,3	28,6	0,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	410	8,5	12,9	16,1	50,7	11,7	35	11,4	17,1	22,9	42,9	5,7	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	410	25,1	12,4	15,6	39,5	7,3	35	11,4	11,4	20,0	42,9	14,3	1,000
Apresentação da embalagem	410	27,3	12,2	19,5	37,6	3,4	35	11,4	14,3	31,4	40,0	2,9	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	410	11,5	10,5	18,5	48,0	11,5	35	11,4	8,6	25,7	45,7	8,6	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	410	21,0	9,5	20,2	44,6	4,6	35	28,6	2,9	22,9	42,9	2,9	1,000
Disponibilidade de alimentos	410	17,1	17,6	25,6	38,5	1,2	35	14,3	5,7	31,4	48,6	0,0	1,000
Facilidade de armazenamento	409	24,7	23,0	21,5	29,1	1,7	34	14,7	17,6	32,4	35,3	0,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	410	52,0	10,2	12,4	19,8	5,6	35	51,4	8,6	14,3	22,9	2,9	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	410	82,0	8,0	5,1	4,6	0,2	35	65,7	8,6	11,4	14,3	0,0	0,217
Sabor dos alimentos	410	0,7	2,0	6,3	70,0	21,0	35	0,0	0,0	5,7	71,4	22,9	1,000
Facilidade de mastigação	410	21,2	16,3	19,8	38,3	4,4	35	31,4	17,1	14,3	34,3	2,9	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	410	0,2	0,7	3,4	68,5	27,1	35	2,9	2,9	2,9	62,9	28,6	1,000
Hábito ou rotina	410	5,4	6,8	24,4	58,0	5,4	35	5,7	5,7	25,7	60,0	2,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Prótese móvel ou fixa												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	274	20,1	19,0	26,3	32,1	2,6	170	21,2	17,1	26,5	34,1	1,2	1,000
Preço dos alimentos	272	1,1	7,0	18,8	55,1	18,0	171	3,5	2,9	19,3	60,2	14,0	1,000
Controlar o seu peso	274	17,9	11,3	23,7	44,9	2,2	170	12,9	11,2	22,9	48,8	4,1	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	274	5,1	6,2	22,6	62,4	3,6	171	1,8	5,8	23,4	62,6	6,4	1,000
Facilidade de preparação	274	33,9	19,7	17,9	27,0	1,5	170	29,4	23,5	22,4	22,4	2,4	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	274	8,4	13,1	15,7	50,4	12,4	171	9,4	13,5	18,1	49,7	9,4	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	274	24,5	12,0	14,2	40,9	8,4	171	23,4	12,9	18,7	38,0	7,0	1,000
Apresentação da embalagem	274	27,7	10,6	20,8	38,7	2,2	171	23,4	15,2	19,9	36,3	5,3	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	274	12,0	10,2	14,2	53,6	9,9	171	10,5	10,5	26,9	38,6	13,5	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	274	21,9	8,8	21,2	44,2	4,0	171	21,1	9,4	19,3	45,0	5,3	1,000
Disponibilidade de alimentos	274	19,0	16,8	24,8	38,3	1,1	171	13,5	16,4	28,1	40,9	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	273	23,8	23,4	22,3	28,9	1,5	170	24,1	21,2	22,4	30,6	1,8	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	274	55,1	9,5	9,5	20,4	5,5	171	46,8	11,1	17,5	19,3	5,3	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	274	81,0	7,3	5,5	6,2	0,0	171	80,1	9,4	5,8	4,1	0,6	1,000
Sabor dos alimentos	274	1,1	2,6	5,8	69,7	20,8	171	0,0	0,6	7,0	70,8	21,6	1,000
Facilidade de mastigação	274	18,6	16,8	19,0	41,2	4,4	171	27,5	15,8	19,9	32,7	4,1	0,640
Qualidade e frescura dos alimentos	274	0,4	1,1	2,9	67,5	28,1	171	0,6	0,6	4,1	69,0	25,7	1,000
Hábito ou rotina	274	6,6	6,2	23,4	58,8	5,1	171	3,5	7,6	26,3	57,3	5,3	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Cancro oral												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	3	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0	441	20,4	18,1	26,5	32,9	2,0	1,000
Preço dos alimentos	3	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	440	2,0	5,5	18,9	57,0	16,6	1,000
Controlar o seu peso	3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	441	16,1	11,3	23,6	46,0	2,9	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	442	3,8	6,1	23,1	62,2	4,8	1,000
Facilidade de preparação	3	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	441	32,4	20,9	19,7	25,2	1,8	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	3	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0	442	8,8	13,1	16,7	50,0	11,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	3	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0	442	24,2	12,2	16,1	39,6	7,9	1,000
Apresentação da embalagem	3	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	442	26,2	12,4	20,6	37,3	3,4	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	3	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	442	11,5	10,4	19,2	47,5	11,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	3	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	442	21,7	9,0	20,4	44,3	4,5	1,000
Disponibilidade de alimentos	3	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0	442	17,0	16,5	26,2	39,1	1,1	1,000
Facilidade de armazenamento	3	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	440	24,1	22,3	22,5	29,5	1,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	3	33,3	0,0	0,0	66,7	0,0	442	52,0	10,2	12,7	19,7	5,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	3	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	442	80,8	7,9	5,7	5,4	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	3	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	442	0,7	1,8	6,3	70,1	21,0	1,000
Facilidade de mastigação	3	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	442	22,2	16,5	19,0	38,0	4,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	3	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	442	0,5	0,9	3,4	68,1	27,1	1,000
Hábito ou rotina	3	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	442	5,4	6,8	24,4	58,1	5,2	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Dor oro-facial												p*
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	45	13,3	13,3	24,4	44,4	4,4	399	21,3	18,8	26,6	31,6	1,8	0,510
Preço dos alimentos	44	2,3	2,3	18,2	59,1	18,2	399	2,0	5,8	19,0	56,9	16,3	1,000
Controlar o seu peso	45	15,6	15,6	17,8	48,9	2,2	399	16,0	10,8	24,1	46,1	3,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	45	8,9	13,3	24,4	46,7	6,7	400	3,3	5,3	22,8	64,3	4,5	0,688
Facilidade de preparação	45	24,4	26,7	24,4	24,4	0,0	399	33,1	20,6	19,0	25,3	2,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	45	11,1	20,0	17,8	42,2	8,9	400	8,5	12,5	16,5	51,0	11,5	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	45	20,0	24,4	22,2	22,2	11,1	400	24,5	11,0	15,3	41,8	7,5	1,000
Apresentação da embalagem	45	22,2	20,0	24,4	28,9	4,4	400	26,5	11,5	20,0	38,8	3,3	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	45	20,0	13,3	24,4	33,3	8,9	400	10,5	10,0	18,5	49,5	11,5	0,344
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	45	35,6	8,9	22,2	26,7	6,7	400	20,0	9,0	20,3	46,5	4,3	0,426
Disponibilidade de alimentos	45	11,1	24,4	33,3	31,1	0,0	400	17,5	15,8	25,3	40,3	1,3	1,000
Facilidade de armazenamento	45	15,6	31,1	22,2	26,7	4,4	398	24,9	21,6	22,4	29,9	1,3	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	45	60,0	15,6	15,6	8,9	0,0	400	51,0	9,5	12,3	21,3	6,0	0,877
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	45	64,4	17,8	8,9	8,9	0,0	400	82,5	7,0	5,3	5,0	0,3	0,097
Sabor dos alimentos	45	2,2	6,7	13,3	66,7	11,1	400	0,5	1,3	5,5	70,5	22,3	0,042
Facilidade de mastigação	45	11,1	8,9	22,2	53,3	4,4	400	23,3	17,3	19,0	36,3	4,3	0,213
Qualidade e frescura dos alimentos	45	2,2	2,2	6,7	68,9	20,0	400	0,3	0,8	3,0	68,0	28,0	1,000
Hábito ou rotina	45	13,3	4,4	20,0	57,8	4,4	400	4,5	7,0	25,0	58,3	5,3	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; *p com correção de Bonferroni para as 7 variáveis do grupo da saúde oral; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de visão												p**
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	22	27,3	18,2	22,7	27,3	4,5	420	20,2	18,3	26,4	33,1	1,9	1,000
Preço dos alimentos	22	4,5	13,6	9,1	50,0	22,7	419	1,9	4,8	19,3	57,8	16,2	1,000
Controlar o seu peso	22	18,2	9,1	22,7	50,0	0,0	420	16,0	11,4	23,6	46,2	2,9	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	22	9,1	4,5	31,8	50,0	4,5	421	3,6	6,2	22,3	63,2	4,8	1,000
Facilidade de preparação	22	27,3	22,7	13,6	31,8	4,5	420	32,6	21,2	19,8	24,8	1,7	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	22	13,6	9,1	9,1	50,0	18,2	421	8,6	13,5	17,1	49,9	10,9	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	22	36,4	13,6	4,5	36,4	9,1	421	23,0	12,4	16,6	40,1	7,8	1,000
Apresentação da embalagem	22	27,3	9,1	18,2	45,5	0,0	421	25,9	12,6	20,4	37,5	3,6	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	22	13,6	4,5	22,7	45,5	13,6	421	11,4	10,7	19,0	47,7	11,2	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	22	18,2	4,5	27,3	40,9	9,1	421	21,9	9,3	20,2	44,4	4,3	1,000
Disponibilidade de alimentos	22	13,6	13,6	45,5	27,3	0,0	421	17,1	16,9	24,9	39,9	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	22	27,3	9,1	40,9	22,7	0,0	419	23,9	23,4	21,2	29,8	1,7	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	22	50,0	4,5	4,5	36,4	4,5	421	52,3	10,5	12,8	19,0	5,5	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	22	95,5	4,5	0,0	0,0	0,0	421	80,0	8,3	5,7	5,7	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	22	0,0	4,5	0,0	81,8	13,6	421	0,7	1,7	6,4	69,6	21,6	1,000
Facilidade de mastigação	22	13,6	9,1	27,3	45,5	4,5	421	22,6	16,9	19,0	37,3	4,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	22	0,0	0,0	0,0	63,6	36,4	421	0,5	1,0	3,6	68,2	26,8	1,000
Hábito ou rotina	22	4,5	0,0	18,2	77,3	0,0	421	5,5	7,1	24,7	57,2	5,5	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de audição												p**
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	255	18,4	21,2	25,1	32,5	2,7	183	23,0	13,7	28,4	33,9	1,1	1,000
Preço dos alimentos	254	1,6	5,5	18,9	59,1	15,0	183	2,7	5,5	19,1	53,6	19,1	1,000
Controlar o seu peso	255	16,9	12,2	23,9	44,7	2,4	183	15,3	10,4	23,0	47,5	3,8	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	256	3,9	7,0	21,9	62,9	4,3	183	3,8	4,9	25,1	60,7	5,5	1,000
Facilidade de preparação	255	32,2	20,4	23,9	22,0	1,6	183	32,2	22,4	13,7	30,1	1,6	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	256	9,4	13,3	19,9	48,4	9,0	183	7,7	13,1	12,6	52,5	14,2	0,846
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	256	18,0	12,5	16,4	44,5	8,6	183	31,7	12,6	15,8	32,8	7,1	0,027
Apresentação da embalagem	256	26,2	13,3	19,9	38,3	2,3	183	26,2	10,9	20,8	37,2	4,9	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	256	10,5	11,7	18,0	49,2	10,5	183	13,1	8,2	20,8	45,9	12,0	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	256	23,4	6,3	20,7	45,7	3,9	183	19,7	12,0	19,7	43,2	5,5	1,000
Disponibilidade de alimentos	256	17,2	14,5	26,6	40,6	1,2	183	16,9	19,1	25,7	37,2	1,1	1,000
Facilidade de armazenamento	254	25,6	21,7	22,4	29,1	1,2	183	21,9	24,0	21,9	30,1	2,2	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	256	54,3	9,4	12,1	19,5	4,7	183	49,7	10,9	12,6	20,2	6,6	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	256	83,2	7,0	5,1	4,3	0,4	183	77,6	9,3	6,6	6,6	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	256	1,2	1,6	3,9	75,4	18,0	183	0,0	2,2	9,8	62,8	25,1	1,000
Facilidade de mastigação	256	25,0	14,8	19,5	37,1	3,5	183	18,6	18,6	19,1	38,3	5,5	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	256	0,4	0,4	2,7	72,3	24,2	183	0,5	1,6	4,4	62,3	31,1	1,000
Hábito ou rotina	256	5,5	5,5	23,8	60,9	4,3	183	5,5	8,2	26,2	53,6	6,6	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de olfato												p**
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	384	21,9	18,5	25,8	32,0	1,8	45	8,9	11,1	33,3	42,2	4,4	0,185
Preço dos alimentos	382	2,4	5,5	18,3	56,0	17,8	45	0,0	4,4	28,9	62,2	4,4	1,000
Controlar o seu peso	384	16,4	10,9	23,4	46,1	3,1	45	8,9	13,3	31,1	44,4	2,2	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	384	3,9	6,5	21,9	62,8	4,9	45	0,0	4,4	33,3	57,8	4,4	1,000
Facilidade de preparação	384	32,0	21,1	19,3	25,5	2,1	45	26,7	17,8	26,7	28,9	0,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	384	8,3	13,3	16,1	51,6	10,7	45	13,3	15,6	22,2	33,3	15,6	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	384	23,4	12,8	14,8	40,9	8,1	45	26,7	11,1	26,7	28,9	6,7	1,000
Apresentação da embalagem	384	24,5	12,5	20,8	39,1	3,1	45	35,6	13,3	20,0	26,7	4,4	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	384	10,9	10,9	19,5	48,2	10,4	45	13,3	4,4	17,8	48,9	15,6	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	384	22,1	9,6	19,0	45,1	4,2	45	13,3	6,7	31,1	44,4	4,4	1,000
Disponibilidade de alimentos	384	17,7	17,2	25,0	39,3	0,8	45	4,4	11,1	37,8	42,2	4,4	0,603
Facilidade de armazenamento	382	24,3	21,7	22,0	30,1	1,8	45	22,2	26,7	31,1	20,0	0,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	384	52,6	9,9	12,5	19,8	5,2	45	48,9	8,9	15,6	17,8	8,9	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	384	80,5	8,3	5,2	5,7	0,3	45	80,0	6,7	8,9	4,4	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	384	0,5	1,8	5,7	70,6	21,4	45	2,2	2,2	13,3	62,2	20,0	1,000
Facilidade de mastigação	384	22,1	16,1	19,0	38,0	4,7	45	22,2	20,0	22,2	33,3	2,2	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	384	0,5	0,5	3,9	68,0	27,1	45	0,0	4,4	0,0	66,7	28,9	1,000
Hábito ou rotina	384	4,9	6,8	24,2	58,6	5,5	45	4,4	6,7	28,9	57,8	2,2	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de paladar												p**
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	415	20,7	18,8	26,0	32,8	1,7	25	20,0	12,0	32,0	32,0	4,0	1,000
Preço dos alimentos	414	2,2	5,8	18,6	56,5	16,9	25	0,0	0,0	24,0	68,0	8,0	1,000
Controlar o seu peso	415	15,2	11,1	23,9	47,0	2,9	25	24,0	16,0	16,0	40,0	4,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	416	3,4	6,3	22,8	63,0	4,6	25	12,0	4,0	28,0	52,0	4,0	1,000
Facilidade de preparação	415	31,8	21,4	19,8	25,1	1,9	25	36,0	16,0	16,0	32,0	0,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	416	7,7	13,5	16,8	51,0	11,1	25	24,0	8,0	16,0	40,0	12,0	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	416	22,8	12,5	15,6	40,9	8,2	25	44,0	12,0	16,0	24,0	4,0	0,304
Apresentação da embalagem	416	24,5	12,0	20,7	39,7	3,1	25	48,0	20,0	20,0	8,0	4,0	0,021
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	416	11,3	10,1	18,3	49,0	11,3	25	16,0	16,0	32,0	28,0	8,0	0,809
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	416	20,7	8,7	20,0	46,4	4,3	25	40,0	16,0	24,0	16,0	4,0	0,047
Disponibilidade de alimentos	416	17,3	17,1	24,5	39,9	1,2	25	12,0	12,0	48,0	28,0	0,0	1,000
Facilidade de armazenamento	415	24,3	21,7	22,2	30,1	1,7	24	12,5	37,5	25,0	25,0	0,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	416	51,9	10,1	12,3	20,0	5,8	25	48,0	12,0	20,0	20,0	0,0	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	416	80,8	8,2	5,3	5,5	0,2	25	76,0	8,0	12,0	4,0	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	416	0,5	1,4	5,8	70,7	21,6	25	4,0	8,0	16,0	64,0	8,0	0,044
Facilidade de mastigação	416	21,6	17,1	20,0	37,0	4,3	25	20,0	4,0	12,0	60,0	4,0	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	416	0,5	0,7	3,4	67,8	27,6	25	0,0	4,0	4,0	80,0	12,0	1,000
Hábito ou rotina	416	5,0	6,7	24,0	58,9	5,3	25	12,0	8,0	28,0	48,0	4,0	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de tato												p**
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	330	22,4	18,2	25,5	31,8	2,1	104	15,4	19,2	26,9	36,5	1,9	1,000
Preço dos alimentos	330	2,1	6,4	19,4	56,7	15,5	103	1,9	2,9	18,4	57,3	19,4	1,000
Controlar o seu peso	330	15,8	11,2	23,3	47,0	2,7	104	16,3	12,5	24,0	44,2	2,9	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	331	3,9	6,0	22,4	62,8	4,8	104	3,8	6,7	26,0	59,6	3,8	1,000
Facilidade de preparação	330	33,9	21,2	18,8	23,9	2,1	104	26,0	22,1	22,1	28,8	1,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	331	8,8	13,3	17,8	49,5	10,6	104	9,6	13,5	12,5	51,0	13,5	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	331	23,6	10,3	15,7	41,4	9,1	104	25,0	20,2	15,4	34,6	4,8	1,000
Apresentação da embalagem	331	24,8	10,9	22,7	38,1	3,6	104	28,8	18,3	13,5	37,5	1,9	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	331	10,6	9,4	18,1	50,5	11,5	104	13,5	13,5	23,1	42,3	7,7	0,578
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	331	22,1	9,1	20,2	43,5	5,1	104	21,2	9,6	20,2	47,1	1,9	1,000
Disponibilidade de alimentos	331	16,3	16,6	26,0	39,9	1,2	104	18,3	16,3	26,9	37,5	1,0	1,000
Facilidade de armazenamento	330	26,1	20,9	21,5	30,0	1,5	103	17,5	28,2	23,3	30,1	1,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	331	49,8	10,3	13,3	21,1	5,4	104	57,7	10,6	10,6	16,3	4,8	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	331	79,5	8,2	6,3	5,7	0,3	104	82,7	8,7	3,8	4,8	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	331	0,9	1,2	6,6	68,0	23,3	104	0,0	3,8	5,8	75,0	15,4	1,000
Facilidade de mastigação	331	25,1	15,7	18,4	36,6	4,2	104	12,5	19,2	21,2	44,2	2,9	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	331	0,3	0,6	2,4	68,6	28,1	104	12,5	1,0	1,9	6,7	66,3	1,000
Hábito ou rotina	331	4,8	6,3	24,5	58,6	5,7	104	7,7	8,7	22,1	58,7	2,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; **p com correção de Bonferroni para as 5 variáveis do grupo dos problemas dos órgãos dos sentidos; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de mobilidade												p***
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	11,1	33,3	11,1	33,3	11,1	1,000
Preço dos alimentos	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	0,0	0,0	11,1	33,3	55,6	1,000
Controlar o seu peso	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	9	22,2	22,2	0,0	44,4	11,1	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	9	11,1	0,0	22,2	55,6	11,1	1,000
Facilidade de preparação	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	11,1	33,3	33,3	11,1	11,1	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	9	22,2	0,0	33,3	22,2	22,2	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	9	33,3	11,1	22,2	22,2	11,1	1,000
Apresentação da embalagem	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	55,6	11,1	22,2	0,0	11,1	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	1	0,0	0,0	100,0		0,0	9	33,3	0,0	0,0	33,3	33,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	33,3	0,0	11,1	44,4	11,1	1,000
Disponibilidade de alimentos	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	9	22,2	33,3	22,2	22,2	0,0	1,000
Facilidade de armazenamento	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	9	44,4	11,1	44,4	0,0	0,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	9	22,2	11,1	0,0	22,2	44,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	88,9	0,0	11,1	0,0	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	11,1	0,0	22,2	33,3	33,3	1,000
Facilidade de mastigação	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	22,2	0,0	22,2	44,4	11,1	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	0,0	0,0	11,1	44,4	44,4	1,000
Hábito ou rotina	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	9	11,1	0,0	44,4	33,3	11,1	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Problemas de equilíbrio												p***
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	243	22,2	20,6	27,2	28,4	1,6	174	17,2	16,1	25,9	38,5	2,3	0,371
Preço dos alimentos	242	2,5	5,8	21,5	55,4	14,9	174	1,7	5,2	16,1	60,3	16,7	1,000
Controlar o seu peso	243	14,4	10,7	21,4	50,6	2,9	174	18,4	11,5	26,4	42,0	1,7	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	243	4,1	4,9	21,8	64,6	4,5	175	3,4	8,6	22,9	60,6	4,6	1,000
Facilidade de preparação	243	34,2	25,1	18,1	20,6	2,1	174	30,5	17,2	19,5	32,2	0,6	0,937
Poder ser comprado em lojas perto de casa	243	7,8	13,2	17,7	52,3	9,1	175	9,1	14,3	12,6	52,0	12,0	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	243	19,8	12,8	10,7	47,3	9,5	175	26,9	12,0	21,1	33,7	6,3	0,090
Apresentação da embalagem	243	24,7	10,7	17,3	43,6	3,7	175	25,1	16,0	24,0	32,0	2,9	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	243	10,3	7,8	17,3	53,5	11,1	175	12,6	13,7	21,1	42,3	10,3	0,566
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	243	21,8	9,1	18,9	46,1	4,1	175	24,0	9,1	20,6	42,9	3,4	1,000
Disponibilidade de alimentos	243	18,9	15,2	23,0	41,2	1,6	175	14,3	19,4	28,0	37,7	0,6	1,000
Facilidade de armazenamento	241	22,0	23,2	25,3	27,0	2,5	175	28,6	21,1	16,0	33,7	0,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	243	51,0	8,2	14,4	21,8	4,5	175	52,0	12,6	10,9	17,1	7,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	243	83,5	6,2	4,5	5,3	0,4	175	77,1	10,3	6,9	5,7	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	243	0,8	2,9	5,3	69,1	21,8	175	0,6	0,6	8,0	71,4	19,4	1,000
Facilidade de mastigação	243	26,7	18,5	20,2	32,1	2,5	175	16,0	13,7	20,0	44,6	5,7	0,004
Qualidade e frescura dos alimentos	243	0,4	0,4	2,9	69,1	27,2	175	0,6	1,7	4,6	66,9	26,3	1,000
Hábito ou rotina	243	5,3	7,4	21,4	62,1	3,7	175	6,3	5,1	29,1	52,6	6,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Perda de força muscular												p***
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	196	17,3	19,4	26,0	34,2	3,1	209	24,4	16,7	25,8	32,1	1,0	1,000
Preço dos alimentos	195	2,1	7,2	17,4	62,6	10,8	209	1,9	3,8	20,6	52,6	21,1	1,000
Controlar o seu peso	196	18,9	11,2	20,4	46,9	2,6	209	14,8	12,4	25,8	44,5	2,4	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	196	6,1	6,6	19,9	62,8	4,6	210	2,4	6,2	26,2	61,4	3,8	1,000
Facilidade de preparação	196	32,7	21,4	17,3	25,0	3,6	209	30,1	19,6	23,4	26,3	0,5	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	196	8,7	12,8	14,8	55,1	8,7	210	10,5	13,3	20,0	45,2	11,0	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	196	15,3	10,7	11,2	49,5	13,3	210	30,5	14,3	19,0	31,9	4,3	<0,001
Apresentação da embalagem	196	24,5	15,3	19,9	37,2	3,1	210	27,1	8,6	22,9	38,6	2,9	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	196	12,2	6,6	19,9	54,1	7,1	210	11,9	14,3	18,6	42,4	12,9	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	196	32,7	8,2	17,9	37,8	3,6	210	14,8	11,0	23,3	47,1	3,8	0,039
Disponibilidade de alimentos	196	17,9	11,2	22,4	46,4	2,0	210	16,7	20,0	29,5	33,3	0,5	0,308
Facilidade de armazenamento	195	27,7	18,5	23,1	29,7	1,0	209	21,5	26,8	20,1	30,6	1,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	196	50,0	9,2	13,8	20,9	6,1	210	52,9	12,4	12,4	18,1	4,3	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	196	83,2	5,1	7,1	4,1	0,5	210	76,7	11,4	4,3	7,6	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	196	1,5	2,6	4,6	72,4	18,9	210	0,0	1,4	8,6	69,0	21,0	1,000
Facilidade de mastigação	196	29,6	16,3	19,9	30,1	4,1	210	17,1	16,7	18,1	44,3	3,8	0,038
Qualidade e frescura dos alimentos	196	0,5	0,5	2,0	71,4	25,5	210	0,5	1,4	4,8	67,1	26,2	1,000
Hábito ou rotina	196	6,6	7,7	25,0	56,6	4,1	210	4,3	6,7	25,7	57,6	5,7	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Alterações ou dores articulares												p***
	Sim [#] (%)						Não [#] (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	99	20,2	25,3	18,2	32,3	4,0	243	17,7	15,6	29,6	35,8	1,2	1,000
Preço dos alimentos	99	2,0	7,1	21,2	60,6	9,1	243	1,2	4,5	21,0	58,0	15,2	1,000
Controlar o seu peso	99	18,2	12,1	20,2	48,5	1,0	243	14,0	10,3	24,3	49,0	2,5	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	99	4,0	7,1	20,2	61,6	7,1	244	4,5	4,9	22,1	66,4	2,0	1,000
Facilidade de preparação	99	35,4	18,2	20,2	22,2	4,0	243	31,7	21,8	21,4	24,3	0,8	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	99	12,1	13,1	14,1	52,5	8,1	244	7,8	13,5	18,0	50,4	10,2	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	99	22,2	10,1	10,1	45,5	12,1	244	20,9	13,9	17,2	40,2	7,8	1,000
Apresentação da embalagem	99	23,2	16,2	17,2	40,4	3,0	244	25,4	11,9	23,0	36,5	3,3	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	99	12,1	11,1	16,2	50,5	10,1	244	11,1	9,8	20,5	50,0	8,6	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	99	28,3	10,1	14,1	43,4	4,0	244	20,9	10,7	22,1	42,2	4,1	1,000
Disponibilidade de alimentos	99	22,2	19,2	25,3	31,3	2,0	244	16,8	13,9	25,8	43,0	0,4	1,000
Facilidade de armazenamento	98	22,4	22,4	17,3	36,7	1,0	244	25,4	20,1	21,7	31,6	1,2	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	99	50,5	10,1	16,2	19,2	4,0	244	48,8	10,7	13,5	22,1	4,9	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	99	72,7	13,1	8,1	5,1	1,0	244	80,7	7,0	5,7	6,6	0,0	1,000
Sabor dos alimentos	99	0,0	3,0	6,1	68,7	22,2	244	1,2	2,0	7,4	71,3	18,0	1,000
Facilidade de mastigação	99	27,3	8,1	15,2	44,4	5,1	244	21,7	20,1	19,7	35,2	3,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	99	1,0	0,0	2,0	70,7	26,3	244	0,4	1,6	3,7	69,3	25,0	1,000
Hábito ou rotina	99	2,0	6,1	23,2	61,6	7,1	244	6,1	8,2	23,4	58,6	3,7	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ***p com correção de Bonferroni para as 4 variáveis do grupo do envelhecimento músculo-esquelético; #Sim/Não: ter ou não os problemas relacionados com os órgãos dos sentidos referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Diabetes mellitus												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	147	21,1	19,7	21,1	36,1	2,0	297	20,2	17,5	29,0	31,3	2,0	1,000
Preço dos alimentos	147	2,0	6,1	16,3	57,1	18,4	296	2,0	5,1	20,3	57,1	15,5	1,000
Controlar o seu peso	147	15,0	13,6	25,9	42,9	2,7	297	16,5	10,1	22,2	48,1	3,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	147	3,4	6,8	22,4	61,9	5,4	298	4,0	5,7	23,2	62,8	4,4	1,000
Facilidade de preparação	147	31,3	21,1	17,7	27,2	2,7	297	32,7	21,2	20,5	24,2	1,3	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	147	12,9	12,2	13,6	52,4	8,8	298	6,7	13,8	18,1	49,0	12,4	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	147	33,3	12,2	12,9	34,0	7,5	298	19,5	12,4	17,4	42,6	8,1	0,185
Apresentação da embalagem	147	26,5	13,6	21,1	36,7	2,0	298	25,8	11,7	20,1	38,3	4,0	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	147	13,6	8,2	21,8	42,9	13,6	298	10,4	11,4	17,8	50,3	10,1	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	147	23,8	12,2	17,7	40,8	5,4	298	20,5	7,4	21,8	46,3	4,0	1,000
Disponibilidade de alimentos	147	18,4	17,0	25,9	38,1	0,7	298	16,1	16,4	26,2	39,9	1,3	1,000
Facilidade de armazenamento	146	23,3	25,3	20,5	30,1	0,7	297	24,2	21,2	23,2	29,3	2,0	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	147	50,3	8,8	13,6	19,0	8,2	298	52,7	10,7	12,1	20,5	4,0	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	147	86,4	6,1	3,4	4,1	0,0	298	77,9	9,1	6,7	6,0	0,3	0,569
Sabor dos alimentos	147	0,7	1,4	6,8	68,0	23,1	298	0,7	2,0	6,0	71,1	20,1	1,000
Facilidade de mastigação	147	26,5	17,0	17,7	33,3	5,4	298	19,8	16,1	20,1	40,3	3,7	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	147	0,0	1,4	3,4	65,3	29,9	298	0,7	0,7	3,4	69,5	25,8	1,000
Hábito ou rotina	147	2,7	8,2	23,8	59,9	5,4	298	6,7	6,0	24,8	57,4	5,0	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Enfarte agudo do miocárdio												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	20	15,0	40,0	15,0	30,0	0,0	424	20,8	17,2	26,9	33,0	2,1	1,000
Preço dos alimentos	20	0,0	10,0	25,0	50,0	15,0	423	2,1	5,2	18,7	57,4	16,5	1,000
Controlar o seu peso	20	20,0	15,0	25,0	30,0	10,0	424	15,8	11,1	23,3	47,2	2,6	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	20	0,0	5,0	30,0	60,0	5,0	425	4,0	6,1	22,6	62,6	4,7	1,000
Facilidade de preparação	20	30,0	25,0	25,0	20,0	0,0	424	32,3	21,0	19,3	25,5	1,9	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	20	10,0	15,0	15,0	55,0	5,0	425	8,7	13,2	16,7	49,9	11,5	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	20	20,0	15,0	15,0	45,0	5,0	425	24,2	12,2	16,0	39,5	8,0	1,000
Apresentação da embalagem	20	30,0	20,0	25,0	20,0	5,0	425	25,9	12,0	20,2	38,6	3,3	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	20	10,0	15,0	15,0	45,0	15,0	425	11,5	10,1	19,3	48,0	11,1	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	20	25,0	15,0	15,0	35,0	10,0	425	21,4	8,7	20,7	44,9	4,2	1,000
Disponibilidade de alimentos	20	20,0	30,0	15,0	35,0	0,0	425	16,7	16,0	26,6	39,5	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	20	25,0	25,0	30,0	20,0	0,0	423	23,9	22,5	22,0	30,0	1,7	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	20	55,0	0,0	20,0	20,0	5,0	425	51,8	10,6	12,2	20,0	5,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	20	90,0	0,0	5,0	5,0	0,0	425	80,2	8,5	5,6	5,4	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	20	0,0	5,0	10,0	80,0	5,0	425	0,7	1,6	6,1	69,6	21,9	0,949
Facilidade de mastigação	20	30,0	10,0	25,0	35,0	0,0	425	21,6	16,7	19,1	38,1	4,5	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	20	0,0	0,0	0,0	75,0	25,0	425	0,5	0,9	3,5	67,8	27,3	1,000
Hábito ou rotina	20	10,0	25,0	25,0	40,0	0,0	425	5,2	5,9	24,5	59,1	5,4	0,124

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	27	22,2	14,8	22,2	33,3	7,4	417	20,4	18,5	26,6	32,9	1,7	1,000
Preço dos alimentos	27	3,7	3,7	25,9	44,4	22,2	416	1,9	5,5	18,5	57,9	16,1	1,000
Controlar o seu peso	27	11,1	7,4	29,6	44,4	7,4	417	16,3	11,5	23,0	46,5	2,6	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	27	0,0	3,7	25,9	59,3	11,1	418	4,1	6,2	22,7	62,7	4,3	1,000
Facilidade de preparação	27	22,2	37,0	29,6	7,4	3,7	417	32,9	20,1	18,9	26,4	1,7	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	27	11,1	14,8	18,5	40,7	14,8	418	8,6	13,2	16,5	50,7	11,0	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	27	25,9	22,2	25,9	22,2	3,7	418	23,9	11,7	15,3	40,9	8,1	1,000
Apresentação da embalagem	27	25,9	11,1	14,8	40,7	7,4	418	26,1	12,4	20,8	37,6	3,1	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	27	22,2	7,4	11,1	37,0	22,2	418	10,8	10,5	19,6	48,6	10,5	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	27	22,2	3,7	33,3	29,6	11,1	418	21,5	9,3	19,6	45,5	4,1	1,000
Disponibilidade de alimentos	27	11,1	25,9	25,9	33,3	3,7	418	17,2	16,0	26,1	39,7	1,0	1,000
Facilidade de armazenamento	26	7,7	34,6	34,6	23,1	0,0	417	24,9	21,8	21,6	30,0	1,7	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	27	59,3	11,1	7,4	18,5	3,7	418	51,4	10,0	12,9	20,1	5,5	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	27	85,2	7,4	0,0	7,4	0,0	418	80,4	8,1	6,0	5,3	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	27	3,7	3,7	0,0	59,3	33,3	418	0,5	1,7	6,7	70,8	20,3	1,000
Facilidade de mastigação	27	14,8	7,4	22,2	44,4	11,1	418	22,5	17,0	19,1	37,6	3,8	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	27	0,0	3,7	0,0	55,6	40,7	418	0,5	0,7	3,6	68,9	26,3	1,000
Hábito ou rotina	27	3,7	7,4	14,8	59,3	14,8	418	5,5	6,7	25,1	58,1	4,5	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Hipercoagulação												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	120	19,2	20,8	22,5	34,2	3,3	324	21,0	17,3	27,8	32,4	1,5	1,000
Preço dos alimentos	120	0,8	8,3	20,0	50,8	20,0	323	2,5	4,3	18,6	59,4	15,2	1,000
Controlar o seu peso	120	15,0	14,2	24,2	45,8	0,8	324	16,4	10,2	23,1	46,6	3,7	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	121	1,7	9,9	20,7	66,1	1,7	324	4,6	4,6	23,8	61,1	5,9	1,000
Facilidade de preparação	120	29,2	25,8	16,7	27,5	0,8	324	33,3	19,4	20,7	24,4	2,2	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	121	9,1	19,0	16,5	47,1	8,3	324	8,6	11,1	16,7	51,2	12,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	121	24,8	19,0	14,9	33,9	7,4	324	23,8	9,9	16,4	42,0	8,0	1,000
Apresentação da embalagem	121	24,8	12,4	22,3	38,8	1,7	324	26,5	12,3	19,8	37,3	4,0	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	121	9,1	15,7	18,2	45,5	11,6	324	12,3	8,3	19,4	48,8	11,1	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	121	22,3	10,7	17,4	45,5	4,1	324	21,3	8,3	21,6	44,1	4,6	1,000
Disponibilidade de alimentos	121	19,8	19,0	24,0	36,4	0,8	324	15,7	15,7	26,9	40,4	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	121	18,2	22,3	24,8	33,1	1,7	322	26,1	22,7	21,4	28,3	1,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	121	45,5	14,0	10,7	23,1	6,6	324	54,3	8,6	13,3	18,8	4,9	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	121	77,7	9,9	5,8	6,6	0,0	324	81,8	7,4	5,6	4,9	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	121	0,8	2,5	6,6	68,6	21,5	324	0,6	1,5	6,2	70,7	21,0	1,000
Facilidade de mastigação	121	21,5	11,6	19,8	41,3	5,8	324	22,2	18,2	19,1	36,7	3,7	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	121	0,0	2,5	2,5	66,9	28,1	324	0,6	0,3	3,7	68,5	26,9	1,000
Hábito ou rotina	121	6,6	11,6	17,4	57,9	6,6	324	4,9	4,9	27,2	58,3	4,6	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Outras doenças cardiovasculares												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	118	22,0	19,5	24,6	30,5	3,4	326	19,9	17,8	27,0	33,7	1,5	1,000
Preço dos alimentos	119	0,8	7,6	16,0	55,5	20,2	324	2,5	4,6	20,1	57,7	15,1	1,000
Controlar o seu peso	118	19,5	8,5	27,1	44,1	0,8	326	14,7	12,3	22,1	47,2	3,7	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	119	6,7	4,2	26,1	61,3	1,7	326	2,8	6,7	21,8	62,9	5,8	1,000
Facilidade de preparação	118	33,1	21,2	16,9	28,0	0,8	326	31,9	21,2	20,6	24,2	2,1	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	119	5,0	15,1	14,3	57,1	8,4	326	10,1	12,6	17,5	47,5	12,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	119	26,9	16,0	16,0	34,5	6,7	326	23,0	11,0	16,0	41,7	8,3	1,000
Apresentação da embalagem	119	31,9	9,2	21,0	37,0	0,8	326	23,9	13,5	20,2	38,0	4,3	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	119	8,4	13,4	19,3	47,9	10,9	326	12,6	9,2	19,0	47,9	11,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	119	21,0	9,2	16,8	47,1	5,9	326	21,8	8,9	21,8	43,6	4,0	1,000
Disponibilidade de alimentos	119	16,0	18,5	28,6	37,0	0,0	326	17,2	16,0	25,2	40,2	1,5	1,000
Facilidade de armazenamento	118	23,7	22,9	24,6	28,0	0,8	325	24,0	22,5	21,5	30,2	1,8	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	119	47,1	13,4	12,6	21,0	5,9	326	53,7	8,9	12,6	19,6	5,2	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	119	76,5	10,9	5,0	7,6	0,0	326	82,2	7,1	5,8	4,6	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	119	0,8	2,5	6,7	73,9	16,0	326	0,6	1,5	6,1	68,7	23,0	1,000
Facilidade de mastigação	119	22,7	10,1	24,4	41,2	1,7	326	21,8	18,7	17,5	36,8	5,2	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	119	0,0	0,8	1,7	78,2	19,3	326	0,6	0,9	4,0	64,4	30,1	1,000
Hábito ou rotina	119	3,4	6,7	20,2	64,7	5,0	326	6,1	6,7	26,1	55,8	5,2	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Hipertensão arterial												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	331	23,0	17,5	24,2	33,2	2,1	113	13,3	20,4	32,7	31,9	1,8	1,000
Preço dos alimentos	332	2,4	5,1	18,4	57,2	16,9	111	0,9	6,3	20,7	56,8	15,3	1,000
Controlar o seu peso	331	16,9	10,6	25,7	44,7	2,1	113	13,3	13,3	16,8	51,3	5,3	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	332	3,9	6,0	25,3	60,5	4,2	113	3,5	6,2	15,9	68,1	6,2	1,000
Facilidade de preparação	331	33,5	21,1	19,9	24,2	1,2	113	28,3	21,2	18,6	28,3	3,5	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	332	10,2	12,7	16,9	49,4	10,8	113	4,4	15,0	15,9	52,2	12,4	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	332	27,1	11,4	16,9	37,0	7,5	113	15,0	15,0	13,3	47,8	8,8	0,342
Apresentação da embalagem	332	27,1	13,3	20,2	36,4	3,0	113	23,0	9,7	21,2	41,6	4,4	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	332	11,4	10,5	21,1	44,9	12,0	113	11,5	9,7	13,3	56,6	8,8	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	332	22,0	9,6	20,5	44,3	3,6	113	20,4	7,1	20,4	45,1	7,1	1,000
Disponibilidade de alimentos	332	17,2	18,4	24,4	39,2	0,9	113	15,9	11,5	31,0	39,8	1,8	1,000
Facilidade de armazenamento	331	25,7	22,7	21,8	29,0	0,9	112	18,8	22,3	24,1	31,3	3,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	332	50,9	10,5	12,0	20,8	5,7	113	54,9	8,8	14,2	17,7	4,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	332	83,1	7,2	5,4	4,2	0,0	113	73,5	10,6	6,2	8,8	0,9	0,353
Sabor dos alimentos	332	0,6	2,1	5,7	69,3	22,3	113	0,9	0,9	8,0	72,6	17,7	1,000
Facilidade de mastigação	332	22,3	16,0	17,8	39,8	4,2	113	21,2	17,7	23,9	32,7	4,4	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	332	0,6	1,2	3,0	68,1	27,1	113	0,0	0,0	4,4	68,1	27,4	1,000
Hábito ou rotina	332	6,9	7,5	24,4	56,0	5,1	113	0,9	4,4	24,8	64,6	5,3	0,896

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Anemia												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	26	7,7	15,4	26,9	46,2	3,8	418	21,3	18,4	26,3	32,1	1,9	0,768
Preço dos alimentos	26	0,0	3,8	19,2	61,5	15,4	417	2,2	5,5	18,9	56,8	16,5	1,000
Controlar o seu peso	26	19,2	11,5	23,1	46,2	0,0	418	15,8	11,2	23,4	46,4	3,1	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	26	3,8	3,8	26,9	65,4	0,0	419	3,8	6,2	22,7	62,3	5,0	1,000
Facilidade de preparação	26	26,9	38,5	19,2	15,4	0,0	418	32,5	20,1	19,6	25,8	1,9	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	26	23,1	7,7	30,8	34,6	3,8	419	7,9	13,6	15,8	51,1	11,7	0,224
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	26	19,2	11,5	11,5	46,2	11,5	419	24,3	12,4	16,2	39,4	7,6	1,000
Apresentação da embalagem	26	15,4	3,8	30,8	50,0	0,0	419	26,7	12,9	19,8	37,0	3,6	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	26	7,7	7,7	23,1	42,3	19,2	419	11,7	10,5	18,9	48,2	10,7	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	26	23,1	0,0	15,4	53,8	7,7	419	21,5	9,5	20,8	43,9	4,3	1,000
Disponibilidade de alimentos	26	11,5	19,2	30,8	38,5	0,0	419	17,2	16,5	25,8	39,4	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	25	24,0	8,0	28,0	32,0	8,0	418	23,9	23,4	22,0	29,4	1,2	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	26	42,3	3,8	19,2	19,2	15,4	419	52,5	10,5	12,2	20,0	4,8	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	26	76,9	11,5	3,8	7,7	0,0	419	80,9	7,9	5,7	5,3	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	26	0,0	0,0	0,0	61,5	38,5	419	0,7	1,9	6,7	70,6	20,0	0,182
Facilidade de mastigação	26	3,8	23,1	19,2	42,3	11,5	419	23,2	16,0	19,3	37,7	3,8	0,880
Qualidade e frescura dos alimentos	26	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2	419	0,5	1,0	3,6	69,0	26,0	0,296
Hábito ou rotina	26	0,0	3,8	15,4	69,2	11,5	419	5,7	6,9	25,1	57,5	4,8	0,476

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Dislipidemia												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	276	19,6	19,2	26,8	33,3	1,1	168	22,0	16,7	25,6	32,1	3,6	1,000
Preço dos alimentos	274	1,8	5,8	20,4	55,8	16,1	169	2,4	4,7	16,6	59,2	17,2	1,000
Controlar o seu peso	276	14,5	10,5	24,6	47,5	2,9	168	18,5	12,5	21,4	44,6	3,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	276	3,3	5,4	24,6	60,9	5,8	169	4,7	7,1	20,1	65,1	3,0	1,000
Facilidade de preparação	276	30,4	21,4	20,3	26,4	1,4	168	35,1	20,8	18,5	23,2	2,4	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	276	8,0	12,3	18,8	50,0	10,9	169	10,1	14,8	13,0	50,3	11,8	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	276	23,9	13,8	14,9	40,2	7,2	169	24,3	10,1	17,8	39,1	8,9	1,000
Apresentação da embalagem	276	23,9	11,6	22,8	38,8	2,9	169	29,6	13,6	16,6	36,1	4,1	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	276	7,2	10,1	20,7	50,4	11,6	169	18,3	10,7	16,6	43,8	10,7	0,556
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	276	20,3	9,4	21,4	44,9	4,0	169	23,7	8,3	18,9	43,8	5,3	1,000
Disponibilidade de alimentos	276	17,4	17,8	23,9	40,6	0,4	169	16,0	14,8	29,6	37,3	2,4	1,000
Facilidade de armazenamento	274	21,9	22,6	24,5	29,6	1,5	169	27,2	22,5	18,9	29,6	1,8	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	276	52,2	9,8	12,0	20,3	5,8	169	51,5	10,7	13,6	19,5	4,7	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	276	81,9	7,2	6,2	4,7	0,0	169	78,7	9,5	4,7	6,5	0,6	1,000
Sabor dos alimentos	276	0,4	2,2	4,7	70,7	22,1	169	1,2	1,2	8,9	69,2	19,5	1,000
Facilidade de mastigação	276	19,9	18,5	18,8	39,1	3,6	169	25,4	13,0	20,1	36,1	5,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	276	0,4	0,4	2,5	68,1	28,6	169	0,6	1,8	4,7	68,0	24,9	1,000
Hábito ou rotina	276	4,7	5,8	23,2	61,6	4,7	169	6,5	8,3	26,6	52,7	5,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Gota/ ácido úrico elevado												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	34	14,7	32,4	14,7	32,4	5,9	410	21,0	17,1	27,3	32,9	1,7	1,000
Preço dos alimentos	34	2,9	8,8	35,3	44,1	8,8	409	2,0	5,1	17,6	58,2	17,1	0,152
Controlar o seu peso	34	14,7	17,6	23,5	41,2	2,9	410	16,1	10,7	23,4	46,8	2,9	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	34	0,0	5,9	29,4	61,8	2,9	411	4,1	6,1	22,4	62,5	4,9	1,000
Facilidade de preparação	34	29,4	20,6	26,5	23,5	0,0	410	32,4	21,2	19,0	25,4	2,0	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	34	2,9	14,7	17,6	58,8	5,9	411	9,2	13,1	16,5	49,4	11,7	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	34	26,5	14,7	20,6	29,4	8,8	411	23,8	12,2	15,6	40,6	7,8	1,000
Apresentação da embalagem	34	35,3	20,6	20,6	23,5	0,0	411	25,3	11,7	20,4	38,9	3,6	0,397
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	34	5,9	17,6	17,6	50,0	8,8	411	11,9	9,7	19,2	47,7	11,4	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	34	23,5	8,8	20,6	44,1	2,9	411	21,4	9,0	20,4	44,5	4,6	1,000
Disponibilidade de alimentos	34	20,6	17,6	26,5	35,3	0,0	411	16,5	16,5	26,0	39,7	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	33	24,2	27,3	18,2	30,3	0,0	410	23,9	22,2	22,7	29,5	1,7	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	34	58,8	8,8	14,7	14,7	2,9	411	51,3	10,2	12,4	20,4	5,6	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	34	73,5	8,8	5,9	11,8	0,0	411	81,3	8,0	5,6	4,9	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	34	0,0	8,8	2,9	73,5	14,7	411	0,7	1,2	6,6	69,8	21,7	1,000
Facilidade de mastigação	34	32,4	14,7	14,7	35,3	2,9	411	21,2	16,5	19,7	38,2	4,4	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	34	0,0	2,9	5,9	73,5	17,6	411	0,5	0,7	3,2	67,6	28,0	1,000
Hábito ou rotina	34	5,9	8,8	23,5	58,8	2,9	411	5,4	6,6	24,6	58,2	5,4	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doenças oncológicas												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	35	14,3	17,1	31,4	34,3	2,9	409	21,0	18,3	25,9	32,8	2,0	1,000
Preço dos alimentos	35	2,9	5,7	17,1	68,6	5,7	408	2,0	5,4	19,1	56,1	17,4	1,000
Controlar o seu peso	35	8,6	5,7	17,1	68,6	0,0	409	16,6	11,7	24,0	44,5	3,2	0,639
Tentar fazer uma alimentação saudável	35	2,9	5,7	17,1	68,6	5,7	410	3,9	6,1	23,4	62,0	4,6	1,000
Facilidade de preparação	35	8,6	42,9	22,9	22,9	2,9	409	34,2	19,3	19,3	25,4	1,7	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	35	5,7	8,6	22,9	60,0	2,9	410	9,0	13,7	16,1	49,3	12,0	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	35	14,3	22,9	17,1	42,9	2,9	410	24,9	11,5	15,9	39,5	8,3	1,000
Apresentação da embalagem	35	2,9	14,3	28,6	48,6	5,7	410	28,0	12,2	19,8	36,8	3,2	0,114
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	35	5,7	11,4	28,6	48,6	5,7	410	12,0	10,2	18,3	47,8	11,7	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	35	17,1	20,0	20,0	37,1	5,7	410	22,0	8,0	20,5	45,1	4,4	1,000
Disponibilidade de alimentos	35	8,6	25,7	22,9	42,9	0,0	410	17,6	15,9	26,3	39,0	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	34	11,8	32,4	14,7	35,3	5,9	409	24,9	21,8	23,0	29,1	1,2	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	35	42,9	14,3	14,3	22,9	5,7	410	52,7	9,8	12,4	19,8	5,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	35	65,7	17,1	8,6	8,6	0,0	410	82,0	7,3	5,4	5,1	0,2	0,463
Sabor dos alimentos	35	2,9	2,9	11,4	62,9	20,0	410	0,5	1,7	5,9	70,7	21,2	1,000
Facilidade de mastigação	35	14,3	2,9	28,6	51,4	2,9	410	22,7	17,6	18,5	36,8	4,4	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	35	0,0	5,7	5,7	68,6	20,0	410	0,5	0,5	3,2	68,0	27,8	1,000
Hábito ou rotina	35	11,4	8,6	22,9	48,6	8,6	410	4,9	6,6	24,6	59,0	4,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doenças/ problemas gastrointestinais												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	176	21,0	14,8	27,3	33,5	3,4	268	20,1	20,5	25,7	32,5	1,1	1,000
Preço dos alimentos	175	1,7	2,3	15,4	60,0	20,6	268	2,2	7,5	21,3	55,2	13,8	0,046
Controlar o seu peso	176	12,5	6,3	24,4	54,5	2,3	268	18,3	14,6	22,8	41,0	3,4	0,100
Tentar fazer uma alimentação saudável	177	2,8	4,5	24,3	63,8	4,5	268	4,5	7,1	22,0	61,6	4,9	1,000
Facilidade de preparação	176	34,1	20,5	19,9	24,4	1,1	268	31,0	21,6	19,4	25,7	2,2	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	177	7,9	17,5	14,1	46,3	14,1	268	9,3	10,4	18,3	52,6	9,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	177	26,0	10,7	17,5	38,4	7,3	268	22,8	13,4	14,9	40,7	8,2	1,000
Apresentação da embalagem	177	20,9	10,7	22,6	41,2	4,5	268	29,5	13,4	19,0	35,4	2,6	0,401
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	177	7,9	11,9	20,3	45,8	14,1	268	13,8	9,3	18,3	49,3	9,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	177	16,9	7,9	23,2	46,3	5,6	268	24,6	9,7	18,7	43,3	3,7	1,000
Disponibilidade de alimentos	177	15,3	18,1	24,3	41,8	0,6	268	17,9	15,7	27,2	37,7	1,5	1,000
Facilidade de armazenamento	176	21,6	25,6	19,9	32,4	0,6	267	25,5	20,6	24,0	27,7	2,2	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	177	53,7	7,9	13,6	18,6	6,2	268	50,7	11,6	11,9	20,9	4,9	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	177	81,4	7,9	4,0	6,8	0,0	268	80,2	8,2	6,7	4,5	0,4	1,000
Sabor dos alimentos	177	0,6	1,1	6,2	68,9	23,2	268	0,7	2,2	6,3	70,9	19,8	1,000
Facilidade de mastigação	177	16,9	15,3	17,5	45,2	5,1	268	25,4	17,2	20,5	33,2	3,7	0,087
Qualidade e frescura dos alimentos	177	0,0	1,7	1,7	66,1	30,5	268	0,7	0,4	4,5	69,4	25,0	1,000
Hábito ou rotina	177	6,2	7,3	16,4	64,4	5,6	268	4,9	6,3	29,9	54,1	4,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Excesso de peso/ obesidade												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	125	17,6	18,4	24,0	36,8	3,2	319	21,6	18,2	27,3	31,3	1,6	1,000
Preço dos alimentos	125	3,2	4,8	21,6	57,6	12,8	318	1,6	5,7	17,9	56,9	17,9	1,000
Controlar o seu peso	125	11,2	8,0	28,8	48,8	3,2	319	17,9	12,5	21,3	45,5	2,8	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	125	3,2	5,6	28,0	56,8	6,4	320	4,1	6,3	20,9	64,7	4,1	1,000
Facilidade de preparação	125	24,8	24,0	24,8	25,6	0,8	319	35,1	20,1	17,6	25,1	2,2	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	125	5,6	16,8	12,8	54,4	10,4	320	10,0	11,9	18,1	48,4	11,6	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	125	24,8	9,6	18,4	40,8	6,4	320	23,8	13,4	15,0	39,4	8,4	1,000
Apresentação da embalagem	125	17,6	12,0	22,4	43,2	4,8	320	29,4	12,5	19,7	35,6	2,8	0,190
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	125	6,4	8,8	22,4	48,8	13,6	320	13,4	10,9	17,8	47,5	10,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	125	19,2	6,4	18,4	48,0	8,0	320	22,5	10,0	21,3	43,1	3,1	0,741
Disponibilidade de alimentos	125	6,4	16,0	24,0	51,2	2,4	320	20,9	16,9	26,9	34,7	0,6	0,001
Facilidade de armazenamento	125	17,6	24,8	24,8	30,4	2,4	318	26,4	21,7	21,4	29,2	1,3	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	125	54,4	6,4	12,0	18,4	8,8	320	50,9	11,6	12,8	20,6	4,1	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	125	85,6	6,4	5,6	2,4	0,0	320	78,8	8,8	5,6	6,6	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	125	0,8	6,4	67,2	25,6	0,0	320	0,6	2,5	6,3	71,3	19,4	1,000
Facilidade de mastigação	125	18,4	19,2	23,2	34,4	4,8	320	23,4	15,3	17,8	39,4	4,1	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	125	0,8	0,8	2,4	64,8	31,2	320	0,3	0,9	3,8	69,4	25,6	1,000
Hábito ou rotina	125	6,4	8,0	16,8	63,2	5,6	320	5,0	6,3	27,5	56,3	5,0	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doenças da tireoide												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	63	14,3	19,0	27,0	38,1	1,6	381	21,5	18,1	26,2	32,0	2,1	1,000
Preço dos alimentos	64	3,1	9,4	12,5	54,7	20,3	379	1,8	4,7	20,1	57,5	15,8	1,000
Controlar o seu peso	63	4,8	7,9	31,7	54,0	1,6	381	17,8	11,8	22,0	45,1	3,1	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	64	0,0	3,1	26,6	65,6	4,7	381	4,5	6,6	22,3	61,9	4,7	1,000
Facilidade de preparação	63	31,7	22,2	19,0	25,4	1,6	381	32,3	21,0	19,7	25,2	1,8	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	64	6,3	12,5	10,9	54,7	15,6	381	9,2	13,4	17,6	49,3	10,5	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	64	29,7	14,1	14,1	35,9	6,3	381	23,1	12,1	16,3	40,4	8,1	1,000
Apresentação da embalagem	64	23,4	15,6	20,3	35,9	4,7	381	26,5	11,8	20,5	38,1	3,1	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	64	4,7	14,1	23,4	40,6	17,2	381	12,6	9,7	18,4	49,1	10,2	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	64	14,1	10,9	26,6	40,6	7,8	381	22,8	8,7	19,4	45,1	3,9	1,000
Disponibilidade de alimentos	64	10,9	17,2	29,7	42,2	0,0	381	17,8	16,5	25,5	38,8	1,3	1,000
Facilidade de armazenamento	64	15,6	28,1	23,4	31,3	1,6	379	25,3	21,6	22,2	29,3	1,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	64	56,3	14,1	9,4	15,6	4,7	381	51,2	9,4	13,1	20,7	5,5	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	64	64,1	18,8	7,8	9,4	0,0	381	83,5	6,3	5,2	4,7	0,3	0,009
Sabor dos alimentos	64	0,0	1,6	7,8	70,3	20,3	381	0,8	1,8	6,0	70,1	21,3	1,000
Facilidade de mastigação	64	18,8	15,6	23,4	37,5	4,7	381	22,6	16,5	18,6	38,1	4,2	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	64	0,0	1,6	3,1	65,6	29,7	381	0,5	0,8	3,4	68,5	26,8	1,000
Hábito ou rotina	64	1,6	7,8	26,6	57,8	6,3	381	6,0	6,6	24,1	58,3	5,0	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doenças renais												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	53	26,4	20,8	13,2	37,7	1,9	391	19,7	17,9	28,1	32,2	2,0	1,000
Preço dos alimentos	53	1,9	1,9	11,3	62,3	22,6	390	2,1	5,9	20,0	56,4	15,6	0,634
Controlar o seu peso	53	24,5	7,5	18,9	45,3	3,8	391	14,8	11,8	24,0	46,5	2,8	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	53	3,8	5,7	28,3	58,5	3,8	392	3,8	6,1	22,2	63,0	4,8	1,000
Facilidade de preparação	53	37,7	32,1	7,5	20,8	1,9	391	31,5	19,7	21,2	25,8	1,8	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	53	11,3	15,1	26,4	32,1	15,1	392	8,4	13,0	15,3	52,6	10,7	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	53	28,3	15,1	20,8	26,4	9,4	392	23,5	12,0	15,3	41,6	7,7	1,000
Apresentação da embalagem	53	24,5	17,0	26,4	26,4	5,7	392	26,3	11,7	19,6	39,3	3,1	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	53	9,4	5,7	22,6	41,5	20,8	392	11,7	11,0	18,6	48,7	9,9	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	53	26,4	7,5	22,6	39,6	3,8	392	20,9	9,2	20,2	45,2	4,6	1,000
Disponibilidade de alimentos	53	15,1	20,8	22,6	41,5	0,0	392	17,1	16,1	26,5	39,0	1,3	1,000
Facilidade de armazenamento	52	15,4	30,8	26,9	25,0	1,9	391	25,1	21,5	21,7	30,2	1,5	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	53	49,1	9,4	15,1	18,9	7,5	392	52,3	10,2	12,2	20,2	5,1	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	53	83,0	5,7	7,5	3,8	0,0	392	80,4	8,4	5,4	5,6	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	53	0,0	0,0	5,7	77,4	17,0	392	0,8	2,0	6,4	69,1	21,7	1,000
Facilidade de mastigação	53	24,5	17,0	18,9	37,7	1,9	392	21,7	16,3	19,4	38,0	4,6	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	53	0,0	0,0	1,9	73,6	24,5	392	0,5	1,0	3,6	67,3	27,6	1,000
Hábito ou rotina	53	5,7	9,4	30,2	49,1	5,7	392	5,4	6,4	23,7	59,4	5,1	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doenças/ problemas respiratórios												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	86	20,9	16,3	27,9	30,2	4,7	358	20,4	18,7	26,0	33,5	1,4	1,000
Preço dos alimentos	86	2,3	4,7	12,8	58,1	22,1	357	2,0	5,6	20,4	56,9	15,1	1,000
Controlar o seu peso	86	7,0	11,6	29,1	46,5	5,8	358	18,2	11,2	22,1	46,4	2,2	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	86	2,3	3,5	26,7	61,6	5,8	359	4,2	6,7	22,0	62,7	4,5	1,000
Facilidade de preparação	86	25,6	17,4	30,2	26,7	0,0	358	33,8	22,1	17,0	24,9	2,2	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	86	7,0	14,0	17,4	51,2	10,5	359	9,2	13,1	16,4	49,9	11,4	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	86	31,4	11,6	18,6	32,6	5,8	359	22,3	12,5	15,3	41,5	8,4	0,829
Apresentação da embalagem	86	23,3	14,0	19,8	37,2	5,8	359	26,7	12,0	20,6	37,9	2,8	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	86	9,3	10,5	19,8	47,7	12,8	359	12,0	10,3	18,9	47,9	10,9	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	86	17,4	9,3	23,3	43,0	7,0	359	22,6	8,9	19,8	44,8	3,9	1,000
Disponibilidade de alimentos	86	8,1	20,9	34,9	32,6	3,5	359	18,9	15,6	24,0	40,9	0,6	1,000
Facilidade de armazenamento	85	17,6	23,5	30,6	24,7	3,5	358	25,4	22,3	20,4	30,7	1,1	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	86	55,8	7,0	12,8	18,6	5,8	359	51,0	10,9	12,5	20,3	5,3	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	86	79,1	10,5	5,8	4,7	0,0	359	81,1	7,5	5,6	5,6	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	86	0,0	0,0	4,7	67,4	27,9	359	0,8	2,2	6,7	70,8	19,5	0,608
Facilidade de mastigação	86	16,3	15,1	18,6	46,5	3,5	359	23,4	16,7	19,5	35,9	4,5	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	86	0,0	1,2	1,2	61,6	36,0	359	0,6	0,8	3,9	69,6	25,1	0,467
Hábito ou rotina	86	4,7	5,8	23,3	61,6	4,7	359	5,6	7,0	24,8	57,4	5,3	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doenças/ problemas osteoarticulares												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	246	20,3	17,1	27,2	32,9	2,4	198	20,7	19,7	25,3	32,8	1,5	1,000
Preço dos alimentos	244	2,0	4,5	17,2	54,9	21,3	199	2,0	6,5	21,1	59,8	10,6	0,167
Controlar o seu peso	246	16,3	11,4	24,4	45,1	2,8	198	15,7	11,1	22,2	48,0	3,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	246	3,7	5,7	24,8	61,0	4,9	199	4,0	6,5	20,6	64,3	4,5	1,000
Facilidade de preparação	246	27,2	22,0	21,5	28,0	1,2	198	38,4	20,2	17,2	21,7	2,5	0,512
Poder ser comprado em lojas perto de casa	246	9,3	13,0	17,5	48,0	12,2	199	8,0	13,6	15,6	52,8	10,1	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	246	22,8	13,4	17,9	38,6	7,3	199	25,6	11,1	13,6	41,2	8,5	1,000
Apresentação da embalagem	246	25,6	13,4	21,5	35,8	3,7	199	26,6	11,1	19,1	40,2	3,0	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	246	8,5	10,6	22,0	45,9	13,0	199	15,1	10,1	15,6	50,3	9,0	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	246	19,1	6,5	22,0	48,0	4,5	199	24,6	12,1	18,6	40,2	4,5	1,000
Disponibilidade de alimentos	246	11,8	17,9	26,4	43,1	0,8	199	23,1	15,1	25,6	34,7	1,5	0,369
Facilidade de armazenamento	245	21,6	24,5	24,9	27,3	1,6	198	26,8	20,2	19,2	32,3	1,5	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	246	57,7	9,8	10,6	15,4	6,5	199	44,7	10,6	15,1	25,6	4,0	0,222
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	246	82,5	7,3	4,5	5,7	0,0	199	78,4	9,0	7,0	5,0	0,5	1,000
Sabor dos alimentos	246	1,2	,8	6,9	69,5	21,5	199	0,0	3,0	5,5	70,9	20,6	1,000
Facilidade de mastigação	246	20,3	19,1	21,1	35,4	4,1	199	24,1	13,1	17,1	41,2	4,5	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	246	0,4	1,2	4,1	64,6	29,7	199	0,5	0,5	2,5	72,4	24,1	1,000
Hábito ou rotina	246	4,5	8,1	24,8	58,9	3,7	199	6,5	5,0	24,1	57,3	7,0	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Stresse, depressão, ansiedade												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	125	18,4	13,6	26,4	39,2	2,4	319	21,3	20,1	26,3	30,4	1,9	1,000
Preço dos alimentos	124	1,6	6,5	20,2	59,7	12,1	319	2,2	5,0	18,5	56,1	18,2	1,000
Controlar o seu peso	125	16,8	10,4	30,4	40,0	2,4	319	15,7	11,6	20,7	48,9	3,1	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	125	2,4	8,8	28,0	56,0	4,8	320	4,4	5,0	20,9	65,0	4,7	1,000
Facilidade de preparação	125	27,2	16,8	25,6	29,6	,8	319	34,2	22,9	17,2	23,5	2,2	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	125	8,0	13,6	21,6	44,0	12,8	320	9,1	13,1	14,7	52,5	10,6	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	125	26,4	11,2	20,8	31,2	10,4	320	23,1	12,8	14,1	43,1	6,9	1,000
Apresentação da embalagem	125	26,4	16,8	19,2	32,8	4,8	320	25,9	10,6	20,9	39,7	2,8	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	125	12,0	8,0	25,6	44,8	9,6	320	11,3	11,3	16,6	49,1	11,9	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	125	22,4	11,2	24,0	35,2	7,2	320	21,3	8,1	19,1	48,1	3,4	1,000
Disponibilidade de alimentos	125	11,2	19,2	29,6	39,2	,8	320	19,1	15,6	24,7	39,4	1,3	1,000
Facilidade de armazenamento	125	21,6	22,4	28,8	24,8	2,4	318	24,8	22,6	19,8	31,4	1,3	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	125	53,6	8,8	14,4	19,2	4,0	320	51,3	10,6	11,9	20,3	5,9	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	125	78,4	9,6	7,2	4,8	0,0	320	81,6	7,5	5,0	5,6	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	125	0,8	0,8	8,8	68,8	20,8	320	0,6	2,2	5,3	70,6	21,3	1,000
Facilidade de mastigação	125	13,6	21,6	19,2	39,2	6,4	320	25,3	14,4	19,4	37,5	3,4	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	125	0,0	2,4	6,4	67,2	24,0	320	0,6	0,3	2,2	68,4	28,4	1,000
Hábito ou rotina	125	7,2	7,2	28,8	51,2	5,6	320	4,7	6,6	22,8	60,9	5,0	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Insônia												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	129	15,5	17,1	34,9	29,5	3,1	315	22,5	18,7	22,9	34,3	1,6	1,000
Preço dos alimentos	128	1,6	3,1	19,5	63,3	12,5	315	2,2	6,3	18,7	54,6	18,1	1,000
Controlar o seu peso	129	15,5	11,6	20,9	48,1	3,9	315	16,2	11,1	24,4	45,7	2,5	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	129	4,7	6,2	21,7	62,0	5,4	316	3,5	6,0	23,4	62,7	4,4	1,000
Facilidade de preparação	129	25,6	20,2	21,7	31,0	1,6	315	34,9	21,6	18,7	22,9	1,9	0,516
Poder ser comprado em lojas perto de casa	129	9,3	18,6	17,1	45,0	10,1	316	8,5	11,1	16,5	52,2	11,7	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	129	27,9	13,2	17,1	34,1	7,8	316	22,5	12,0	15,5	42,1	7,9	1,000
Apresentação da embalagem	129	27,1	13,2	24,0	33,3	2,3	316	25,6	12,0	19,0	39,6	3,8	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	129	11,6	11,6	21,7	46,5	8,5	316	11,4	9,8	18,0	48,4	12,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	129	17,1	10,1	21,7	45,7	5,4	316	23,4	8,5	19,9	44,0	4,1	1,000
Disponibilidade de alimentos	129	9,3	21,7	22,5	46,5	0,0	316	19,9	14,6	27,5	36,4	1,6	1,000
Facilidade de armazenamento	128	23,4	25,8	27,3	22,7	0,8	315	24,1	21,3	20,3	32,4	1,9	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	129	54,3	11,6	15,5	13,2	5,4	316	50,9	9,5	11,4	22,8	5,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	129	80,6	10,9	5,4	3,1	0,0	316	80,7	7,0	5,7	6,3	0,3	1,000
Sabor dos alimentos	129	0,8	0,8	8,5	73,6	16,3	316	0,6	2,2	5,4	68,7	23,1	1,000
Facilidade de mastigação	129	19,4	20,9	12,4	42,6	4,7	316	23,1	14,6	22,2	36,1	4,1	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	129	0,8	0,8	5,4	69,8	23,3	316	0,3	0,9	2,5	67,4	28,8	1,000
Hábito ou rotina	129	2,3	6,2	27,1	62,0	2,3	316	6,6	7,0	23,4	56,6	6,3	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Demência, Doença de Alzheimer												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	2	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0	442	20,4	18,3	26,5	32,8	2,0	1,000
Preço dos alimentos	2	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	441	2,0	5,4	19,0	57,1	16,3	1,000
Controlar o seu peso	2	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	442	16,1	11,3	23,1	46,6	2,9	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	2	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	443	3,8	6,1	22,6	62,8	4,7	1,000
Facilidade de preparação	2	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	442	32,1	21,3	19,5	25,3	1,8	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	2	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	443	8,8	13,3	16,3	50,3	11,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	2	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	443	23,9	12,4	15,8	40,0	7,9	1,000
Apresentação da embalagem	2	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	443	26,0	12,4	20,3	37,9	3,4	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	2	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	443	11,5	10,2	19,0	48,1	11,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	2	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	443	21,7	9,0	20,1	44,7	4,5	1,000
Disponibilidade de alimentos	2	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	443	16,9	16,5	26,0	39,5	1,1	1,000
Facilidade de armazenamento	2	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	441	23,8	22,7	22,2	29,7	1,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	443	51,7	10,2	12,6	20,1	5,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	443	80,6	8,1	5,6	5,4	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	2	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	443	0,7	1,8	6,3	70,0	21,2	1,000
Facilidade de mastigação	2	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	443	22,1	16,3	19,4	37,9	4,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	2	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	443	0,5	0,9	3,4	67,9	27,3	1,000
Hábito ou rotina	2	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	443	5,4	6,8	24,4	58,2	5,2	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Doença de Parkinson												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	3	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	441	20,6	17,9	26,3	33,1	2,0	1,000
Preço dos alimentos	3	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	440	2,0	5,5	19,1	57,0	16,4	1,000
Controlar o seu peso	3	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	441	16,1	10,9	23,4	46,7	2,9	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	3	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	442	3,8	6,1	22,6	62,7	4,8	1,000
Facilidade de preparação	3	0,0	33,3	0,0	33,3	33,3	441	32,4	21,1	19,7	25,2	1,6	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	3	33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	442	8,6	13,3	16,3	50,5	11,3	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	3	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0	442	24,0	12,2	16,1	39,8	7,9	1,000
Apresentação da embalagem	3	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	442	26,0	12,2	20,4	38,0	3,4	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	442	11,5	10,4	19,2	47,5	11,3	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	3	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	442	21,7	9,0	20,1	44,6	4,5	1,000
Disponibilidade de alimentos	3	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	442	17,0	16,7	25,8	39,4	1,1	1,000
Facilidade de armazenamento	3	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	440	24,1	22,7	21,8	29,8	1,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	3	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	442	52,0	10,0	12,4	20,1	5,4	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	3	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	442	80,5	8,1	5,7	5,4	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	3	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	442	0,7	1,8	6,3	70,1	21,0	1,000
Facilidade de mastigação	3	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	442	21,9	16,3	19,2	38,2	4,3	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	3	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	442	0,5	0,9	3,4	68,1	27,1	1,000
Hábito ou rotina	3	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	442	5,4	6,6	24,4	58,4	5,2	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Outras doenças/ problemas do sistema nervoso												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	9	0,0	11,1	33,3	55,6	0,0	435	20,9	18,4	26,2	32,4	2,1	1,000
Preço dos alimentos	9	0,0	0,0	44,4	44,4	11,1	434	2,1	5,5	18,4	57,4	16,6	1,000
Controlar o seu peso	9	11,1	11,1	11,1	55,6	11,1	435	16,1	11,3	23,7	46,2	2,8	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	9	0,0	0,0	22,2	77,8	0,0	436	3,9	6,2	22,9	62,2	4,8	1,000
Facilidade de preparação	9	22,2	33,3	33,3	11,1	0,0	435	32,4	20,9	19,3	25,5	1,8	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	9	11,1	11,1	22,2	44,4	11,1	436	8,7	13,3	16,5	50,2	11,2	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	9	11,1	11,1	22,2	44,4	11,1	436	24,3	12,4	15,8	39,7	7,8	1,000
Apresentação da embalagem	9	22,2	33,3	22,2	11,1	11,1	436	26,1	11,9	20,4	38,3	3,2	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	9	11,1	33,3	33,3	22,2	0,0	436	11,7	10,3	18,8	48,2	11,0	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	9	44,4	11,1	11,1	33,3	0,0	436	21,1	8,9	20,6	44,7	4,6	1,000
Disponibilidade de alimentos	9	22,2	11,1	22,2	44,4	0,0	436	16,7	16,7	26,1	39,2	1,1	1,000
Facilidade de armazenamento	9	33,3	11,1	22,2	33,3	0,0	434	23,7	22,8	22,4	29,5	1,6	1,000
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	9	22,2	11,1	22,2	44,4	0,0	436	52,5	10,1	12,4	19,5	5,5	1,000
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	9	55,6	0,0	33,3	11,1	0,0	436	81,2	8,3	5,0	5,3	0,2	0,659
Sabor dos alimentos	9	0,0	11,1	11,1	55,6	22,2	436	0,7	1,6	6,2	70,4	21,1	1,000
Facilidade de mastigação	9	33,3	11,1	11,1	44,4	0,0	436	21,8	16,5	19,5	37,8	4,4	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	9	0,0	0,0	0,0	77,8	22,2	436	0,5	0,9	3,4	67,9	27,3	1,000
Hábito ou rotina	9	0,0	0,0	44,4	55,6	0,0	436	5,5	6,9	24,1	58,3	5,3	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: ter ou não os problemas de saúde referidos.

Tabela 21 - Relação entre os fatores que influenciam a escolha dos alimentos que os idosos consomem com problemas relacionados com os órgãos dos sentidos e doenças/ problemas de saúde (tabela completa - continuação).

Fatores que influenciam a escolha dos alimentos	Alergias/ intolerâncias alimentares												p****
	Sim# (%)						Não# (%)						
	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	n	Nada importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante	
Marca dos alimentos	16	25,0	12,5	31,3	31,3	0,0	428	20,3	18,5	26,2	32,9	2,1	1,000
Preço dos alimentos	16	12,5	12,5	12,5	43,8	18,8	427	1,6	5,2	19,2	57,6	16,4	1,000
Controlar o seu peso	16	25,0	6,3	25,0	43,8	0,0	428	15,7	11,4	23,4	46,5	3,0	1,000
Tentar fazer uma alimentação saudável	16	0,0	0,0	25,0	68,8	6,3	429	4,0	6,3	22,8	62,2	4,7	1,000
Facilidade de preparação	16	50,0	0,0	25,0	25,0	0,0	428	31,5	22,0	19,4	25,2	1,9	1,000
Poder ser comprado em lojas perto de casa	16	6,3	25,0	6,3	37,5	25,0	429	8,9	12,8	17,0	50,6	10,7	1,000
Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes	16	12,5	31,3	0,0	43,8	12,5	429	24,5	11,7	16,6	39,6	7,7	1,000
Apresentação da embalagem	16	18,8	25,0	12,5	43,8	0,0	429	26,3	11,9	20,7	37,5	3,5	1,000
Dieta prescrita por médico/ nutricionista	16	6,3	6,3	12,5	62,5	12,5	429	11,7	10,5	19,3	47,3	11,2	1,000
As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas	16	25,0	6,3	12,5	43,8	12,5	429	21,4	9,1	20,7	44,5	4,2	1,000
Disponibilidade de alimentos	16	12,5	31,3	12,5	43,8	0,0	429	17,0	16,1	26,6	39,2	1,2	1,000
Facilidade de armazenamento	16	12,5	12,5	18,8	56,3	0,0	427	24,4	23,0	22,5	28,6	1,6	0,814
Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como	16	75,0	6,3	12,5	6,3	0,0	429	51,0	10,3	12,6	20,5	5,6	0,797
Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais	16	75,0	12,5	6,3	6,3	0,0	429	80,9	7,9	5,6	5,4	0,2	1,000
Sabor dos alimentos	16	0,0	0,0	0,0	87,5	12,5	429	0,7	1,9	6,5	69,5	21,4	1,000
Facilidade de mastigação	16	31,3	12,5	6,3	43,8	6,3	429	21,7	16,6	19,8	37,8	4,2	1,000
Qualidade e frescura dos alimentos	16	0,0	0,0	0,0	62,5	37,5	429	0,5	0,9	3,5	68,3	26,8	1,000
Hábito ou rotina	16	18,8	6,3	6,3	56,3	12,5	429	4,9	6,8	25,2	58,3	4,9	1,000

p: Teste de Mann-Whitney; ****p com correção de Bonferroni para as 22 variáveis do grupo das doenças/ problemas de saúde; #Sim/Não: referidos.

