

Faculdade de Ciências da Nutrição e
Alimentação da Universidade do Porto

Hábitos alimentares e de
actividade física, de uma
amostra de idosos,
participantes nos programas
“Turismo Sénior”

Alexandra Manuel Sobral de Almeida Pereira

Porto, 2001/2002

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar o estágio curricular no âmbito da Licenciatura em Ciências da Nutrição, agradeço muito reconhecidamente:

À Dra. Ester Maria Vinha Nova, responsável pelo Gabinete de Nutrição da Subregião de Saúde de Viseu, pelo valioso apoio e orientação, pelo empenho, interesse e dedicação manifestados, bem como por todos os ensinamentos, científicos e pessoais que me transmitiu.

Ao Frei Tiago Valenza e ao Frei Emílio Piro pelo modo como proporcionaram a realização de parte do estágio nas suas comunidades. O meu muito obrigado mais pessoal, por toda a amizade manifestada.

Ao Dr. Pedro Graça pelo interesse, pela ajuda dada, pelas oportunidades proporcionadas, assim como por todo o apoio científico prestado.

Ao Prof. Doutor Pedro Moreira por todas as oportunidades proporcionadas, pelo apoio e pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Dr. Bruno Oliveira por toda a ajuda prestada.

À Dra. Cláudia Afonso por toda a disponibilidade e interesse manifestados.

À Dra. Débora Cláudio pela preciosa intervenção em todo este processo de formação.

À Cláudia Andrade por toda a simpatia, toda a disponibilidade, toda a colaboração e ajuda prestada. O meu obrigado muito sentido por tudo!

À Dora, colega de curso e companheira insubstituível, uma nota de gratidão muito especial por toda a amizade, todo o apoio e toda a cumplicidade.

Às professoras e funcionários do Centro Comunitário de Presidente Dutra e Joselândia e a todos os amigos que ficaram no Maranhão, pela simpatia, carinho e amizade com que fui recebida.

À Susana Macedo por todo o apoio, colaboração e por toda a simpatia.

À Patrícia Esteves e à Renata Barros por toda a disponibilidade manifestada.

Não posso deixar passar esta oportunidade sem agradecer também a todos os familiares, deixando um agradecimento mais especial e sentido aos meus pais e irmã. O meu obrigado por tudo!

Agradeço também a todos os amigos que me apoiaram e compreenderam ao longo de todo este tempo.

LISTA DE ABREVIATURAS

CNAN – Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição

DR – Diário da República

FCNAUP – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

INATEL – Instituto Nacional para o Aproveitamento do Tempo Livre dos Trabalhadores

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISCED – International Standard Classification of Education

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

RESUMO

INTRODUÇÃO: A recente tendência demográfica coloca novos desafios e exigências, a toda uma sociedade constituída por um número crescente de pessoas idosas. É neste quadro que se justifica a importância de uma análise multidimensional para a definição de medidas abrangentes, quando se equacionam as questões associadas à promoção da qualidade de vida, no grupo etário emergente. Programas como o “Turismo Sénior”, onde se valoriza o tempo livre, podem tornar-se valiosas oportunidades para a promoção de um envelhecimento saudável, dado que estimulam a participação da população idosa com poucos rendimentos. Estes programas proporcionam bem-estar social e psíquico ao potenciar a interacção e fomentar a socialização, podendo ter um papel determinante na adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, nomeadamente de prática de exercício físico e escolhas alimentares correctas. Num ambiente de lazer e convívio podem delinear-se estratégias efectivas de promoção da saúde, encorajando a adopção de uma alimentação saudável, pelo que é fundamental que se conheçam os hábitos e as práticas da população cujo comportamento se pretende influenciar.

OBJECTIVOS: Contribuir para a caracterização dos conceitos, das atitudes e dos comportamentos alimentares e do padrão de actividade física dos idosos participantes no programa “Turismo Sénior”, de modo a colaborar na definição de estratégias efectivas para a promoção de um envelhecimento saudável.

MATERIAL E MÉTODOS: No âmbito da cooperação entre a FCNAUP e o INATEL foi aplicado um questionário aos participantes do programa “Turismo Sénior”. O estudo envolve a análise de 479 inquéritos, de indivíduos com idade igual ou

superior a 60 anos, referentes à estadia de 9 grupos em 9 unidades hoteleiras. O tratamento estatístico efectuou-se no programa SPSS para Windows.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Apesar dos idosos da amostra terem revelado algum conhecimento do conceito de alimentação saudável, verificou-se que nem sempre efectuam uma alimentação saudável. Observou-se que a maioria dos idosos da amostra dizem fazer menos refeições do que o recomendado, do que resulta um intervalo de tempo entre as mesmas muito elevado. Esta constatação sugere que as intervenções futuramente delineadas deveriam ter em consideração a necessidade de alterar esta situação. Foi sugerido que durante a participação no programa os idosos fossem incentivados à prática das ditas “merendas” e sensibilizados para a importância do fraccionamento das ingestões. Quanto às recomendações médicas relativas à alimentação mais frequentemente citadas, parecem ir de encontro aos cuidados alimentares aconselhados em algumas das patologias mais frequentes neste grupo etário. No que concerne às actividades realizadas pelos idosos da amostra, constatou-se que apenas 33% revelaram praticar ginástica ou outra actividade física, o que sugere a necessidade de serem encorajados para a sua prática e motivados para a adopção de um estilo de vida activo.

CONCLUSÃO: A integração dos resultados deste trabalho no projecto de educação alimentar que tem sido levado a cabo no programa “Turismo Sénior” pode permitir a definição de algumas possíveis pistas para aprofundar, ampliar e adaptar as estratégias de promoção da saúde bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços destinados a proporcionar “mais vida aos anos”.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, Turismo Sénior, Alimentação Saudável, Actividade Física, Hábitos Alimentares.



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJECTIVOS.....	6
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	7
3.1. Procedimentos gerais para a recolha dos dados.....	8
3.2. Estrutura do questionário.....	8
3.3. Selecção da amostra.....	9
3.4. Quantificação das variáveis.....	9
3.5. Tratamento estatístico.....	10
4. RESULTADOS.....	11
4.1. Caracterização sócio-demográfica.....	11
4.2. Recomendações médicas relativas à alimentação.....	15
4.3. Gostos e preferências.....	16
4.4. Hábitos alimentares.....	18
4.5. Actividades realizadas habitualmente.....	24
4.6. Conceito de alimentação saudável.....	26
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	49
7. BIBLIOGRAFIA.....	51
8. ANEXOS.....	58

1. INTRODUÇÃO

A evolução demográfica recente é fortemente marcada pela aceleração do envelhecimento da população. Esta tendência teve início nas regiões mais desenvolvidas do Mundo, verificando-se, actualmente, que ocorre com maior intensidade nos países em desenvolvimento⁽¹⁾. O aumento da proporção das pessoas com 65 anos ou mais na população total, resulta de um declínio das taxas de natalidade e das taxas de mortalidade^(1, 2, 3). Segundo as projecções das Nações Unidas para a população mundial, a proporção de jovens que em 2000 era de cerca de 30%, irá diminuir para 21% do total da população em 2050. Pelo contrário, o crescimento da população idosa será quatro vezes superior, passando de 6,9% do total da população em 2000 para 15,6% em 2050⁽¹⁾. O número de pessoas com idade superior a 60 anos irá, deste modo, aumentar de 600 milhões em 2000, para cerca de 2000 milhões em 2050^(4, 5).

Em Portugal, segundo os dados do último Recenseamento da População, a proporção da população idosa representa cerca de 16,4% do total, ultrapassando, pela primeira vez, a proporção de jovens (16,0%)^(1, 2). Quando se tem em conta que nos Censos de 1991 as proporções dos mesmos grupos populacionais eram, respectivamente, de 13,6% e 20,0% e que, na década anterior eram de 11,4% e 25,2%, é notória a intensidade a que se dá o envelhecimento demográfico⁽²⁾.

Contudo, se o aumento da longevidade é uma aspiração generalizada, importa reflectir sobre a capacidade que a sociedade apresenta, tanto na actualidade como no futuro próximo, para oferecer qualidade de vida e bem-estar ao crescente grupo de idosos^(3, 6, 7), assegurando, o que é reconhecido na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, "o direito das pessoas idosas a uma

existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural” (artigo 25º)⁽³⁾.

Deste modo, e para fazer frente aos desafios colocados pelo rápido envelhecimento das populações, têm sido desenvolvidas várias iniciativas que visam assegurar e desenvolver valores e estratégias, que proporcionem um envelhecimento activo e saudável.

Em 1991 as Nações Unidas proclamaram os Princípios das Pessoas Idosas que valorizam e promovem um conjunto de atitudes e comportamentos, como a independência, a participação, os cuidados, a realização pessoal e a dignidade como vectores fundamentais para um envelhecimento com qualidade de vida. O ano de 1999 foi decretado como o “Ano Internacional das Pessoas Idosas” e em 2002, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, foi definido um Plano de Acção com o objectivo de assegurar que todos possam envelhecer com segurança e dignidade, mantendo a sua participação activa na sociedade. Todas estas acções levadas a cabo pelas Nações Unidas vão de encontro à criação de uma sociedade inclusiva, em que todos os idosos possam gozar plenamente os seus direitos (civis, políticos, económicos, sociais, culturais), combatendo-se qualquer forma de discriminação em relação a este grupo^(4, 5).

De igual modo, a Comissão das Comunidades Europeias definiu, em Março de 2002, a necessidade de «(...) gerir as implicações económicas do envelhecimento, a fim de manter o crescimento e o equilíbrio das finanças públicas; uma boa adaptação a uma mão-de-obra cada vez mais reduzida e em envelhecimento; garantir regimes de pensões adequados sem pôr em risco a sustentabilidade das finanças públicas; permitir o acesso de todos a cuidados de saúde de elevada qualidade, assegurando simultaneamente a viabilidade

financeira dos sistemas de saúde.»⁽³⁾. As propostas e estratégias surgem no sentido da implementação de práticas a favor de um envelhecimento activo, motivando os idosos a permanecerem integrados na vida laboral e social, desenvolvendo actividades que potenciem as suas capacidades individuais e mantenham um bom estado de saúde⁽³⁾. Estas medidas promovem, por exemplo, o acesso à formação e actualização, a introdução de fórmulas de trabalho flexíveis, a criação de um sistema de reforma gradual, o adiamento da idade da reforma e a correcção do equilíbrio dos incentivos financeiros ao trabalho, entre outros⁽³⁾.

No seu conjunto estas medidas visam a promoção do conceito de envelhecimento activo que, tal como é definido pela OMS, consiste num «(...) processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança de modo a proporcionar qualidade de vida durante o envelhecimento.»⁽⁷⁾. Aos indivíduos é permitido aproveitar ao máximo as suas aptidões para o bem estar físico, social e psíquico no decurso da vida, participando nas questões sociais, económicas, culturais e cívicas de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, sendo-lhes proporcionado simultaneamente protecção, segurança e os cuidados adequados quando deles necessitam⁽⁷⁾. Nos programas de envelhecimento activo é reconhecida a necessidade de encorajar e equilibrar simultaneamente a responsabilidade dos cuidados pessoais, o meio ambiente favorável e a solidariedade intergeracional⁽⁷⁾.

Nesta linha de abordagem, do envelhecimento com qualidade de vida, foram encetados, em Portugal, um conjunto de programas, dos quais se destacam o PAII e o “Turismo Sénior”.

O PAII foi criado em 1994, sendo os seus objectivos definidos em DR e visa entre outros: «(...); Estabelecer medidas destinadas a assegurar a mobilidade dos idosos e a acessibilidade a benefícios e serviços; (...); Promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade intergerações, bem como para a criação de postos de trabalho». No seu âmbito surgiram projectos como: Passes Terceira Idade e Saúde e Termalismo Sénior^(8, 9).

Com o objectivo de tentar colmatar as necessidades de ocupação do tempo das gerações mais velhas e face às novas oportunidades emergentes, surgiu o programa “Turismo Sénior” (na sua primeira edição, em 1995, “Turismo para a Terceira Idade”), por despacho conjunto do Ministério da Solidariedade e Segurança Social e da Economia, cuja gestão foi cometida ao INATEL^(10, 11).

Trata-se de um programa turístico, com duração de oito dias, destinado a cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, podendo ser acompanhados pelos cônjuges, ou outro acompanhante maior de idade⁽¹⁰⁾.

O programa procura desempenhar um importante papel no reforço da economia, contribuindo para a captação de um novo público no mercado turístico, criando emprego e aproveitando a oferta do equipamento turístico nas épocas baixas e em regiões economicamente desfavorecidas^(10 - 13).

Visa a prevenção da exclusão social^(12, 13) permitindo aos mais carenciados a possibilidade de gozar férias (o que dificilmente aconteceria por limitações financeiras), dado que o custo das mesmas está subordinado a um modelo de “diferenciação positiva”, dependendo do valor da pensão que cada participante auferir^(10, 11). Deste modo concretiza-se na prática «(..) a possibilidade de todos os cidadãos viverem segundo os padrões dos modos de vida correntes e usufruírem

dos direitos através do acesso aos serviços que os concretizam, incluindo (...) os serviços de (...) lazer.», tal como é definido no conceito de inclusão social⁽⁸⁾.

O programa promove ainda uma integração activa dos participantes, onde a interacção e a socialização são vectores fundamentais para a redução dos níveis de isolamento, a que os idosos tantas vezes estão sujeitos^(10, 13).

O “Turismo Sénior”, através da valorização e da possibilidade do acesso aos benefícios dos tempos livres, contribui activamente para a promoção da qualidade de vida^(10, 13) e do bem estar físico, psíquico e social dos seus participantes⁽¹³⁾.

Assim, aproveitar a permanência num ambiente turístico e de lazer, para de uma forma integrada e informal, promover a saúde desta faixa etária da população revela-se uma oportunidade única⁽¹³⁾. Através de actividades culturais e lúdicas pode fomentar-se a prática de actividade física e encorajar a adopção de uma alimentação equilibrada, partindo à conquista de um envelhecimento saudável⁽¹³⁾.

Também neste contexto as actividades de formação, como a realização de Sessões de Educação Alimentar, podem alcançar na sua plenitude os objectivos a que se propõem, ou seja, contribuir para a alteração dos hábitos alimentares menos adequados, promovendo a manutenção dos que se consideram saudáveis. Como é sabido, a alimentação constitui-se como uma dimensão essencial para a manutenção da saúde. Com o envelhecimento, as relações entre o estado de saúde do indivíduo e a necessidade de efectuar uma alimentação equilibrada tornam-se mais complexas, sendo contudo aspectos indissociáveis. Conforme foi referido anteriormente, o envelhecimento com qualidade de vida é um bem que deve estar ao alcance de todos os indivíduos em geral, pelo que a promoção dos cuidados de saúde através de uma adequada educação alimentar ajudará a atingir este objectivo.

Os desafios da educação alimentar requerem por um lado o conhecimento, tanto do comportamento alimentar como do estilo de vida da população, e por outro uma alteração nas atitudes, nas crenças e nas práticas alimentares que promovam as mudanças voluntárias em direcção a opções mais saudáveis. A questão da promoção da educação alimentar traduz-se no fornecimento de uma quantidade e qualidade de informação à população idosa, que integre simultaneamente os seus estilos de vida, adoptando medidas que suscitem alterações comportamentais, onde as vantagens e os benefícios da alimentação saudável tanto para a promoção da saúde como para o envelhecimento com qualidade de vida sejam considerados fundamentais.

2. OBJECTIVOS

Os objectivos gerais, do presente trabalho, são:

- A. Contribuir para a caracterização de conceitos, atitudes e comportamentos alimentares e do padrão de actividade física dos idosos participantes no programa “Turismo Sénior”;
- B. Contribuir para a definição de estratégias e medidas adequadas para o desenvolvimento e implementação de programas que promovam um envelhecimento com qualidade de vida.

Os objectivos específicos pretendem:

- a1) conhecer os gostos e preferências dos idosos da amostra, no que se refere a alimentos e bebidas;

- a2) analisar alguns dos hábitos alimentares dos idosos que participaram no estudo;
- a3) identificar a representação do conceito de alimentação saudável dos idosos que constituem a amostra;
- a4) caracterizar algumas actividades relacionadas com a prática de actividade física dos idosos inquiridos, no seu dia-a-dia.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho insere-se num estudo alargado desenvolvido entre a FCNAUP e o INATEL, sobre a temática “Hábitos alimentares e de actividade física dos idosos participantes no Turismo Sénior”, que visa ajudar o INATEL a conhecer melhor o consumidor a quem destina os seus serviços e o grau de satisfação proporcionado pelas unidades hoteleiras contratadas externamente.

Os questionários foram elaborados pela equipa de Nutrição da FCNAUP, que trabalha em colaboração com o INATEL, tendo sido objectivo inicial aplicar o mesmo, a todos os participantes do programa “Turismo Sénior” na sua 7ª edição, decorrida entre os períodos de 30 de Outubro a 11 de Dezembro de 2001 e de 8 de Janeiro a 30 de Abril de 2002, num total de cerca de 50.000 participantes.

Da cooperação com a FCNAUP (Anexo 1) resultou o presente estudo, tendo-se procedido ao tratamento dos primeiros 562 inquéritos obtidos, respeitantes à estadia de 9 grupos em 9 das unidades hoteleiras que participam no programa (Anexo 2).

Seguidamente descreve-se a metodologia utilizada na realização deste trabalho, no que concerne à recolha da informação, selecção da amostra e tratamento dos dados obtidos.

3.1. PROCEDIMENTOS GERAIS PARA A RECOLHA DOS DADOS

Os dados foram obtidos mediante a aplicação de um questionário individual, sob a supervisão dos animadores de grupo, sendo estes os responsáveis pela sua distribuição. Sempre que necessário prestaram esclarecimentos quanto ao preenchimento do questionário, procurando ilucidar as dificuldades de compreensão das perguntas e do significado de palavras ou expressões, e auxiliaram os idosos, quando estes não podiam efectuar o preenchimento de forma autónoma.

Os animadores foram instruídos no sentido de manterem uma postura imparcial e neutra, não influenciando a resposta. Posteriormente os questionários foram enviados para a FCNAUP e entregues à equipa de Nutrição.

3.2. ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

O questionário é constituído por cinco partes, englobando questões sobre:

- 1) dados sócio-demográficos, nomeadamente idade, sexo, concelho, meio de origem, co-habitação, grau de instrução e estado civil;
- 2) gostos e preferências alimentares;
- 3) atitudes e comportamentos acerca de alimentação saudável;
- 4) recomendações do médico relativas à alimentação e estado de saúde pressentido pelo próprio;
- 5) hábitos de actividade física (Anexo 3).

3.3. SELECÇÃO DA AMOSTRA

De um total de 562 inquéritos, relativos à estadia de 9 grupos em 9 unidades hoteleiras diferentes, foram excluídos da análise final os indivíduos com idades inferiores a 60 anos, bem como os que omitiram a sua idade, de modo a evitar a inclusão de eventuais acompanhantes, dado que, apesar do programa se destinar a cidadãos com idade superior ou igual a 60 anos, estes podem ser acompanhados pelos cônjuges ou outro acompanhante, desde que maior de idade⁽¹⁰⁾. Assim, a amostra final é constituída por 479 indivíduos, tendo sido analisados todos os questionários preenchidos, mesmo aqueles que se encontravam incompletos. A constatação de que a população idosa portuguesa tem no geral um grau de literacia baixo⁽¹⁾, sendo também o grupo etário onde se espera encontrar um maior número de limitações funcionais, como a diminuição da capacidade visual ou a dificuldade de coordenação motora^(7, 14), fez com que se tivesse optado por esta estratégia, de modo a evitar a exclusão de indivíduos que poderiam eventualmente ter tido alguma dificuldade no preenchimento do inquérito. Justificam-se assim as diferenças no valor amostral entre as questões. Convém no entanto ressaltar que esta opção foi tomada após ter sido verificado que o número de inquéritos não totalmente preenchidos era reduzido e que a distribuição das questões por responder era aleatória, não comprometendo o tratamento final dos dados.

3.4. QUANTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para a avaliação das questões fechadas foram construídas variáveis numéricas. Para avaliar as questões abertas efectuou-se uma análise prévia de um conjunto de questionários tendo sido criadas categorias de acordo com as respostas mais

frequentemente citadas pelos inquiridos. Optou-se pela manutenção na base de dados da categoria “outros”, de modo a possibilitar o posterior tratamento dos dados aí incluídos. Contudo a variedade e dispersão das respostas obtidas nesta opção, não justificou o agrupamento de novas categorias.

De modo a caracterizar a origem demográfica dos inquiridos procedeu-se ao agrupamento dos concelhos de proveniência por NUTS nível II, conforme o previsto no Dec. Lei n.º 46/ 89 de 15 de Fevereiro⁽¹⁵⁾.

Procedeu-se à determinação do tempo de jejum nocturno, calculando o intervalo de tempo decorrido entre a última e a primeira refeição referidas pelo inquirido.

O intervalo de tempo médio entre refeições, obteve-se dividindo o intervalo de tempo decorrido entre a última e a primeira refeição, pelo número de refeições efectuadas, subtraindo uma (de modo a excluir o intervalo nocturno).

3.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico realizou-se com o recurso ao programa SPSS versão 10.0 para Windows (*Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc., Chicago*).

A partir do gráfico da distribuição das frequências averiguou-se a normalidade da distribuição das variáveis em estudo através da observação da curva sinusoidal, tendo-se procedido à sua confirmação através do *teste de Kolmogorov-Smirnov*.

Para tratar os dados recolhidos utilizaram-se técnicas estatísticas, como o cálculo de frequências no caso de variáveis categóricas ou nominais e do cálculo da média e do desvio padrão para variáveis numéricas.

Para a comparação entre pares de amostras de variáveis categóricas efectuou-se o teste de Qui-Quadrado. Para a comparação de médias de variáveis numéricas utilizou-se o teste *t* de Student para amostras não relacionadas.

Para todas as variáveis o grau de significância considerado crítico para rejeição da hipótese nula, foi um valor inferior ou igual a 0,05.

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

No total a amostra foi constituída por 479 indivíduos, sendo 61,1% (n=272) do sexo feminino e 38,9% (n=173) do sexo masculino. As suas idades estavam compreendidas entre os 60 e os 89 anos, sendo a idade média ($\pm$ dp) $70,7 \pm 5,4$ anos, com uma mediana e moda, de 70 anos.

No gráfico 1 pode observar-se a distribuição das idades dos indivíduos que constituem esta amostra.

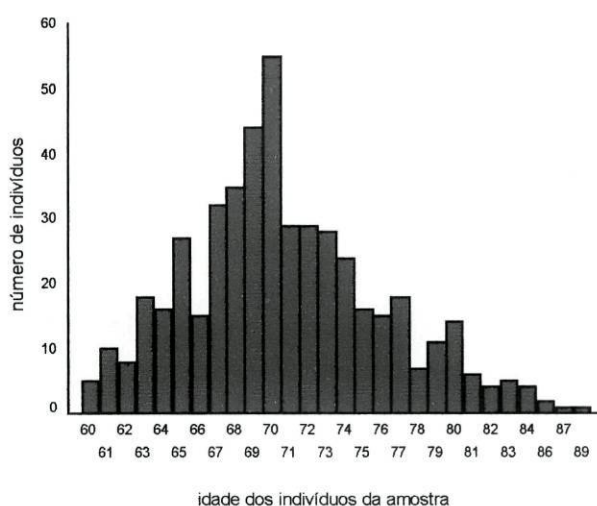


GRÁFICO 1. Distribuição da idade dos inquiridos.

As médias de idades dos indivíduos do sexo feminino ($70,62 \pm 5,45$) e do sexo masculino ($70,94 \pm 5,32$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,524$).

No que se refere à proveniência dos participantes verificou-se que, no total ($n=322$), 43,8% dos indivíduos provinham de meio rural e 56,2% de meio urbano, não sendo significativa a diferença entre os sexos e o facto de residirem em meio urbano ou rural ($p=0,565$). Não foi igualmente significativa ($p=0,852$) a diferença da média de idades dos indivíduos que diziam viver em meio urbano ($70,51 \pm 5,15$) relativamente aos que afirmaram morar no meio rural ($70,40 \pm 5,34$).

Após o agrupamento dos concelhos de onde eram provenientes, por NUTS, constatou-se que 37,7% ($n=143$) dos indivíduos pertenciam à unidade Norte, 19,3% ($n=73$) à unidade Centro, 42,2% ($n=160$) a Lisboa e Vale do Tejo e 0,8% ($n=3$) ao Alentejo, não havendo, portanto, indivíduos provenientes do Algarve nem das Regiões Autónomas.

No que concerne ao grau de escolaridade dos indivíduos da amostra, os resultados encontram-se descritos em pormenor no Quadro 1.

Destacou-se, que do total dos indivíduos, 38,2% não tinham completado a instrução primária. No total da amostra 8,9% não sabiam ler e escrever.

Quando se efectuou o cruzamento da variável escolaridade com a variável meio de proveniência verificou-se que 67,6% dos indivíduos que não sabiam ler e escrever viviam em meio rural. Observou-se que o grau de escolaridade dos indivíduos que viviam em meio urbano era, na generalidade, superior ao dos indivíduos que viviam em meio rural. Constatou-se ainda que a grande maioria dos indivíduos que não sabem ler e escrever são do sexo feminino.

GRAU DE ESCOLARIDADE	TOTAL (%)	SEXO (%)		MEIO (%)	
		FEMININO	MASCULINO	RURAL	URBANO
NÃO SABEM LER NEM ESCREVER	8,9 n=42	82,5 n=33	17,5 n=7	67,6 n=23	32,4 n=11
SABE LER E ESCREVER	29,3 n=139	79,3 n=96	20,7 n=25	41,4 n=36	58,6 n=51
COMPLETARAM INSTRUÇÃO PRIMÁRIA	47,0 n=223	50,2 n=107	49,8 n=106	46,3 n=68	53,7 n=79
COMPLETARAM 6º ANO	4,4 n=21	57,1 n=12	42,9 n=9	26,7 n=4	73,3 n=11
COMPLETARAM 9º ANO	6,5 n=31	41,9 n=13	58,1 n=18	16,7 n=4	83,3 n=20
COMPLETARAM 12º ANO	3,2 n=15	58,3 n=7	41,7 n=5	36,4 n=4	63,6 n=7
FREQUENTARAM ENSINO SUPERIOR	0,6 n=3	66,7 n=2	33,3 n=1	50,0 n=1	50,0 n=1

QUADRO 1. Escolaridade dos indivíduos e sua distribuição de acordo com o sexo e meio de proveniência.

De modo a averiguar se existiam diferenças no grau de escolaridade, relativamente à idade dos indivíduos, procedeu-se a uma análise mais detalhada tendo-se observado que, dos indivíduos da amostra com menos de 65 anos, apenas 7,1% (n=4) tinham escolaridade superior à quarta classe.

Constatou-se que, apesar de em idades mais avançadas ser maior a percentagem de indivíduos que não sabem ler e escrever, a proporção de indivíduos com menos de 65 anos que não sabe ler e escrever 8,8% (n=5), é semelhante à proporção de indivíduos com 65 ou mais anos de idade 8,9% (n=37) que também não sabiam ler e escrever. Entre os 37 indivíduos com 80 ou mais anos apenas 3 tinham uma escolaridade superior ao 6º ano.

Relativamente a com quem habitam os resultados encontram-se descritos no Quadro 2.

COM QUEM VIVIAM	TOTAL	SEXO (%)		MEIO (%)	
	(%)	FEMININO	MASCULINO	RURAL	URBANO
CÔNJUGE	50,3 n=183	46,3 n=8	53,7 n=94	40,3 n=48	59,7 n=71
SOZINHO	24,7 n=90	83,1 n=69	16,9 n=14	37,5 n=21	62,5 n=35
FAMILIARES	23,6 n=86	66,3 n=55	33,7 n=28	45,6 n=31	54,4 n=37
AMIGOS DO LAR	1,4 n=5	40,0 n=2	60,0 n=3	100,0 n=5	

QUADRO 2. Com quem habitam os indivíduos e sua distribuição de acordo com o sexo e meio de proveniência.

Constatou-se que a percentagem de indivíduos do sexo feminino que afirma morar sozinho (83,1%) é superior à dos elementos do sexo masculino (16,9%)($p < 0,001$). Procedeu-se à análise cruzada desta variável com a variável idade, destacando-se que dos indivíduos que estavam institucionalizados todos tinham 70 ou mais anos, e dos indivíduos que moravam sozinhos 72,2% ($n=65$) têm 70 ou mais anos de idade. Dos indivíduos que moravam sozinhos 90,9% ($n=80$) são viúvos. No que se refere ao estado civil os resultados da questão encontram-se descritos no Quadro 3.

ESTADO CIVIL	TOTAL	SEXO (%)		MEIO (%)	
	(%)	FEMININO	MASCULINO	RURAL	URBANO
CASADO OU A VIVER MARITALMENTE	66,5 n=316	49,0 n=146	51,0 n=152	43,5 n=94	56,5 n=122
VIÚVO	29,5 n=140	88,1 n=111	11,9 n=15	42,4 n=39	57,6 n=53
SOLTEIRO	2,1 n=10	88,9 n=8	11,1 n=1	75,0 n=6	25,0 n=2
DIVORCIADO OU SEPARADO	1,9 n=9	50,0 n=4	50,0 n=4		100,0 n=3

QUADRO 3. Estado civil dos indivíduos e sua distribuição de acordo com o sexo e com o meio de proveniência.

Verificou-se que a proporção de indivíduos viúvos é maior no sexo feminino (88,1%) do que no sexo masculino (11,9%), assim como que entre os indivíduos solteiros (88,9%) é superior a proporção de indivíduos do sexo feminino (11,1%).

4.2. RECOMENDAÇÕES MÉDICAS RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO

Relativamente à questão das recomendações médicas face à alimentação, 42,7% (n=198) dos indivíduos referiram não ter e 57,3% (n=266) responderam ter.

Dos que afirmaram ter recomendações, 35,5% (n=87) pertenciam ao sexo masculino e 64,5% (n=158) ao sexo feminino, apesar da diferença não ter significado estatístico ($p=0,189$).

Os indivíduos do meio rural (60,4%, n=91) afirmaram mais frequentemente ter recomendações médicas relativas à alimentação, do que os indivíduos do meio urbano (51,1%, n=90), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p<0,01$). Também os indivíduos com 70 ou mais anos referiram ter recomendações do médico com mais frequência (55,1%, n=145) do que os indivíduos com menos de 70 anos (44,9%, n=118).

No Quadro 4 encontram-se as respostas mais frequentes à questão aberta, dos 244 idosos, que especificaram qual a recomendação do médico relativa à alimentação.

As recomendações mais frequentes foram comer menos gordura e comer menos sal, respectivamente 35,7% e 23,4%.

Um elevado número de indivíduos referiu ainda recomendações relativas a métodos culinários como comer mais grelhados (15,6%), comer mais cozidos (14,3%), comer menos fritos (7,9%).

Alguns indivíduos indicaram ser recomendações do médico relativas à alimentação: “diabetes” e “colesterol alto”.

RECOMENDAÇÕES DO MÉDICO RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO (%)			
Comer menos gordura	35,7	Comer menos fritos	7,9
	n=87		n=19
Comer menos sal	23,4	Comer mais peixe	5,7
	n=57		n=14
Comer mais grelhados	15,6	Comer mais fruta	2,5
	n=38		n=6
Comer mais cozidos	14,3	“Diabetes”	2,5
	n=35		n=6
“Dieta”	12,7	Fazer várias refeições	2,0
	n=31		n=5
Comer mais vegetais	10,7	Comer menos quantidade de comida	2,0
	n=26		n=5
Comer menos açúcar	9,4	“Colesterol alto”	2,0
	n=23		n=5

QUADRO 4. Respostas mais frequentes à pergunta relativa às recomendações do médico face à alimentação.

Do total de inquiridos que tinham afirmado ter recomendações do médico, relativamente à alimentação, 4,6% (n=22) não especificaram quais.

4.3. GOSTOS E PREFERÊNCIAS

Relativamente ao que gostariam que lhes fosse servido mais vezes naquela unidade hoteleira, as respostas mais frequentemente citadas encontram-se no Quadro 5.

Uma grande percentagem de indivíduos referiram desejar que lhes fosse servido mais peixe (31,3%). Métodos culinários como cozidos (12,7%) e grelhados (22,5%) foram também muito frequentemente citados. Um elevado número de indivíduos não responderam à questão (19,4%) e foi também frequente referirem gostar de tudo (11,9%) ou não ter qualquer preferência (6,9%).

ALIMENTOS QUE DESEJAM QUE SEJAM SERVIDOS COM MAIS FREQUÊNCIA (%)

Mais peixe	31,3	Mais bacalhau	2,9
	n=150		n=14
Mais grelhados	22,5	Mais sopa	2,7
	n=108		n=13
Mais cozidos	12,7	Não respondem à questão	19,4
	n=61		n=93
Mais produtos hortícolas	12,7	Gostam de tudo	11,9
	n=61		n=57
Mais carne	6,5	Não têm preferência	6,9
	n=31		n=33

QUADRO 5. Preferências relativas aos alimentos que gostariam que fossem servidos mais frequentemente naquela unidade hoteleira.

Quanto às preferências relativas aos alimentos que desejavam que fossem servidos com menor frequência naquela unidade hoteleira verificou-se que, entre as respostas mais citadas, encontram-se para além da carne (18%), métodos culinários como a fritura (16,7%), o guisado ou estufado (8,2%) (Quadro 6).

ALIMENTOS QUE DESEJAM QUE SEJAM SERVIDOS COM MENOS FREQUÊNCIA (%)

Carne	18,0	Gorduras	5,2
	n=86		n=25
Fritos	16,7	Não responderam à questão	35,5
	n=80		n=170
Guisados ou estufados	8,2	Gostavam de tudo	5,6
	n=39		n=27

QUADRO 6. Preferências relativas aos alimentos que gostariam que fossem servidos menos frequentemente naquela unidade hoteleira.

No que se refere às bebidas as preferências incidem maioritariamente sobre a água 57,2% (n=274) e sobre o vinho 45,7% (n=219). Dos inquiridos que referiram como bebida preferida o vinho 14,2% (n=68) especificaram o tipo, sendo que desses uma elevada percentagem referiu ser tinto (10,5%, n=50).

Apontaram ainda ser a sua bebida preferida sumo ou refrigerantes 9,6% (n=46) do total dos indivíduos e chá 1,7% (n=8).

Outras bebidas como a cerveja, o café, o leite, foram muito pouco citadas não havendo qualquer referência a bebidas brancas.

Foram significativamente ($p<0,001$) mais os indivíduos do sexo feminino que responderam ser a água a sua bebida preferida (72,7%, n=186 *versus* 27,3%, n=70 indivíduos do sexo masculino).

Dos que afirmaram que a sua bebida preferida era vinho 57,8% (n=119) eram do sexo masculino e 42,2% (n=87) do sexo feminino sendo a diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Dos indivíduos que preferem sumo/ refrigerante 88,1% (n=37) são do sexo feminino e 11,9% (n=5) do sexo masculino sendo a diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

4.4. HÁBITOS ALIMENTARES

Quanto ao número de refeições efectuadas diariamente, varia entre 2 e 7. O total dos inquiridos que respondeu à questão (n=457), afirmou fazer em média $3,87 \pm 0,88$ refeições, sendo a mediana 4 e a moda 3 refeições. 77,5% (n=354) dos indivíduos faziam 4 ou menos refeições por dia e só 4,6% (n=21) faziam mais do que 5 refeições por dia.

Os indivíduos do sexo feminino faziam, em média ($3,98 \pm 0,87$), um maior número de refeições do que os do sexo masculino ($3,74 \pm 0,86$), ($p<0,01$). Dos que faziam mais do que 4 refeições apenas 18,8% (n=31) são do sexo masculino e 25,3% (n=66) são do sexo feminino. Os indivíduos do meio rural faziam também um

maior número de refeições em média ($4,01 \pm 0,91$) do que os indivíduos do meio urbano ($3,76 \pm 0,83$) ($p=0,01$).

Da análise da questão relativa às refeições diárias efectuadas habitualmente, constatou-se que do total dos inquiridos, 98,7% ($n=470$) afirmaram tomar o pequeno almoço e 1,3% ($n=6$) revelaram não fazer esta refeição. Do cruzamento com outras variáveis verificou-se não haver qualquer característica associada ao facto de não tomarem o pequeno almoço.

Observou-se que referiram fazer uma refeição a meio da manhã apenas 8,8% ($n=40$) do total dos indivíduos.

Todos os indivíduos que responderam à questão ($n=468$) faziam a refeição do almoço.

Uma refeição a meio da tarde era feita por 51,2% ($n=234$) dos inquiridos sendo que apenas dois indivíduos referiram fazer duas refeições a meio da tarde.

A refeição jantar é feita por todos os indivíduos que responderam à questão ($n=465$) exceptuando um indivíduo, que no entanto fazia uma refeição – “lanche” - às 19h.

Afirmaram habitualmente cear 30,2% ($n=140$) do total dos inquiridos.

Procedendo a uma análise mais detalhada das características dos indivíduos que referiam fazer as refeições: meio da manhã, meio da tarde e ceia, observou-se que os indivíduos do meio rural fazem com maior frequência uma refeição a meio da manhã e a meio da tarde do que os indivíduos do meio urbano (Quadro 7).

Os indivíduos do sexo feminino referiram efectuar mais frequentemente uma refeição do meio da tarde e a ceia do que os do sexo masculino (Quadro 7).

	HABITUALMENTE FAZEM (%)	SEXO (%)			MEIO (%)		
		FEMININO	MASCULINO	P	RURAL	URBANO	P
MEIO DA MANHÃ	8,8 n=40	59,0 n=23	41,0 n=16	0,763	79,3 n=23	20,7 n=6	*0,000
MEIO DA TARDE	51,2 n=234	68,9 n=151	31,1 n=68	*0,001	51,9 n=83	48,1 n=77	*0,004
CEIA	30,2 n=140	69,4 n=93	30,6 n=41	*0,019	39,3 n=35	60,7 n=54	0,245

*Diferença estatisticamente significativa: $p < 0,05$

QUADRO 7. Distribuição dos indivíduos que afirmam fazer as refeições descritas e sua distribuição de acordo com o sexo e meio de proveniência.

Relativamente ao horário das refeições o pequeno almoço é feito em média às 8:36 ($\pm 0:42$) variando o horário entre as 6:30 e as 11:00 sendo moda 9:00 e mediana 8:40.

A refeição do meio da manhã é feita em média às 10:18 ($\pm 1:46$), variando entre as 9:30 e as 11:15, sendo o valor mais frequente e mediana 11:00.

A hora habitual do almoço varia entre as 12:00 e as 14:00, sendo feito em média às 12:44 ($\pm 0:26$) e as 13:00 mediana e moda.

A refeição do meio da tarde é em média às 16:48 ($\pm 0:34$) variando entre as 15:00 e as 19:00. O maior número de indivíduos lancha às 17:00.

A hora de jantar é em média às 19:47 ($\pm 0:35$), sendo às 20:00 mediana e moda.

A média da hora a que os inquiridos fazem geralmente a ceia é às 22:52 ($\pm 0:50$), variando no entanto entre as 20:00 e as 24:00. O maior número de indivíduos fazem a ceia às 23:00.

Procedeu-se ainda à caracterização das companhias durante as refeições. Os resultados encontram-se expressos no Quadro 8.

COMPANHIA HABITUAL À	CÔNJUGE	SÓ	FAMILIARES	AMIGOS DO	OUTROS
REFEIÇÃO	(%)	(%)	(%)	LAR (%)	(%)
PEQUENO ALMOÇO	47,8 n=198	33,8 n=140	15,7 n=65	1,9 n=8	0,6 n=3
MEIO DA MANHÃ	44,4 n=16	44,4 n=16	5,6 n=2	2,8 n=1	2,8 n=1
ALMOÇO	46,2 n=198	24,2 n=104	25,4 n=109	2,3 n=10	1,9 n=8
MEIO DA TARDE	37,1 n=79	39,4 n=84	16,9 n=36	3,8 n=8	2,8 n=6
JANTAR	48,2 n=200	24,1 n=100	25,1 n=104	1,2 n=5	1,4 n=6
CEIA	41,1 n=44	44,9 n=48	13,1 n=14		0,9 n=1

QUADRO 8. Distribuição da companhia habitual dos indivíduos nas refeições referidas.

Do cruzamento da variável companhia à refeição com a variável com quem vive constatou-se, que os indivíduos que almoçavam e jantavam sem companhia são quase exclusivamente indivíduos que moravam também sós (86,3%, n=69 e 92,4% n=73, respectivamente). Dos indivíduos que vivem sós: 96,1% (n=74) tomam o pequeno almoço sozinhos, 85,6% (n=6) fazem a refeição do meio da manhã sozinhos, 88,5% (n=69) almoçam sozinhos, 88,1% (n=37) comem a meio da tarde sozinhos, 97,3% (n=73) jantam sozinhos e todos ceiam sós (n=28).

Avaliou-se o intervalo de tempo médio decorrido entre as refeições e verificou-se que varia entre as 2:20 e as 7:30, sendo em média $4:29 \pm 1:04$. Os indivíduos do sexo masculino fazem, em média, refeições mais espaçadas ($4:41 \pm 1:06$) do que os indivíduos do sexo feminino ($4:22 \pm 1:00$) ($p < 0,01$) assim como o fazem os indivíduos do meio urbano ($4:40 \pm 1:01$) relativamente aos do meio rural ($4:18 \pm 1:07$) ($p < 0,01$).

Quanto ao intervalo de tempo entre a última refeição e a hora de deitar decorrem em média $2:06 (\pm 1:21)$. Os indivíduos do meio urbano fazem em média ($2:12 \pm$

1:33) um intervalo de tempo maior entre a última refeição e a hora de deitar do que os indivíduos do meio rural ($1:52 \pm 1:11$)($p<0,05$), pois apesar de comerem pela última vez mais tarde (urbano: $21:02 \pm 1:39$ e rural: $20:39 \pm 1:20$; $p<0,05$), deitam-se mais cedo (urbano: $21:54 \pm 4:55$ e rural: $22:18 \pm 2:08$). A hora de deitar dos indivíduos da amostra é em média às $22:06 \pm 3:55$, sendo a mediana e moda às 23:00. Relativamente ao intervalo de tempo correspondente ao jejum nocturno são em média $11:52 \pm 1:42$ variando entre 7:00 e 18:00. Os indivíduos do sexo masculino fazem em média um maior intervalo de jejum nocturno ($12:00 \pm 1:35$) do que os indivíduos do sexo feminino ($11:40 \pm 1:42$)($p<0,05$), pois apesar de tomarem o pequeno almoço mais cedo ($8:27 \pm 0:44$) do que os indivíduos do sexo feminino ($8:42 \pm 0:38$)($p<0,001$) fazem também a última refeição mais cedo (sexo masculino: $20:34 \pm 1:21$ e sexo feminino: $20:59 \pm 1:36$; $p<0,01$) apesar de se deitarem mais tarde (sexo masculino: $22:19 \pm 2:36$ e sexo feminino: $22:06 \pm 4:19$). Responderam que não comiam ou bebiam mais alguma coisa durante o dia entre as refeições 46,0% ($n=205$) do total dos inquiridos e 54,0% ($n=241$) afirmaram comer ou beber algo, sendo que entre estes, não especificaram o que comiam/bebiam 3,1% ($n=15$) dos indivíduos.

ALIMENTOS OU BEBIDAS MAIS FREQUENTEMENTE INGERIDOS ENTRE AS REFEIÇÕES (%)

Fruta	37,4 n=179	Bolos ou bolachas	5,2 n=25
Pão	6,9 n=33	Chá	3,5 n=17
Iogurtes	6,7 n=32	Café	1,9 n=9
Leite	6,3 n=30	Queijo	1,2 n=6

QUADRO 9. Alimentos mais frequentemente ingeridos entre as refeições pelos indivíduos da amostra.

A fruta (37,4%) é o alimento que mais indivíduos referem comer entre as refeições, conforme se pode observar no Quadro 9, seguido de alimentos como pão (6,9%), iogurtes (6,7%) e leite (6,3%).

Para caracterizar os inquiridos que responderam que faziam ingestões fora das refeições procedeu-se ao cruzamento de variáveis, tendo-se constatado que 67,1% (n=151) pertenciam ao sexo feminino e 32,9% (n=74) ao sexo masculino ($p<0,01$). Os indivíduos com 70 ou mais anos de idade afirmaram não comer ou beber algo entre as refeições (63,3%, n=130) significativamente mais ($p<0,05$) do que os indivíduos com menos de 70 anos (36,6%, n=75). Também os indivíduos do meio rural referem menos frequentemente que comem / bebem entre as refeições (39,9%, n=63) do que os indivíduos que vivem em meio urbano (60,1%, n=95) ($p=0,146$).

Relativamente à questão acerca da ingestão de água ao longo do dia, 7,0% (n=33) dos inquiridos responderam negativamente, 68,6% (n=323) afirmaram beber água ao longo do dia e 24,4% (n=115) disseram “às vezes”.

Quando questionados acerca do funcionamento intestinal, 15,7% (n=73) dos indivíduos responderam que não funcionava bem, 21,0% (n=98) disseram funcionar bem “às vezes” e 63,3% (n=259) afirmaram que o seu intestino funcionava bem.

No que se refere à dificuldade em mastigar alguns alimentos, 61,4% (n=285) dos indivíduos responderam não ter e 38,6% (n=179) afirmaram sentir dificuldades na mastigação de alguns alimentos.

Procedeu-se também, para o grupo de perguntas relativas à dificuldade de mastigação, ao funcionamento intestinal e onde se questiona o hábito da ingestão de água ao longo do dia, ao cruzamento com a variável sexo e idade.

Verificou-se que os elementos do sexo feminino responderam de forma mais afirmativa à ingestão de água (“sim”: 65,1%, n=198 e “às vezes”: 56,6%, n=60) do que os elementos do sexo masculino (“não”: 56,7%, n=17) ($p<0,05$).

Constatou-se que os elementos do sexo feminino responderam significativamente mais ($p<0,001$) ter mau funcionamento intestinal (81,8%, n=54 dos indivíduos que responderam “não” à pergunta eram do sexo feminino).

Dos indivíduos que afirmaram que o seu intestino não funcionava bem 39,7% (n=29) tinham idade inferior a 70 anos e 60,3% (n=44) tinham 70 ou mais anos. Dos indivíduos que tinham dificuldades de mastigação 67,1% (n=112) eram do sexo feminino e 32,9% (n=55) eram do sexo masculino. Na sua maioria (59,8%; n=107) tinham 70 ou mais anos.

4.5. ACTIVIDADES REALIZADAS HABITUALMENTE

Quanto às actividades habitualmente efectuadas responderam: fazer compras de alimentos 77,6% (n=332) do total dos indivíduos; preparar refeições 74,7% (n=321); arrumar e limpar a casa 73,1% (n=315); trabalhar na horta ou jardim 46,6% (n=194); cuidar de crianças ou de pessoas idosas 22,1% (n=85); andar a pé (passear) 85,2% (n=375); fazer ginástica ou outra actividade física 32,5% (n=136); dançar 29,9% (n=122).

No Quadro 10 podem observar-se as percentagens dos indivíduos, por sexos, que dizem fazer ou não as diferentes actividades.

ACTIVIDADES REALIZADAS NUMA SEMANA	SIM (%)					
HABITUAL	FEM	MASC	P	RUR	URB	P
FAZER COMPRAS DE ALIMENTOS	76,5	23,5	*0,000	41,0	59,0	0,098
	n=237	n=73		n=89	n=128	
PREPARAR REFEIÇÕES	83,9	16,1	*0,000	42,6	57,4	0,214
	n=250	n=48		n=89	n=120	
ARRUMAR E LIMPAR A CASA	87,4	12,6	*0,000	43,9	56,1	0,869
	n=256	n=37		n=90	n=115	
TRABALHAR NA HORTA OU JARDIM	59,6	40,4	0,112	61,2	38,8	*0,000
	n=106	n=72		n=85	n=54	
CUIDAR DE CRIANÇAS, DOENTES	76,9	23,1	*0,010	51,0	49,0	0,302
	n=60	n=18		n=26	n=25	
ANDAR A PÉ, PASSEAR	62,9	37,1	0,754	43,9	56,1	0,091
	n=222	n=131		n=120	n=142	
FAZER GINÁSTICA OU OUTRA ACTVID. FÍSICA	54,6	45,4	*0,014	36,4	63,6	0,072
	n=71	n=59		n=32	n=56	
DANÇAR	65,2	34,8	0,669	40,7	59,3	0,437
	n=73	n=39		n=33	n=48	

*Diferença estatisticamente significativa: $p < 0,05$

QUADRO 10. Distribuição por sexo das actividades realizadas no quotidiano.

Não existiram diferenças estatisticamente significativas, entre sexos, para actividades como dançar, andar a pé, ou trabalhar na horta ou jardim. Verificou-se que é significativamente mais elevada a percentagem de elementos do sexo feminino que fazia compras, preparava refeições, arrumava e limpava a casa e cuidava de crianças ou idosos (Quadro 10). Referiram não praticar ginástica ou outra actividade física significativamente mais ($p < 0,05$) indivíduos do sexo feminino (67,3%, $n=177$) do que do sexo masculino (32,7%, $n=86$).

De modo a caracterizar os indivíduos que diziam ou não fazer as diferentes actividades cruzaram-se diferentes variáveis. Entre os resultados obtidos destaca-se que: os indivíduos que viviam sós fazem compras de alimentos (sim: 89,7%, $n=78$ versus não: 10,3%, $n=9$; $p < 0,01$), preparam refeições (sim: 88,6%, $n=78$ versus não: 11,4%, $n=10$; $p \leq 0,001$) e arrumam e limpam a casa (sim: 87,4%,

n=76 *versus* não: 12,6%, n=11; $p \leq 0,001$) significativamente mais, do que os que não vivem sós. Referiram menos frequentemente cuidar de crianças ou pessoas idosas (sim: 12,3%, n=10 *versus* não: 87,7%, n=71; $p < 0,05$) do que os restantes indivíduos.

Relativamente à idade constatou-se que, dos indivíduos que costumavam cuidar de crianças ou pessoas doentes 62,4% (n=53) têm menos de 70 anos e 37,6% (n=32) têm idade igual ou superior a 70 anos ($p < 0,001$). Nenhum indivíduo com 80 ou mais anos referiu cuidar de crianças ou pessoas idosas. Responderam não costumar trabalhar na horta ou no jardim mais indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos (64,4%, n=143 *versus* 35,6%, n= 79 indivíduos com menos de 70 anos) ($p \leq 0,001$).

Quanto ao meio de proveniência afirmaram numa semana habitual trabalhar na horta ou jardim significativamente mais ($p < 0,001$) indivíduos que diziam viver em meio rural (61,2%, n=85 *versus* 38,8%, n=54 indivíduos que viviam em meio urbano).

4.6. CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Como se pode observar no Quadro 11, alimentação saudável foi frequentemente definida pelos idosos como sendo comer hortícolas (34%). Foi também frequente a referência a métodos culinários como comer grelhados (27,8%) e comer cozidos (20%).

Alimentação saudável foi também, ainda definida como sendo: comer farináceos e cereais (3,5%, n=17), “dieta” (1,7%, n=8), comer menos açúcar (1,5%, n=7) embora por um número muito menor de indivíduos.

DEFINIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (%)			
Comer hortícolas	34,0	Comer carne	7,7
	n=163		n=37
Comer grelhados	27,8	Comer menos gorduras	7,5
	n=133		n=36
Comer peixe	25,3	Comer sopa	6,7
	n=121		n=32
Comer fruta	23,4	Comer moderadamente em quantidade	5,8
	n=112		n=28
Comer cozidos	20,0	Fazer várias refeições	4,4
	n=96		n=21
Beber leite	11,1	Comer menos sal	4,2
	n=53		n=20
Variar os alimentos	9,2	Não responderam	7,7
	n=44		n=37

QUADRO 11. Conceitos expressos de alimentação saudável.

Relativamente à questão “Acha difícil fazer uma alimentação saudável?” 68,2% (n=305) dos inquiridos responderam negativamente e 31,8% (n=142) afirmaram ter dificuldades em fazer uma alimentação saudável.

Verificou-se que não existia nenhuma característica associada ao ter, ou não, dificuldade em fazer uma alimentação saudável.

5. DISCUSSÃO

Para discutir os resultados seguiu-se uma metodologia sequencial, baseada nas variáveis que melhor permitem caracterizar e diferenciar os indivíduos da nossa amostra, procedendo ao seu enquadramento no âmbito da temática do estudo. Simultaneamente apontam-se algumas limitações, bem como algumas pistas de reflexão, que se pensa serem pertinentes para futuros trabalhos nesta área.

Para melhor enquadrar a temática do estudo é importante referir que o envelhecimento pode ser definido «(...) como uma diminuição progressiva e generalizada das funções, resultando numa perda da resposta adaptativa ao stress e num risco aumentado de doenças associadas à idade», acompanhando-se de mudanças psicológicas, fisiológicas, económicas e sociais^(7, 16).

No entanto, muitas das alterações nas funções e estruturas fisiológicas que ocorrem com o avançar da idade são determinadas por factores relacionados com o estilo de vida, podendo resultar da falta de actividade, bem como de dietas desadequadas, quer em energia, proteínas ou outros nutrientes^(7, 16, 17).

Assim, as actividades de promoção de saúde e prevenção da doença, a adopção de estilos de vida saudáveis e um meio ambiente adequado, são pedras angulares na conquista de um envelhecimento saudável^(4, 7, 16, 17).

Contudo é necessário que, para a promoção da saúde, sejam implementadas estratégias apropriadas, que encorajem estilos de vida adequados e hábitos alimentares equilibrados, de modo a prevenir a doença e o declínio funcional, aumentar a longevidade e proporcionar aos idosos qualidade de vida, reduzindo os custos com a saúde⁽¹⁸⁾.

É então necessário ter em consideração, que para efectuar uma intervenção na área da alimentação, tem que se ter em conta os aspectos sociais e culturais que lhe estão subjacentes⁽¹⁸⁾, sendo que em grupos de idosos esta situação extrema-se uma vez que o envelhecimento produz modificações fisiológicas, havendo alterações nomeadamente do estado de fome e saciedade, pelo que a ingestão alimentar é ainda mais fortemente influenciada por factores externos, que se reflectem nos comportamentos e atitudes^(19, 20).

Considerando que o desconhecimento das práticas e conceitos alimentares de uma comunidade é apontado como uma das maiores causas do fracasso da educação alimentar^(21, 22), o presente trabalho inscreve-se nesta linha de estudo, dado que tem como principal objectivo caracterizar e descrever os comportamentos alimentares da população idosa, com o intuito de contribuir para a dinamização de medidas adequadas a esta população.

Relativamente à constituição da amostra, os questionários são provenientes de 9 unidades hoteleiras, de diferentes regiões do País (Anexo 2), tendo sido considerado como único critério de exclusão de indivíduos, a idade ser inferior a 60 anos ou desconhecida, de modo a assegurar que na amostra constassem apenas “idosos”. A opção pela inclusão na amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, deve-se ao facto da definição de pessoa idosa ser arbitrária, dada a variedade da evolução biológica e psicológica do ser humano, o que implica que a utilização de um limite cronológico para o conceito de idoso seja ele próprio variável, de acordo com diferentes autores^(1, 7, 23, 24). Dado que a participação no “Turismo Sénior” é possível a partir dos 60 anos de idade, o critério que adoptamos permitiu a inclusão de um maior número de indivíduos na amostra.

Conforme já referido anteriormente, procedeu-se à análise de todos os questionários, tendo-se verificado uma frequência elevada de questionários incompletos e / ou preenchidos de forma ambígua. Na origem deste problema sugerem-se factores como o baixo nível educacional da amostra em causa, eventuais limitações funcionais como diminuída capacidade de visão ou dificuldade de coordenação motora e eventualmente algum declínio da função cognitiva com diminuição da capacidade de compreensão e de expressão. Também o facto dos questionários tratados não terem instruções escritas (a explicação de como proceder ao preenchimento era feita oralmente pelo animador) e de terem ocorrido problemas tipográficos na impressão dos inquéritos, tendo sido omitidas as caixas de resposta para o “sim”, “não”, “às vezes”, “rural”, “urbano”, “feminino”, “masculino”, podem ter dificultado o preenchimento, bem como a posterior codificação e introdução dos dados, havendo mesmo respostas anuladas para evitar erros, por má interpretação.

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, no que se refere à variável sexo foi constituída por um maior número de indivíduos do sexo feminino (61%) do que do sexo masculino (39%). Esta constatação reflecte de algum modo a tendência de uma maior participação de indivíduos do sexo feminino no programa “Turismo Sénior”, com proporções por volta dos 62 a 63% desde a sua primeira edição⁽¹⁰⁾. Este facto pode estar relacionado com a maior longevidade dos indivíduos do sexo feminino⁽¹⁰⁾ e, consequentemente com uma maior proporção de indivíduos do sexo feminino nas classes etárias mais elevadas⁽²⁵⁾. A este propósito convém referir que nos resultados provisórios do último recenseamento efectuado no país, 16,6% dos indivíduos residentes no continente

têm 65 ou mais anos de idade, onde 14,5% e 18,6%, respectivamente, são indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino⁽²⁾.

É de notar, que na nossa amostra cerca de 83% dos indivíduos que moravam sozinhos, 88% dos indivíduos que são viúvos e 89% dos indivíduos que são solteiros, são do sexo feminino. Este facto poderá, eventualmente, também estar na origem de uma maior adesão ao programa por parte dos indivíduos do sexo feminino, dado que este está estruturado de forma a estimular a participação de indivíduos que vivem sozinhos ou que não dispõem de acompanhante potenciando o convívio entre os participantes⁽¹⁰⁾.

No que se refere à idade, a média para os indivíduos da nossa amostra, situou-se entre os 70 e 71 anos, o que se assemelha também à média do nível etário dos participantes no programa desde as suas primeiras edições (em torno dos 70 anos)⁽¹⁰⁾.

Quanto à proveniência aproximadamente 42% provêm da unidade Lisboa e Vale do Tejo, 38% da unidade Norte, 19% da unidade Centro e 1% da unidade do Alentejo. Estes dados referentes à origem demográfica dos participantes da nossa amostra assemelham-se de algum modo às dos participantes de edições passadas do “Turismo Sénior”⁽¹⁰⁾. Este facto parece dever-se à facilidade de acesso à informação e aos locais de venda aquando da divulgação e da implementação do programa⁽¹⁰⁾. Esta realidade poderá também estar na base da existência de um maior número de indivíduos da amostra com proveniência urbana. O facto dos idosos do meio rural apresentarem, em geral, menor escolaridade do que os idosos do meio urbano também parece poder, de algum modo, acentuar a diferença da participação no programa, visto que o acesso à informação lhes é mais difícil.

Relativamente à escolaridade 8,9% dos indivíduos não sabiam ler e escrever, 47% tinham apenas completado a instrução primária e só 3,8% do total tinha escolaridade superior ao 9º ano. Nas estatísticas nacionais 55,1% dos idosos não têm qualquer nível de instrução (o INE utiliza as categorias do ISCED sendo que o nível 0 corresponde à não frequência escolar ou à educação pré-escolar), sendo ainda esta proporção maior nos indivíduos do sexo feminino (64,7% *versus* 41,3%)⁽¹⁾. Na amostra, 8,9% dos indivíduos que tinham mais de 65 anos (definição de idosos do INE) não sabiam ler e escrever. Deste modo, talvez participem no “Turismo Sénior” idosos mais alfabetizados, tendo por isso mais facilidade de acesso à informação e um melhor conhecimento das novas oportunidades.

Relativamente ao estado civil, aproximadamente 66% dos indivíduos da amostra eram casados, 30% viúvos, 2% solteiros e 2% divorciados. Relativamente aos viúvos da amostra, 90% são do sexo feminino. Esta constatação situa-se na linha dos dados demográficos da população portuguesa onde a viuvez afecta sobretudo os indivíduos do sexo feminino (em cada 100 viúvos, 82 são mulheres e 18 são homens)^(1, 2). A sobremortalidade masculina e o celibato definitivo feminino são fenómenos que também podem estar na origem de uma elevada proporção de indivíduos do sexo feminino viúvos⁽¹⁾. Este facto é particularmente relevante uma vez que a viuvez ao provocar uma alteração do ambiente social e um aumento da solidão pode afectar os comportamentos alimentares e a ingestão nutricional dos indivíduos^(26, 27, 28). Alguns estudos apontam mesmo para uma diminuição do interesse em actividades relacionadas com a alimentação, sugerindo que a mudança dos hábitos alimentares pode levar à deterioração do estado nutricional^(26, 28).

Para além dos indivíduos viúvos, muitos dos idosos da amostra faziam geralmente as refeições sós e cerca de 25% do total vivem sozinhos. De facto, as alterações do modo de vida condicionadas muitas vezes pela interrupção da actividade laboral, o afastamento físico e psicológico, a perda de relações sociais a par da discriminação a que muitos idosos estão sujeitos, podem conduzir à situação de isolamento. Este fenómeno tem sido referenciado como um factor que contribui para a redução da ingestão⁽²⁷⁾, dado que muitas das actividades sociais giram em torno da alimentação levando a que «A fome fisiológica se torne um apetite moldado pelo ambiente cultural envolvente»^(21, 29). Embora não seja consensual que um aumento na interacção social contribua para uma ingestão alimentar mais adequada⁽²⁷⁾, alguns estudos apontam que a ingestão alimentar melhora quando na companhia de outros^(18, 30).

Assim sendo, certos grupos sociais como os referidos anteriormente podem constituir-se como alvos preferenciais, em matéria de intervenção. É de salientar que um dos desafios que tem sido colocado em matéria de saúde é a redução das desigualdades, sabendo-se que os grupos socialmente excluídos, assim como os desfavorecidos e os mais pobres correm maiores riscos no que respeita à saúde^(16, 31).

Parece assim justificar-se a necessidade de dar uma particular atenção a estes grupos populacionais, podendo a participação em programas de turismo e lazer contribuir efectivamente para o seu bem estar físico, psíquico e social.

Após a caracterização sociodemográfica da amostra passa-se a discutir os resultados considerados mais relevantes para os objectivos propostos.

No que se refere à frequência de refeições efectuadas diariamente, verificou-se que a maioria dos indivíduos refere fazer três a quatro refeições diárias

constatando-se ainda que os indivíduos do sexo feminino o fazem mais frequentemente do que os do sexo masculino. É de salientar que os resultados obtidos não seguem a mesma linha dos resultados encontrados em outros estudos efectuados no contexto nacional. De facto, os dados obtidos pelo Inquérito Nacional de Saúde de 98/99^(1, 32) e por um estudo efectuado junto de idosos portugueses⁽³³⁾ sugerem que os idosos do sexo masculino fazem um maior número de refeições do que os do sexo feminino. Como possível explicação para esta divergência podemos destacar, por um lado as diferenças nas metodologias utilizadas nos diferentes estudos, assim como as eventuais diferenças no que se designa como “refeição”. Conforme já salientamos anteriormente a alimentação é fortemente marcada por factores culturais^(20-22, 29). Assim, a noção de “refeição” pode diferir entre indivíduos, sendo percebida por alguns como apenas pequeno almoço, almoço e jantar, podendo alguns idosos ter omitido involuntariamente as ingestões efectuadas a meio da manhã e a meio da tarde, mesmo quando feitas de forma consistente e estruturada. Para além disso, o facto da questão seguinte do questionário pretender averiguar se existe o hábito de comer ou beber alguma coisa entre as refeições, poderá de algum modo ter contribuído para a dificuldade de uma compreensão inequívoca do conceito de refeição.

Deste modo, para uma explicação mais precisa e uma descrição mais rigorosa das práticas alimentares desta população, pensa-se que teria sido importante que o questionário incluísse questões mais restritas (por exemplo, incluindo um grupo de perguntas que relacionasse directamente o horário e os alimentos ingeridos) que permitissem identificar os hábitos alimentares e efectuar uma posterior comparação em função do sexo. Contudo uma avaliação sistemática dos hábitos

alimentares dos idosos não se inseria no âmbito dos objectivos do presente trabalho.

Relativamente ao número de refeições diárias efectuadas observou-se que a maioria dos idosos faz menos refeições do que o que seria desejável (em média três a quatro refeições), uma vez que a ingestão alimentar deve ser fraccionada em pelo menos cinco refeições diárias⁽³⁴⁾, resultando intervalos de tempo entre as ingestões bastante elevados (em média 4:30). Os resultados revelam que o intervalo entre a média da hora do pequeno almoço e a média da hora do almoço é superior a quatro horas e que apenas 9% dos idosos referiram fazer uma refeição a meio da manhã. De igual modo o intervalo entre a média da hora do jantar e a média da hora do almoço é ligeiramente superior a cinco horas e apenas 51% dos idosos refere fazer uma refeição a meio da tarde.

Os resultados evidenciam assim que, a maioria dos idosos concentra a sua ingestão alimentar nas refeições ditas “principais”, não sendo tão frequente quanto o desejável, a existência das, por vezes denominadas, merendas. A importância do padrão alimentar em si, tem sido referenciada na bibliografia, onde alguns estudos relacionam um aumento do número de refeições dos idosos com uma melhoria da ingestão nutricional e do perfil lipídico⁽¹⁸⁾. Outros estudos mostram um efeito favorável do aumento do número de refeições no controlo no excesso de peso, na hipercolesterolemia e na tolerância à glicose em idosos⁽¹⁸⁾.

Considerando os resultados obtidos, parece importante destacar que para esta população, a promoção da saúde, encorajando uma alimentação adequada, passa pelo incentivo ao aumento do número de ingestões efectuadas originando uma diminuição do espaço de tempo entre as mesmas. Para a concretização desta medida pensa-se que poderá ser importante que, durante a semana em que

participam no programa, nas unidades hoteleiras ou no seu exterior, todos os idosos fossem incentivados e motivados a fazer refeições a meio da manhã, a meio da tarde e a cear, sendo-lhes oferecido uma pequena refeição que, para além de alimentos do grupo dos cereais e derivados, poderia ser constituída por fruta da época, uma vez que é este o alimento mais frequentemente consumido entre as refeições, pelos idosos da amostra. Simultaneamente, nas sessões de educação alimentar, seria importante a sensibilização dos idosos para a necessidade de efectuarem refeições com intervalos de tempo não superiores a 3:30 horas, de modo a que aquisição destes hábitos permanecesse após a cessação da participação no programa. A constatação de que apenas 4,4%, do total dos idosos da amostra, definiu no conceito de alimentação saudável o facto de fazer várias refeições ao dia demonstra também que não parece ser atribuída grande relevância ao fraccionamento alimentar, o que reforça a importância da sensibilização nesse sentido. Seria ainda necessário que os idosos fossem alertados para o perigo da falta de alimentação durante a noite, que pode gerar hipoglicemias, e consequentemente destruição proteica, podendo até levar à morte quando combinadas com irrigação cerebral ou cardíaca deficiente⁽³⁵⁾.

De facto, constatou-se que na nossa amostra o tempo de jejum nocturno é em média muito elevado, dado que as referidas doze horas, decorridas entre a última refeição de um dia e a primeira de outro, excedem em muito as dez horas aconselhadas.

Nesta sequência sugere-se que num próximo trabalho fosse substituída no questionário a questão em que se averigua quando é efectuada a primeira ingestão após o acordar, por uma pergunta acerca da hora em que acordam, de modo a estimar o tempo que decorre desde a hora do despertar até à primeira

ingestão, uma vez que as recomendações do CNAN surgem no sentido de ser feita «uma primeira refeição equilibrada logo após o acordar». Esta avaliação parece de especial importância, dado que alguns trabalhos relatam que os idosos têm menos fome após uma noite em jejum⁽³⁶⁾.

No que se refere às ingestões entre as refeições 54% afirmaram comer ou beber algo, sendo a fruta (37%), o pão (7%), os iogurtes (7%), o leite (6%) e os bolos ou bolachas (5%) os alimentos mais frequentemente ingeridos. Verificou-se ainda que os indivíduos com 70 ou mais anos faziam significativamente menos ingestões entre as refeições do que os indivíduos mais novos o que poderá eventualmente dever-se a uma redução do apetite resultante de alterações fisiológicas que se acentuam com o aumentar da idade^(28, 36, 37). Alguns autores revelam alguma preocupação relativamente ao facto de haver um declínio na ingestão alimentar com a idade, uma vez que, embora não seja consensual, parece não haver grandes alterações ou até haver um aumento nas necessidades nutricionais com a progressão do envelhecimento^(18, 28, 39). Assim, se a diminuição da ingestão energética não se acompanhar do aporte de alimentos nutricionalmente densos, os idosos podem constituir um grupo de risco nutricional⁽³⁸⁾.

No que concerne à ingestão de água ao longo do dia é de salientar que 7% afirmam não o fazer e 24% afirmam fazê-lo apenas “às vezes”. Este resultado aponta para a importância do incentivo da ingestão de água, mesmo quando não existe sensação de sede, dado que esta diminui com o envelhecimento⁽²⁸⁾. Esta medida é importante para a prevenção da desidratação, que se constitui como um problema frequente nos idosos^(18, 28, 39).

Quanto ao funcionamento intestinal é de destacar que cerca de 63% dos idosos da amostra consideram que o seu intestino funciona bem. Dos 15% que referem ter problemas a maioria é do sexo feminino. Na origem deste problema a literatura sugere que uma baixa ingestão energética, um número reduzido de refeições, uma baixa ingestão de líquidos e estados de depressão, podem ser apontados como os principais factores de obstipação⁽²⁸⁾. Estes resultados não são congruentes com o facto de serem as mulheres que referem efectuar um maior número de refeições e referirem ingerir água ao longo do dia. Deste modo pensamos que outros factores poderão estar associados à explicação destes resultados, nomeadamente a avaliação da autopercepção dos estados de saúde. Os resultados obtidos não permitem delinear uma explicação mais aprofundada, o que também não se enquadra nos objectivos do presente estudo.

Quanto às dificuldades de mastigação cerca de 39% dos idosos da amostra afirmam sentir esta dificuldade, dos quais 67% são do sexo feminino e 60% têm 70 anos ou mais de idade. Os resultados obtidos situam-se na linha de um estudo efectuado em idosos Europeus, onde foi apontado que os indivíduos do sexo feminino referem mais ter dificuldades de mastigação do que os indivíduos do sexo masculino⁽⁴⁰⁾, tendo sido, no âmbito desse estudo, avaliada uma amostra de 222 idosos portugueses dos quais 59,5% dos indivíduos do sexo feminino e 36,9% dos indivíduos do sexo masculino referiram dificuldades de mastigação⁽⁴¹⁾. Alguns trabalhos sugerem que uma deterioração da dentição pode gerar certas restrições alimentares, que podem afectar a ingestão e consequente estado nutricional⁽⁴⁰⁾. Foi inclusivamente referida a diminuição do consumo de carne, frutas frescas e vegetais como consequência da dificuldade de mastigação resultante do uso de próteses dentárias⁽²⁸⁾.

Para além de todo o trabalho de adequação do Serviço de Alimentação nas Unidades Hoteleiras, durante a semana do programa “Turismo Sénior”, é fundamental que se alerte os idosos para a importância da ingestão de frutas frescas e vegetais, sugerindo por exemplo a trituração, nomeadamente na preparação de saladas, a preparação de sumos naturais e de batidos, a opção de incluir sempre sopa de legumes nas refeições do almoço e jantar, medidas que asseguram o aporte de alimentos nutricionalmente densos e que ajudam a superar as dificuldades de mastigação. Estas medidas, juntamente com o já referido estímulo à ingestão de água ao longo do dia, poderiam ser ainda benéficas para a diminuição do mau funcionamento intestinal.

Relativamente ao conceito de alimentação saudável, conhecer o modo como este é entendido junto da população reveste-se da maior importância em educação alimentar, para que a sua promoção seja feita de forma efectiva e clara⁽⁴²⁾. Quando questionados sobre a definição de alimentação saudável são mais frequentemente referidos os produtos hortícolas, a ingestão de peixe, fruta e leite, sendo ainda mencionados métodos culinários como grelhados e cozidos. A operacionalização desta definição apresentou algumas limitações dado que não se avaliou se os indivíduos associavam definições entre si sendo impossível determinar quantos conceitos o mesmo indivíduo citou. Contudo a análise das frequências das respostas a esta questão permitiram identificar que para a maioria dos indivíduos o conceito de alimentação saudável é muito simples e incompleto. Deste modo, parece que os idosos da amostra não entendem alimentação saudável como sendo resultante da combinação de uma multiplicidade de factores como variedade, equilíbrio e complementaridade. Convém no entanto sublinhar que a opção pela forma de resposta aberta à

questão e o facto de se solicitar uma definição e / ou representação, pode ter contribuído para a dificuldade de expressão de uma forma completa do conceito solicitado, levando os indivíduos a dar uma definição de alimentação saudável centrada em produtos e métodos de confecção culinária. A este propósito pensa-se que será interessante averiguar em estudos futuros a diferenciação do conceito de alimentação saudável de acordo com características sociodemográficas, como por exemplo a idade, o sexo e o meio de proveniência, sendo para tal fundamental levar os indivíduos a apresentarem a sua definição de alimentação saudável de um modo mais completo e exaustivo.

Importa contudo enfatizar que os resultados obtidos nesta questão vão ao encontro de algumas directrizes preconizadas pelo CNAN, como por exemplo o aumento do consumo de vegetais, frutos e peixe, a redução do consumo de gorduras e sal e o consumo adequado de leite⁽³⁴⁾. Estes resultados foram já encontrados noutros estudos que referem que a definição dada pelas populações do que entendem como sendo alimentação saudável, se aproxima em muito do que são as recomendações alimentares^(42, 43, 44).

De acordo com a perspectiva esboçada, a promoção de alimentação saudável não pode reduzir-se à divulgação de informação alimentar e nutricional, dizendo à população o que deve ou não comer, até porque de algum modo o conteúdo das mensagens parece já ser conhecido. Com efeito pensa-se que seria importante avaliar, se o facto dos indivíduos conhecerem as recomendações alimentares, se traduz na prática de uma alimentação saudável, dado que estar informado acerca do que é alimentação saudável, não implica querer ou poder fazer escolhas alimentares de acordo com o preconizado. Neste quadro poderá ser útil, num próximo trabalho, incluir uma pergunta em que os inquiridos se autoavaliem

relativamente a fazerem ou não uma alimentação saudável. Alguns estudos sugerem que um elevado número de idosos pensam que fazem uma alimentação saudável⁽¹³⁾, pelo que talvez os esforços devam ir no sentido de assegurar que os idosos sejam capazes de avaliar correctamente os seus hábitos alimentares, reconhecendo assim a necessidade da modificação dos seus comportamentos⁽⁴⁵⁾. Apesar de 68% dos idosos não sentirem dificuldades na prática de alimentação saudável, conhecer que dificuldades têm os idosos que responderam positivamente à pergunta, seria de extrema utilidade na delineação de estratégias efectivas de promoção de alimentação saudável naquela população, pois permitiria identificar quais os obstáculos a ultrapassar.

A corroborarem-se as evidências encontradas num estudo, que aponta como principais barreiras à adopção de alimentação saudável por parte dos idosos, a resistência à mudança e o custo dos alimentos⁽¹³⁾, poderiam, por exemplo, as medidas traçadas ir no sentido de demonstrar que as necessidades nutricionais podem ser completamente cobertas sem o custo com a alimentação ser maior^(46, 47).

Apesar de alguns estudos indicarem que em geral os idosos identificam a alimentação como determinante na saúde e reconhecem alguns benefícios da adopção de uma alimentação saudável^(13, 48), continua a justificar-se que se proceda a uma sensibilização, acerca das vantagens da adopção de uma alimentação saudável, junto desta faixa etária, uma vez que um dos mitos associados ao envelhecimento é o de já ser tarde para adoptar um estilo de vida saudável⁽⁷⁾.

É importante ter em conta que a educação alimentar e nutricional deverá ser traduzida sob a forma de receitas e proporções dos alimentos necessários a uma

alimentação saudável⁽⁴⁹⁾. Nas sessões de educação alimentar para os idosos pode ser muito mais apelativa a aplicação prática dos conhecimentos sobre nutrição e alimentação, sendo mais efectivo a realização de exercícios práticos como a “construção” de dias alimentares, talvez mesmo a preparação de alimentos, a modificação de receitas, entre outros. Esta concepção de Educação Alimentar permite estimular a criatividade, valorizar a sabedoria e a experiência de quem tantos anos e memórias goza e pode até ser benéfica a partilha de conhecimentos e experiências de pessoas de diferentes regiões, cujos hábitos e costumes locais são tão diversificados.

Quando questionados acerca da existência de alguma recomendação médica relativa à sua alimentação, aproximadamente 57% dos idosos responderam afirmativamente, sendo que entre estes é maior a proporção de indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino. Relativamente à saúde alguns estudos sugerem que os idosos do sexo feminino consideram ter um estado de saúde mais precário, do que os idosos do sexo masculino^(1, 32, 38, 50), podendo eventualmente procurar assim mais conselhos médicos. De facto, na nossa amostra observou-se que os indivíduos do sexo feminino apresentaram mais queixas relativamente ao funcionamento intestinal e à dificuldade de mastigação. As evidências encontradas em alguns estudos de que os indivíduos do sexo feminino se preocupam mais com os aspectos nutricionais quando fazem escolhas alimentares^(13, 51) e que são os profissionais de saúde uma das fontes mais credíveis de informação sobre alimentação^(51, 52) podem sugerir que estes indivíduos estejam mais atentos às recomendações do médico relativas à alimentação.

Constatou-se que os indivíduos com idade superior ou igual a 70 anos referiram mais frequentemente ter recomendações do médico relativas à alimentação do que os indivíduos com menos de 70 anos de idade. A diminuição da capacidade funcional com a idade⁽⁷⁾ pode justificar que exista uma maior intervenção, nomeadamente com o aumento das recomendações médicas no que concerne à alimentação. Também mais indivíduos do meio rural referiram ter recomendações do médico relativamente à alimentação. Como possível justificação destas diferenças poderá estar o relevo social atribuído ao médico nas comunidades rurais enquanto fonte privilegiada de transmissão de conhecimentos no domínio da saúde, que comparativamente com as comunidades urbanas perde o seu relevo em função da multiplicidade de fontes de informação.

As recomendações do médico relativas à alimentação mais frequentemente citadas, vão de encontro a um grande número das “Recomendações para a Educação Alimentar da População Portuguesa” do CNAN, como sejam: o aumento do consumo de hortofrutícolas e de peixe, a redução do consumo de gorduras, de açúcar e de sal e o fraccionamento de uma alimentação variada em pelo menos cinco refeições diárias⁽³⁴⁾. Parece, no entanto, que as recomendações do médico referidas surgem não apenas pela grande divulgação de mensagens de educação alimentar, mas por nesta faixa etária serem prevalentes problemas de saúde como doença cardiovascular, hipertensão, diabetes e outras patologias⁽⁷⁾, em que a alimentação tem um papel determinante na prevenção e no tratamento. O facto curioso de alguns indivíduos responderem ao que seriam recomendações, enumerando patologias como hipercolesterolemia e diabetes pode ajudar a corroborar a hipótese.

No que concerne à caracterização do padrão da actividade física, a actividade que um maior número de indivíduos referiu fazer foi andar a pé e passear (85%) o que, de algum modo, vai ao encontro dos resultados encontrados em outros trabalhos que revelam que a forma mais comum de actividade física nos idosos, é caminhar^(53, 54, 55).

No total dos idosos da amostra, cerca de 78%, 75% e 73%, respectivamente, faziam compras de alimentos, preparavam refeições e arrumavam e limpavam a casa. Nestas actividades domésticas, assim como cuidar de crianças ou de pessoas doentes, é significativa a disparidade de comportamentos entre os sexos, o que talvez seja o resultado de uma herança cultural, que as lega como sendo responsabilidade exclusivamente feminina. Os resultados obtidos vão de encontro às conclusões de outros trabalhos, como por exemplo o Inquérito à Ocupação do Tempo⁽¹⁾ e um estudo efectuado junto de idosos Portugueses⁽³³⁾. É de notar que este facto parece estar relacionado com a constatação de que os indivíduos do sexo feminino da amostra referem mais frequentemente do que os indivíduos do sexo masculino, não praticar habitualmente ginástica ou outra actividade física. A este propósito, um estudo efectuado com cidadãos Europeus, refere que tomar conta de crianças ou familiares idosos, tarefa que é desempenhada maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, foi apontada como uma barreira à prática de actividade física de forma muito mais significativa pelos indivíduos deste sexo⁽⁵⁴⁾. Convém sublinhar que a menor adesão à prática de actividade física pelos indivíduos do sexo feminino tinha sido já revelada por outros trabalhos^(13, 56, 57), tendo sido sugerido que o tempo dispendido no desempenho das tarefas domésticas a par do desgaste físico que lhe está associado, podem ser encarados como factores que justificam esta realidade⁽⁵⁶⁾.

As restantes actividades, como dançar, trabalhar na horta ou jardim e andar a pé, registam valores mais aproximados entre os dois sexos, nos idosos da amostra.

Relativamente à prática de ginástica ou outra actividade física, cerca de 67% dos idosos responderam não o fazer habitualmente. Contudo, podem os idosos da amostra ter interpretado que lhes era perguntado se faziam actividade física de forma estruturada, repetida e planeada ao que responderam negativamente, subestimando a prática de actividades não tipicamente associadas à imagem de exercício físico.

Neste contexto, apesar de apenas 33% do total dos indivíduos referir fazer ginástica ou outra actividade física e de alguns trabalhos revelarem que a maioria dos idosos não tem qualquer *actividade física*⁽⁵⁰⁾, não se pode inferir acerca da inactividade dos idosos da amostra, dado que, como foi referido anteriormente, a maioria dos idosos afirma entre outros, andar a pé e efectuar tarefas domésticas com frequência.

Contudo, o facto de alguns estudos revelarem que é o grupo dos idosos o que mais frequentemente refere não necessitar de praticar mais exercício físico⁽¹³⁾ e que são os indivíduos com mais de 55 anos e os indivíduos de nacionalidade Portuguesa (entre 15 países Europeus) os que mais frequentemente referem não dedicar nenhum tempo livre à prática de actividade física⁽⁵⁶⁾, suscita alguma preocupação. Esta realidade é ainda corroborada pelos dados obtidos num inquérito efectuado pelo INE, que relativamente às ocupações escolhidas para o uso do tempo disponível, registou taxas elevadas de resposta para a opção “não fazia nada, descansava” para os idosos de ambos os sexos⁽¹⁾.

É importante salientar, que de acordo com os resultados obtidos, as actividades que os idosos referem efectuar aparentam estar associadas à necessidade de

realizar tarefas quotidianas e não à prática de actividade física estruturada. Esta constatação, aliada ao facto de alguns trabalhos revelarem que os idosos não consideram a actividade física como um factor determinante na sua saúde^(13, 58), pode tornar-se de algum modo preocupante, pois é reconhecido que a actividade e o exercício físico ajudam a manter e a melhorar a capacidade funcional, o bem estar físico, psíquico e social das pessoas idosas^(7, 53, 54, 56, 59, 60).

De acordo com a perspectiva esboçada, parece justificar-se a implementação de medidas que incentivem a prática regular de actividade física, devendo os idosos ser motivados e sensibilizados para os benefícios da adopção de um estilo de vida activo e das repercussões do mesmo na sua saúde em geral.

O facto de alguns trabalhos revelarem que foram apontadas pelos idosos, como principais barreiras à adesão da prática regular de actividade e exercício físico, a sensação de serem velhos, de não serem do tipo desportista e não terem saúde⁽¹³⁾, sugere ainda que é preciso esclarecer os idosos que a progressão da idade não é um obstáculo à prática de actividade física⁽⁵³⁾, ressaltando que os benefícios podem ser alcançados com a prática de actividades várias, sublinhando a importância da regularidade da actividade física.

As evidências encontradas em alguns estudos, de que os benefícios percebidos pelos idosos da prática regular de exercício físico, se associam ao lazer, relaxamento e à possibilidade de sair de casa, sugerem que, como estratégias para a promoção da saúde, se encorajem actividades como caminhadas, danças e até jogos tradicionais ligados a raízes e valores culturais⁽¹³⁾.

No entanto, o estímulo à prática de actividade física não pode ter em consideração apenas aspectos comportamentais e sociais, sugerindo-se que sejam dadas oportunidades aos idosos de praticar actividades variadas.

Parece então fundamental sejam implementadas medidas como «(...) o desenvolvimento de iniciativas locais de índole cultural orientadas para as pessoas idosas bem como a criação, com as autarquias, de espaços e vias onde é possível andar a pé com segurança ou praticar outras actividades de promoção da saúde»⁽⁶¹⁾.

A caracterização dos gostos e das preferências alimentares reveste-se de grande importância, uma vez que têm sido apontados como determinantes centrais no desenvolvimento, manutenção e mudança do padrão alimentar⁽⁶²⁾. A análise dos dados relativos às preferências alimentares da amostra, impõe no entanto, alguns cuidados. A resposta pode reflectir gostos pessoais ou traduzir o que se passa naquela unidade hoteleira. O facto de frequentemente os indivíduos referirem gostar de tudo e não terem qualquer preferência e até a baixa taxa de resposta (cerca de 20% e 36% dos indivíduos não responderam, respectivamente, ao que gostariam que lhes servissem mais vezes e menos vezes naquela unidade hoteleira), reforça a ideia da resposta ir de encontro ao que se passa na unidade hoteleira, e, deste modo, poder traduzir satisfação com o serviço prestado. Respondem com frequência mais grelhados e cozidos, menos fritos e guisados, o que pode sugerir descontentamento com os métodos culinários usados nas unidades hoteleiras, assim como a solicitação de mais peixe, mais produtos hortícolas pode indicar insatisfação com os alimentos servidos. Poderá ainda reflectir os gostos e as preferências individuais de um grupo etário que tendencialmente tem alguma preocupação com as suas escolhas alimentares^(13, 51). Também a tendência dos indivíduos para apresentar respostas socialmente desejáveis em situação de teste pode levar a enviesamentos⁽⁶³⁾, impondo-se alguma reserva na leitura e na interpretação dos dados. Esta situação poderá ter

sido ainda agravada pela própria estrutura do inquérito, pois as questões relativas às preferências surgem após a pergunta das recomendações médicas face à alimentação. Futuramente talvez fosse vantajoso alterar a ordem das questões possibilitando aos indivíduos falar livremente dos seus gostos e hábitos, introduzindo depois as questões mais exploratórias e até mais polémicas.

Nas preferências relativas às bebidas há uma nítida diferenciação entre os sexos, preferindo os indivíduos do sexo masculino, da amostra, o vinho e os indivíduos do sexo feminino a água e os sumos ou refrigerantes. A tradição e os factores culturais podem contribuir para a justificação dos resultados obtidos. A este propósito, convém referir que um estudo efectuado com idosos Portugueses aponta que o consumo de bebidas alcoólicas é significativamente mais elevado nos indivíduos do sexo masculino⁽³³⁾ e que segundo as estatísticas nacionais os indivíduos do sexo masculino são, de facto, maiores consumidores de bebidas alcoólicas do que os indivíduos do sexo feminino⁽¹⁾. Alguns trabalhos, efectuados em Portugal, observaram que, entre os consumidores regulares de vinho era maior a proporção de indivíduos do sexo masculino mais idosos, trabalhadores manuais e rurais, e que de entre as motivações invocadas pelos não consumidores e pelos consumidores ocasionais se destacavam nomeadamente as preocupações com a saúde⁽⁶⁴⁾.

De seguida, passa-se a apresentar as conclusões gerais deste estudo e a tecer alguns comentários adicionais às implicações destes resultados para a compreensão dos hábitos alimentares e de actividade física dos idosos, no quadro da promoção da saúde em geral e da educação alimentar em particular.

6. CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos permitiu concluir que, relativamente à definição de alimentação saudável, os idosos parecem conhecer alguns dos conceitos que a caracterizam. No entanto, muitas dúvidas se levantam relativamente à transposição desses conhecimentos para as práticas diárias, uma vez que a caracterização de alguns hábitos alimentares levou à constatação que o número de refeições que a maioria dos idosos dizem efectuar se afasta do aconselhado, originando um tempo médio de espaçamento entre estas muito longo, tal como o período de jejum nocturno. No que concerne às actividades realizadas, destaca-se que apenas cerca de 33% dos idosos da amostra referem praticar habitualmente actividade física. No seu conjunto estas duas conclusões apontam para a necessidade de se adoptar uma filosofia para a população idosa que garanta a integração das suas atitudes, comportamentos e representações numa atmosfera de desenvolvimento de promoção da saúde. O presente trabalho inscreve-se nesta linha, dado que pretende contribuir para a definição de estratégias e medidas adequadas, de modo a que o “Turismo Sénior” assuma de forma cada vez mais efectiva e abrangente o seu papel promotor de saúde.

Assim, de acordo com a perspectiva que previamente se esboçou, convém salientar que relativamente ao padrão alimentar é importante que se tente alterar alguns aspectos da situação actual. Para concretizar, sugere-se por exemplo, que durante a semana do programa seja oferecida a todos os idosos uma pequena merenda, nos intervalos que decorrem entre as refeições ditas “principais”. Simultaneamente, parece fundamental proceder a uma sensibilização para os benefícios de tal prática, com o intuito de se promoverem mudanças

comportamentais nos hábitos alimentares, reforçando a sua importância para o próprio. Estas alterações poderão eventualmente, repercutir-se contribuindo para influenciar e melhorar o padrão alimentar de outros grupos sociais que rodeiam o idoso, como por exemplo familiares e amigos.

As evidências encontradas acerca do padrão de actividade física dos idosos da amostra demonstram que algo poderá ser feito também a esse nível. Talvez a motivação para a mudança possa ser conseguida informando os idosos acerca dos benefícios que a prática de actividade física traz para a saúde, ressaltando sempre o êxito de comportamentos como o andar a pé, uma das actividades mais frequentemente praticada pelos idosos. Torna-se então fundamental que sejam criadas as condições necessárias à adopção de certos hábitos, sendo necessário a esse nível a intervenção de dirigentes associativos, autarcas e demais entidades, nomeadamente na criação de infra-estruturas adequadas.

Deste modo, pensa-se que as questões que foram abordadas justificam a importância da oportunidade de participação em programas desta natureza se estender a um maior número de idosos, nomeadamente os menos literados, os mais carenciados, os socialmente mais excluídos, o que poderá ser conseguido através do estabelecimento de parcerias com entidades e instituições.

Não perdendo de vista o facto dos resultados deste estudo não poderem ser generalizados para a população idosa, espera-se que de algum modo se tenha contribuído para a identificação de problemas prementes nesta população, assim como para a definição de algumas possíveis pistas, para aprofundar, ampliar e adaptar as estratégias de promoção da saúde, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços destinados a proporcionar “mais vida aos anos”.

7. BIBLIOGRAFIA

1. INE: O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas, In www.ine.pt/prodserv/estudos/pdf/Envelhecimento.pdf de 20-05-2002.
2. INE. Censos 2001 – Resultados Provisórios, Portugal. Lisboa: INE; 2002.
3. Comissão das Comunidades Europeias: Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial, Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento, Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, In europa.eu.int/eur-lex/pt/com/cnc/2002/com2002_0143pt01.pdf de 02-06-2002.
4. United Nations: Madrid International Plan of Action on Ageing 2002, In www.un.org/ageing/coverage/action.pdf de 01-07-2002.
5. United Nations: Political Declaration, In www.un.org/ageing/coverage/declaration.pdf de 01-07-2002.
6. Natário A. Envelhecimento em Portugal: uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1992; 10(3): 47-56.
7. World Health Organization: Active Ageing: A Policy Framework, In www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf de 08-07-2002.
8. Comissão Europeia: Plano Nacional de Acção para a Inclusão: Portugal 2001-2003, In europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/jun/napincl2001pt_pt.pdf de 05-07-2002.
9. DIÁRIO DA REPÚBLICA, Despacho conjunto nº. 259/97, de 21-08.

10. INATEL. Programas “Turismo Sénior” e “Saúde e Termalismo Sénior” em Portugal – 1995/2000: Estudo de impacte socio-económico. Lisboa: INATEL; 2001.
11. DIÁRIO DA REPÚBLICA, Despacho Conjunto dos Ministérios da Economia e da Solidariedade e Segurança Social, de 27-09.
12. Carta de Lisboa do Turismo Sénior. INATEL.[desdobrável]
13. Graça P, Afonso C, de Almeida MDV. O Turismo Sénior: Instrumento da Política de Saúde para os Idosos. Revista de Alimentação Humana 2000; 6(1): 53-61.
14. La santé des personnes âgées, Serie de Rapports Techniques. 779, Genève; 1989.
15. DIÁRIO DA REPÚBLICA, Decreto Lei nº 46/ 89 de 15-02.
16. Solomons NW. Demographic and nutritional trends among the elderly in developed and developing regions. European Journal of Clinical Nutrition 2000; 54(3): s2-s14.
17. Dontas AS, Moschandreas J, Kafatos A. Physical activity and nutrition in older adults. Public Health Nutrition 1999; 2(3a): 429-436.
18. Wahlqvist ML, Savage GS. Interventions aimed at dietary and lifestyle changes to promote healthy aging. European Journal of Clinical Nutrition 2000; 54(3): s148-s156.
19. Schlettwein-Gsell D, Barclay D. Longitudinal changes in dietary habits and attitudes of elderly Europeans. European Journal of Clinical Nutrition 1996; 50(2): s56-s66.
20. Read M, Schlenker ED. Food Selection Patterns Among the Aged. In: Nutrition in Aging. 2th edition. St. Louis: Mosby; 1993. p. 284-309.

21. Rodrigues SSP, Cardoso SM, de Almeida MDV. Hábitos Alimentares: Conceitos e Práticas – Continuidade e Mudança entre Gerações. *Alimentação Humana* 2000; 6(3): 153-164.
22. Fieldhouse P. Food and Nutrition: customs and culture. Preface of second edition. Chapman & Hall; 1995.
23. Donald KG. The frail elderly: meeting the nutritional challenges. *Journal of the American Dietetic Association* 1995 May; 95(5):538-540.
24. Johnson TF. Aging well in contemporary society. *The American Behavioral Scientist* 1995; 39(2):120.
25. Organização Mundial de Saúde. Adultos de 60 o más años de edad. In: *El Estado Físico: uso e interpretação de la antropometria*. Ginebra: OMS; 1995. p. 441-478.
26. Shahar DR, Schultz R, Shahar A, Wing RR. The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behavior in the elderly population. *Journal of Aging and Health* 2001; 13(2): 186-199.
27. Walker D, Beauchene RE. The relationship of loneliness, social isolation and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. *Journal of the American Dietetic Association* 1991; 91: 300-304.
28. Harris NG. Nutrition in Aging. In: Mahan LK, Escott-Stump S, eds. *Krause's Food, Nutrition, & Diet Therapy*. 10th edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. p. 287-305.
29. Almeida MDV, Afonso CIPN. Factores que Determinam a Escolha Alimentar. In: Almeida MDV, Afonso CIPN. *Princípios Básicos de Alimentação e Nutrição*. 1^a ed. Lisboa: Universidade Aberta; 2001. p. 21-31.

30. Amarantos E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology* 2001 Oct; 56A: 54-64.
31. Payette H, Gray-Donald K, Cyr R, Boutier V. Predictors of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. *American Journal of Public Health* 1995, 85(5): 677-690.
32. Ministério da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. Instituto Nacional de Saúde; 1999.
33. Cruz JAA, Martins I, Mano MC, Dantas MA, Airoso ML, Rombo MM, et al. Nutrição e Saúde dos Idosos de Vila Franca de Xira III. Estilo de Vida – Alimentação, Bebidas Alcoólicas, Actividade Física, Tabaco e Exposição ao Sol. *Revista Portuguesa de Nutrição* 1992; IV(3): 4-18.
34. Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) Comissão de Educação Alimentar. Recomendações para a Educação Alimentar da População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Nutrição* 1997; VII(2): 5-19.
35. Peres E. Cuidados Alimentares com idosos. In: *Saber comer para melhor viver*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Caminho; 1994. p. 195-200.
36. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *American Journal Clinical Nutrition* 1997; 66: 760-73.
37. Ryan VC, Bower ME. Relationship of socioeconomic status and living arrangements to nutritional intake of the older person. *Journal of the American Dietetic Association* 1989; 89: 1805-1807.
38. Schroll M, Bjornsbo-Schroll K, Ferry M, Livingstone MBE. Health and physical performance of elderly Europeans. *European Journal of Clinical Nutrition* 1996; 50(2): s105-s111.

39. Position of the American Dietetic Association (ADA). Nutrition, Aging and the continuum care. Journal of the American Dietetic Association 2000 May; 100(5): 580-595.
40. Fontijn-Tekamp FA, van't Hof MA, Slagter AP, van Waas MJA. The state of dentition in relation to nutrition in elderly Europeans in the SENECA Study of 1993. European Journal of Clinical Nutrition 1996; 50(2): s117-s122.
41. Cruz A, Martins I, Mano C, Dantas A, Airoso L, Rombo M. Saúde e Nutrição dos Idosos de Vila Franca de Xira. Saúde e Capacidade Funcional. In: Marques AT, Gaya A, Constantino JM, editors. Physical Activity and Health in the Elderly – Proceedings of the 1st Conference of EGREPA; 1993 Oct 26-30; Oeiras, Portugal. Portugal: Porto;1994. p.163-166.
42. Institute of European Food Studies. A pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health – Report number 3. IEFS; 1996.
43. Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. Interpretations of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. Health Educational Research 1998 Jun; 13(2): 171-183.
44. Margetts BM, Martinez JA, Saba A, Holm L, Kearney K. Definitions of 'healthy' eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. European Journal of Clinical Nutrition 1997; 51(2): s23-s29.
45. Kearney JM, Mc Elhone. Perceived barriers in trying to eat healthier – results of a pan-EU consumer attitudinal survey. British Journal of Nutrition 1999; 81(2): s133-s137.
46. de Almeida MDV, Rodrigues SSP. Quanto custa a um idoso alimentar-se? Revista de Alimentação Humana 1995; 1(3): 30-39.

47. McIntosh WA, Kubena KS, Walker J, Smith D, Landmann WA. The relationship between beliefs about nutrition and dietary practices of the elderly. *Journal of the American Dietetic Association* 1990; 90: 671-676.
48. Institute of European Food Studies. A pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health – Report number 4. IEFS; 1996.
49. Wearne SJ, Day MJL. Clues for the development of food-based dietary guidelines: how are dietary targets being achieved by UK consumers?. *British Journal of Nutrition* 1999; 81(2): s119-s126.
50. Cruz JAA. Estudo SENECA sobre Nutrição e Saúde dos Idosos. Uma comparação entre cidades do Norte, Centro, Leste e Sul da Europa. *Revista Portuguesa de Nutrição*. 1997; VII(3): 5-28.
51. Institute of European Food Studies. A pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health – Report number 2. IEFS; 1996.
52. Institute of European Food Studies. A pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health – Report number 1. IEFS; 1996.
53. World Health Organization: The Role of Physical Activity in Healthy Ageing, In www.who.int/hpr/ageing/roleofphysactiv.pdf de 02-07-2002.
54. Zunft H-JF, Friebe D, Seppelt B, Widhalm K, de Winter A-MR, de Almeida MDV, et al. Perceived benefits and barriers to physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999; 2(1a): 153-160.
55. Drewnowski A, Evans WJ. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology* 2001 Oct; 56A: 89-94.

56. Almeida MDV, Graça P, Afonso C, D'Amicis A, Lappalainen R, Damkjaer S. Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999; 2(1a): 105-113.
57. Margetts BM, Rogers E, Widhal K, de Winter A-MR, Zunft H-JF. Relationship between attitudes to health, body weight and physical activity and level of physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999; 2(1a): 97-103.
58. Kafatos A, Manios Y, Markatji I, Giachetti I, Almeida MDV, Engstrom LM. Regional, demographic and national influences on attitudes and beliefs with regard to physical activity, body weight and health in a nationally representative sample in the European Union 1999; 2(1a): 87-95.
59. World Health Organization: Growing Older – Staying Well, In www.who.int/hpr/ageing/growingolderstayingwell.pdf de 02-06-2002.
60. Veríssimo MT. A importância do exercício físico no idoso. *Geriatrics* 1989; 2(12): 35-38.
61. Ministério da Saúde. Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998 – 2002. Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
62. Eertmans A, Baeyens F, Van den Bergh O. Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminary suggestion for health promotion. *Health Educational Research* 2001; 16: 443-456.
63. Hebert JR, Clemow L, Pbert L, Ockene IS, Ockene JR. Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measure. *Int J Epidemiol* 1995; 24(2): 389-397.

64. Duarte F, Ruivo PL. Comportamentos de compra e consumo de vinho em Portugal: O caso particular dos Vinhos de Qualidade Produzidos em Regiões Determinadas (VQPRD). 4º Simpósio de Vitivinicultura do Alentejo; 1998 Maio 20-22; Évora, Portugal.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Regulamento de colaboração da estagiária com a FCNAUP.....	a1
Anexo 2 – Listagem das Unidades Hoteleiras.....	a5
Anexo 3 – Questionário aplicado aos participantes nos programas de “Turismo Sénior”.....	a7

ANEXO 1

Regulamento de colaboração do(s) estagiário(s) com a FCNAUP no âmbito do projecto sobre “Hábitos alimentares e de actividade física de idosos” *

- Será fornecido ao estagiário:

1. Um CD com a cópia do programa SPSS (pertencente à FCNAUP).
2. Uma disquete com a grelha de preenchimento dos dados com alguns inquéritos já introduzidos a título de exemplo.
3. Guião com as regras de preenchimento da base de dados, o qual deve ser cumprido integralmente, de forma a uniformizar critérios.
4. Inquéritos em número a determinar (a devolver à FCNAUP).
5. Cópias de artigos que a FCNAUP considere úteis para o desenvolvimento deste trabalho.
6. Apoio ao desenvolvimento do projecto (tratamento estatístico dos dados e informações sobre a manipulação e gestão da base de dados)

- O estagiário compromete-se a:

1. Introduzir correctamente os dados dos inquéritos que lhe são fornecidos pela FCNAUP, seguindo a metodologia do Guião.
2. Não fazer qualquer alteração da base original de dados sem autorização da FCNAUP.
3. Manter confidencialidade sobre os dados e resultados obtidos no estudo.
4. Gravar cópias de segurança da base de dados, com periodicidade regular.
5. Contactar a FCNAUP periódica e pessoalmente em dia a combinar e sempre que surjam dúvidas relativas ao trabalho que obriguem à alteração da base de dados.

Os dados tratados e a sua propriedade intelectual pertencem à FCNAUP/INATEL.

Os dados tratados destinam-se exclusivamente à realização de uma tese de licenciatura e sua publicação.

A divulgação pública dos dados tratados (para além do trabalho de estágio) deverá sempre passar por uma autorização e acordo prévio com a direcção da FCNAUP/INATEL.

A estagiária Alexandra Pereira

Alexandra Manuel S.A. Pereira

Porto, 11 de Janeiro de 2002

Emails de contacto FCNAUP:

- pedrograca @ fcna.up.pt
- patriciapadrao @ fcna.up.pt
- susanamacedo @ fcna.up.pt

Telefones:

- FCNAUP: 225074320 Fax : 225074329
- Patrícia Padrão: 919615047
- Susana Macedo: 934254803

* Este regulamento interno, surge na medida em que existe um protocolo de colaboração institucional entre a FCNAUP e o INATEL com a devida necessidade de proteger a confidencialidade dos dados.

ANEXO 2

	PARTICIPANTES	AMOSTRA
	(n)	(n)
HOTEL D. JOSÉ – QUARTEIRA	81	70
PARAÍSO ATLÂNTICO – QUARTEIRA	76	54
SENHORA DO CASTELO – MANGUALDE	59	55
HOTEL GLOBO – PORTIMÃO	67	56
INATEL CERVEIRA	63	57
CALDELAS HOTEL BELA VISTA	57	49
HOTEL MONTE RIO – SÃO PEDRO DO SUL	23	20
HOTEL CRISTAL VIEIRA PRAIA	33	31
INATEL ALBUFEIRA	103	87

Quadro representativo das nove unidades hoteleiras, onde permaneceram nove dos grupos que preencheram o questionário, entre os quais se efectuou a selecção da amostra.

ANEXO 3



Sessões de Alimentação - Turismo Sênior



A preencher pelo animador (Localidade e nome da unidade hoteleira)

Não preencher

Gostaríamos de o servir melhor e para isso pedimos que responda às seguintes questões:

1. O seu médico recomenda-lhe algum cuidado especial com a alimentação?

Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____

2. Que comida gostava que lhe servissem mais vezes aqui nesta unidade hoteleira?

3. E a que gostava que lhe servissem menos vezes?

4. Qual é a sua bebida preferida?

Agora em relação aos seus hábitos alimentares no dia-a-dia em sua casa:

5. Tem por hábito tomar o pequeno-almoço? Sim ☐ Não ☐

6. A que horas come pela primeira vez depois de acordar? _____

7. Que refeições faz habitualmente por dia? (indique todas)

Refeições

Horas

Com quem

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. Come mais alguma coisa durante o dia, entre as refeições? Sim ☐ Não ☐

Se sim, o quê? _____

9. A que horas come pela última vez antes de se deitar? _____

E a que horas se deita habitualmente? _____

10. Bebe água ao longo do dia? Sim ☐ Às vezes ☐ Não ☐

11. O seu intestino funciona bem? Sim ☐ Às vezes ☐ Não ☐

12. Tem dificuldade em mastigar alguns alimentos? Sim ☐ Não ☐

13. O que é para si uma alimentação saudável? _____

14. Acha difícil fazer uma alimentação saudável? Sim ☐ Não ☐

15. Quais das seguintes actividades costuma ter numa semana habitual?

Fazer compras de alimentos Sim ☐ Não ☐	Preparar as refeições Sim ☐ Não ☐	Arrumar e limpar a casa Sim ☐ Não ☐	Trabalhar na horta ou jardim Sim ☐ Não ☐
Cuidar de crianças ou pessoas doentes Sim ☐ Não ☐	Andar a pé (passear) Sim ☐ Não ☐	Fazer ginástica ou outra actividade física Sim ☐ Não ☐	Dançar Sim ☐ Não ☐

Sobre si ...

(Por favor não coloque o seu nome. Esta informação é confidencial.)

Idade _____ Sexo: F ☐ M ☐

Vive num meio: Rural ☐ Urbano ☐ Concelho _____

Com quem vive _____

Instrução

Não sabe ler e escrever	
Sabe ler e escrever	
3ª classe da Instrução primária	
Instrução Primária completa	
2º ano do ciclo antigo, 6º actual	
5º ano antigo, 9º actual, Curso Comercial ou Industrial, Escolas profissionais	
7º ano antigo/12º actual, Curso Superior de Comércio, Magistério Primário	
Universitária/ Superior (completa ou não)	

Estado civil

Viúvo	
Casado/ Vive maritalmente	
Solteiro	
Divorciado/ Separado	

Muito obrigado pela sua participação.
Por favor entregue este inquérito ao animador.