

ADRIANA DA SILVA SPINELLI

A CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO A DIETA MEDITERRÂNICA E  
CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS DOS IDOSOS DO ALGARVE.



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

Faro, 27/07/2020

ADRIANA DA SILVA SPINELLI

A CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO A DIETA MEDITERRÂNICA E  
CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS DOS IDOSOS DO ALGARVE.

Mestrado em Gerontologia Social  
Trabalho Efetuado sob orientação da Doutora  
Nídia Maria Dias Azinheira Rebelo Braz



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

## **Declaração de Autoria**

### **A caracterização da adesão a dieta mediterrânica e conhecimentos nutricionais dos idosos do algarve.**

Informo e declaro ser a única autora do conteúdo deste trabalho, que possui originalidade e é de cunho inédito. Todos os autores, teses, livros e demais trabalhos consultados estão citados no texto e constam devidamente listado nas referências bibliográficas.



**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Copyright©: Adriana Spinelli 2020

Autorgo a Universidade do Algarve o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

## **Agradecimentos**

Aqui agradeço a Deus, por me permitir ir muito mais além do que eu podia imaginar. Através dele obtive a energia necessária para eu atravessar o oceano e manter-me firme no meu propósito, sem desistir.

Ao meu amado marido Marcus Affonso, declaro meu sublime respeito e agradecimento eterno, por todo zelo, cuidados e o apoio incondicional em todas as minhas decisões tomadas até aqui.

Agradecidíssima a minha filha Crystal Spinelli Affonso, que possui um amadurecimento incrível, qual me deu apoio fundamental, e abdicou alguns sonhos para me apoiar nesta etapa de minha vida.

Aos meus amigos de Mestrado, quais foram coadjuvantes nesta jornada e muito me ajudaram.

A minha orientadora Doutora Nídia Maria Dias Azinheira Rebelo Braz, por toda paciência, doação e contribuição na execução deste trabalho. Sempre presente e de muito fácil acesso com prontidão para responder todas as minhas indagações e ajudas necessárias para elaboração do conteúdo e formatação essenciais deste projeto.

A Nutricionista Joana Margarida Bôto, bolsista de investigação no Projeto MEDITA por sua dedicação e contribuição a mim dispensados.

Não posso deixar de agradecer especialmente aos entrevistados Algarvios, pela sua participação e disponibilidade para responder aos questionários e me permitirem conhecer um pouquinho de sua vida privada.

Aos professores do Mestrado de Gerontologia Social, que puderam dividir comigo seus vastos conhecimentos, qual contribuíram muito em meu crescimento pessoal.

E aos demais, direta ou indiretamente, próximos ou longínquos contribuíram e me fizeram acreditar na elaboração deste projeto, deixo o minha eterna gratidão e agradecimento.

## **Resumo**

A pergunta de partida da presente investigação é: “**Os Idosos Algarvios possuem conhecimentos nutricionais e são praticantes da Dieta Mediterrânica?**”, porque a preservação da saúde com qualidade de vida é fundamental para o bem-estar físico dos idosos. A finalidade do estudo aqui apresentado foi demonstrar o quanto a população idosa Algarvia tem conhecimento dos aspectos nutricionais dos alimentos e verificar se os mesmos estavam inseridos na prática da Dieta Mediterrânica.

No âmbito deste trabalho, foi elaborado um estudo de campo, por uma metodologia quantitativa, que aditamos ao presente estudo descritivo e exploratório. A amostragem foi trabalhada com a população com 65 ou mais anos, abordada nas ruas Algarvias, selecionada uma amostra de 100 pessoas entrevistadas que corresponde a 0,53%, da população nesta faixa etária (65+). Os instrumentos utilizados foram o “PREvención com Dieta MEDiterránea” (PREDIMED) e o Questionário de Conhecimentos Nutricionais (QCN).

Com base nos resultados, conclui-se que a visão da amostra inquirida em relação aos Conhecimentos Nutricionais e a adesão à DM, foram inesperados. Percebemos que a população estudada está distante do conhecimento básico nutricional e que a alimentação da Dieta Mediterrânica está algo esquecida e seus benefícios com a promoção da melhor saúde também estão se perdendo. Com isso a população e o governo tenderão a gastos onerosos com a manutenção medicamentosa de patologias as quais podem ser minimizadas, em suas consequências e agravamentos, com a correta utilização da Dieta Mediterrânica. Logo, perderemos o objetivo maior que é o envelhecer de maneira saudável e com qualidade de vida.

Contudo estes resultados permitirão aos profissionais da área de saúde orientar a população na aquisição de produtos alimentares adequados em prol da saúde, visando a qualidade de vida e por consequência o aumento da longevidade.

**Palavras-chave:** Dieta mediterrânica, Conhecimentos Nutricionais, Envelhecimento, Qualidade de Vida, Idosos.

## **Abstract**

The main question of this investigation involves asking if senior citizens from the Algarve region practice the Mediterranean Diet and have knowledge of the nutritional of food in general. The purpose of this study was to demonstrate the level of nutritional knowledge among senior citizens from the Algarve region and, at the same time, to understand if their daily life complies with the Mediterranean Diet.

As part of this empirical study, we used direct field observation and quantitative research, alongside descriptive and exploratory practices. The cohort included 100 members of the population 65 years old or older, who were interviewed in the streets of the Algarve region, and who reflect 0.53% of the total population in this age group.

The tools used in the study were PREDIMED - Preventive Care Utilizing the Mediterranean Diet and QCN - Nutritional Knowledge Survey.

Based on the results, we concluded the perceptions held by the inquired senior citizens, in reference to the awareness and knowledge of the nutritional value of the Mediterranean Diet, were quite unexpected. The cohort did not have basic knowledge of food nutritional value and have somehow forgotten the benefits of Mediterranean Diet for promoting healthier lifestyles.

This outcome is costly for both the population and the government, who will pay a significantly higher price associated with diagnosis, medications, and expensive treatments. Those costs could have been avoided or lowered if the cohort had the knowledge of the benefits and correct practices associated with the Mediterranean Diet. The goal of aging in good health and good quality of life is at waste. The results of the present study will allow physicians and health practitioners to guide senior citizens towards better habits, involving the consumption of healthier foods that will improve their overall quality of life and well-being, and promote increased longevity.

Keywords: Mediterranean diet, Nutritional Knowledge, Ageing, Quality of life, Elderly.

## Índice

<b>Declaração de Autoria.....</b>	<b>3</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>4</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>6</b>
<b>Índice .....</b>	<b>7</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>11</b>
<b>Índice de Quadros.....</b>	<b>12</b>
<b>Abreviaturas e Siglas .....</b>	<b>14</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>16</b>
<b>Parte I - Enquadramento teórico.....</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo I –Nutrição, Contributos para Saúde e Qualidade de vida dos idosos....</b>	<b>20</b>
1.1.A Nutrição no envelhecimento e suas características .....	21
1.2.O envelhecimento bem-sucedido e ativo correlacionado com a Alimentação..	23
1.3.Conceito da Promoção da Saúde para manutenção da Qualidade de Vida através da adesão da dieta Mediterrânica.....	24
1.4.Conceito da Dieta Mediterrânica e suas características para melhor equilíbrio da saúde, resgate da saudabilidade (Epigenética).....	25
<b>Capítulo II – Contexto do estudo.....</b>	<b>27</b>
2.1. Local Geograficamente Estudado.....	28
2.2. Envelhecimento demográfico Portugues, ênfase na Região Algarvia.....	29
2.3. Serviços de Nutrição e apoio a Dieta Mediterrânica no Algarve.....	32
<b>Parte II- Procedimentos Metodológicos.....</b>	<b>34</b>

<b>Capítulo III – METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
3.1. Questão da investigação.....	36
3.2. Metodologia de investigação.....	36
3.3. Delimitação do espaço (Contexto).....	36
3.4. População e amostra.....	36
3.5. Procedimentos ético-legais.....	36
3.6. Variáveis.....	37
3.7. Hipóteses.....	37
3.8. Procedimentos de tratamento de dados.....	38
3.9. Resultados Esperados.....	39
3.10. Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	40
<b>Capítulo IV – Análise e apresentação de resultados.....</b>	<b>46</b>
4. Análise descritiva dos dados.....	47
4.1. Resultado dos questionários PREDIMED e QCN.....	47
4.1.1. Caracterização Sociodemográfica.....	47
4.1.2. Adesão à Dieta Mediterrânica – índice PREDIMED.....	50
4.1.3. Questionário de Conhecimentos Nutricionais – QCN.....	53
4.1.3.1. Percepção dos alimentos como ricos ou pobres em gordura.....	54
4.1.3.2. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos pertencentes ao grupo dos amiláceos/farináceos.....	54
4.1.3.3. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em sal.....	56
4.1.3.4. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em proteína.....	56
4.1.3.5. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em fibra dietética.....	57

4.1.3.6. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em gorduras saturadas.....	58
4.1.3.7. Percepção por parte dos inquiridos se os alimentos abaixo são uma alternativa à carne vermelha.....	59
4.1.3.8. Percepção por parte dos inquiridos se há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.....	60
4.1.3.9. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que esteja relacionado com baixa ingestão de frutas e legumes.....	61
4.1.3.10. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a baixa ingestão de fibras.....	62
4.1.3.11. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que esteja relacionado com a alta ingestão de sal/sódio.....	62
4.1.3.12. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que esteja relacionada com a quantidade gordura ingerida.....	63
4.1.3.13. Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro.....	64
4.1.3.14. Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir probabilidade de ter doenças do coração.....	65
4.1.3.15. Percepção por parte dos inquiridos qual destes nutrientes mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue.....	65
4.1.3.16. Percepção por parte dos inquiridos em relação vitaminas antioxidantes. ....	67
4.1.3.17. Informações gerais do inquirido.....	68
4.1.3.18. Pontuação final do questionário QCN e distribuição de pontuação.....	68
4.1.4. Problemas de saúde ou doença mais mencionado pelos inquiridos para uma baixa e/ou alta ingestão de alimentos (gordura, sódio, frutas e fibras) através das respostas obtidas pela aplicação do QCN.....	69
4.1.5. Relação entre pontuação do QCN e estado civil, género, habilitações literárias, categorias de idade e pontuação do PREDIMED .....	69
<b>Capítulo V- Discussão.....</b>	<b>71</b>

5. Discussão dos resultados.....	72
<b>Capítulo VI - Conclusão.....</b>	<b>76</b>
6. Conclusão.....	77
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>79</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>83</b>
<b>Anexos I .....</b>	<b>84</b>
<b>Anexo II .....</b>	<b>86</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>89</b>
<b>Apêndice I.....</b>	<b>90</b>

## **Índice de Figuras**

Figura nº 2.1 – Map da Região de Faro - Algarve.....	28
Figura nº 2.2 - Índice de Envelhecimento e Longevidade de Portugal e Faro.....	30
Figura nº 2.3 - Folheto da Alimentação Saudável na Terceira Idade criado e distribuído pela ARSA.....	33
Figura nº 2.4 - Matriz de respostas certas do QCN.....	42
Figura nº 2.5 - Matriz de Pontuação PREDMED.....	45
Figura n.º 2.6 - Distribuição dos inquiridos por estado civil.....	49

## Índice de Quadros

Quadro n.º 2.1 - Índice de Envelhecimento e Longevidade em Portugal e Faro.....	30
Quadro n.º 2.2 - Distribuição da população portuguesa para o grupo etário estudado (idade igual ou superior a 65 anos).....	31
Quadro n.º 2.3 - Tabela de variáveis e testes utilizados para interpretação dos estudos	39
Quadro n.º 2.4 - Idade dos inquiridos por género.....	47
Quadro n.º 2.5 - Categorias de idade dos inquiridos por género.....	48
Quadro n.º 2.6 - Estado civil dos inquiridores por género.....	49
Quadro n.º 2.7 - Habilitações literárias dos inquiridos por género.....	49
Quadro n.º 2.8 - Adesão à Dieta Mediterrânica dos inquiridos.....	50
Quadro n.º 2.9 - Adesão à Dieta Mediterrânica dos inquiridos, por género, idade, habilitações literárias e estado civil.....	51
Quadro n.º 2.10 - Interpretação de item a item do Predmed.....	53
Quadro n.º 2.11 - Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos como ricos ou pobres em gordura.....	54
Quadro n.º 2.12 - Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos pertencentes ao grupo dos amiláceos/farináceos.....	55
Quadro n.º 2.13 - Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em sal .....	56
Quadro n.º 2.14 - Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em proteína .....	57
Quadro n.º 2.15 - Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em fibra dietética .....	58
Quadro n.º 2.16 - Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em gorduras saturadas .....	59
Quadro n.º 2.17 - Percepção por parte dos inquiridos se os alimentos abaixo são uma alternativa à carne vermelha.....	60

Quadro nº 2.18 - Percepção por parte dos inquiridos se há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.....	61
Quadro nº 2.19 - Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a baixa ingestão de frutas e legumes.....	61
Quadro nº 2.20 - Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a baixa ingestão de fibras.....	62
Quadro nº 2.21 - Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a ingestão de sal/sódio.....	63
Quadro nº 2.22 - Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a ingestão de gorduras.....	63
Quadro nº 2.23 - Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro.....	64
Quadro nº 2.24 - Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de ter doenças do coração.....	65
Quadro nº 2.25 - Percepção por parte dos inquiridos de qual o nutriente que mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue das pessoas.....	66
Quadro nº 2.26 - Percepção por parte dos inquiridos em relação vitaminas antioxidantes.....	67
Quadro nº 2.27 - Informações gerais do inquirido.....	68
Quadro nº 2.28 Pontuação final do questionário QCN e distribuição de pontuação.....	68
Quadro nº 2.29 - Nível do conhecimento nutricional dos inquiridos.....	68
Quadro nº 2.30 - Pontuação média do QCN por estado civil.....	69
Quadro nº 2.31 - Pontuação do QCN por género.....	69
Quadro nº 2.32 - Pontuação do QCN e habilitações literárias.....	70
Quadro nº 2.33 - Pontuação do QCN por categoria de idade.....	70
Quadro nº 2.34 - Pontuação do QCN para os níveis de adesão à Dieta Mediterrânica...	70

## Abreviaturas e Siglas

AERA - Anuário Estatístico da Região Algarve

AF - Atividade Física

AVD - Atividades de Vida Diária

ARSA – Administração Regional de Saúde do Algarve I.P.

CN - Conhecimentos Nutricionais

DM – Dieta Mediterrânica

DNA – Ácido Desoxiribonucleico

DP - Desvio Padrão

ICNF – Instituto de Conservação da Natureza e Florestas

IMC – Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

MDS – Mediterranean Diet Score

Med DQI-I – Mediterranean Diet Quality Index International

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Grau de significância/Nível de significância crítico

pag – Página

PA – Padrão alimentar

PAM – Padrão alimentar mediterrânico

PREDIMED - PREvención com Dieta MEDiterránea

QdV- Qualidade de Vida

QCN - Questionário de Conhecimentos Nutricionais

s.d. - Sem data

SPSS - IBM SPSS Statistics -Statistical Package for the Social Sciences

UAlg – Universidade do Algarve

UE – União Europeia

## Introdução

É sabido e percebido pelo senso comum, que o processo de envelhecer é algo irreversível, associado ao aparecimento de patologias diversas, quer pelo próprio desgaste biológico inerente ao processo, quer por patologias associadas aos hábitos adquiridos e praticados durante toda a vida pregressa.

Entretanto, Martins (2002) afirma que os processos e percursos de envelhecimento podem ser alterados. E que a saúde das pessoas é um processo, não é um estado fixo e o processo de senescência deve ser encarado de uma forma natural.

Simultaneamente, as modificações e avanços científicos e tecnológicos, possibilitam maior longevidade, com o novo direcionamento e qualidade dos estudos na área da medicina e das descobertas inerentes às formulações farmacológicas promissoras.

Teoricamente, é um alívio sabermos desta evolução e de todas as possibilidades que ela nos traz em prol da longevidade. Contudo, o foco do presente estudo foi entender o quão informada a população está em relação aos seus conhecimentos nutricionais, que têm um papel importante na consciencialização e nas decisões a serem tomadas para com a alimentação e verificar o quanto estão próximos e ou executando a Dieta Mediterrânica (DM), que comprovadamente, tem um importante papel na preservação da saúde.

Conhecendo a Dieta Mediterrânica, podemos intervir e demonstrar quão promissora ela é para a saúde, por integrar um padrão de consumo alimentar que nos oferece uma gama de alimentos que nos garantem proteínas, hidratos de carbono e lípidos adequados à ingesta diária de um adulto, aqui representado pela população idosa Algarvia, também levando em conta os valores de desembolso financeiro.

Falar do envelhecimento é falarmos da única certeza que temos, pois trata-se de um processo vital e progressivo, e como todos nós envelheceremos, não podemos pular etapas e é nestas etapas que precisamos nos conscientizar e trabalhar para minimizar as lacunas, os deficits contraídos na vida pregressa, seja ele no que tange a saúde física ou psicológica, o importante é que a longevidade seja plena e com menores fatores de risco, que poderiam diminuir a qualidade de vida.

Nós estamos sobre alguns pilares importantes, sendo, psicológicos, biológicos, financeiros e sociais, onde nossa meta é sempre buscarmos manter o equilíbrio, e no presente trabalho fomentamos os cuidados biológicos, falamos da qualidade de vida a

partir de uma alimentação saudável, olhamos de perto para o idoso Algarvio, procurando entender o seu comprometimento com uma vida ativa, sem patologias.

O presente trabalho de investigação insere-se no Mestrado em Gerontologia Social e tem por finalidade estudar a **Caracterização da adesão à Dieta Mediterrânica e conhecimentos nutricionais dos idosos do Algarve.**

Para o presente trabalho de investigação, foram definidos objetivos gerais e específicos.

Como **objetivo geral:**

- Analisar se a população idosa algarvia pratica um padrão alimentar mediterrânico e se possui conhecimento nutricional, uma vez que interferem diretamente na manutenção da Saúde e, conseqüente, na qualidade de vida.

Como **objetivos específicos:**

- Analisar a adesão à DM dos inquiridos;
- Verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na adesão à DM entre géneros, estado civil e habilitações literárias dos inquiridos;
- Verificar se uma boa adesão à DM está relacionada com os conhecimentos alimentares e nutricionais dos inquiridos;
- Identificar as características alimentares através do índice PREDIMED;
- Analisar os conhecimentos nutricionais dos inquiridos através do QCN (Questionário de Conhecimentos Nutricionais);
- Verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas do conhecimento nutricional entre géneros, estado civil e habilitações literárias dos inquiridos;
- Identificar qual o problema de saúde ou doença mais mencionado pelos inquiridos para uma baixa e/ou alta ingestão de alimentos (gordura, sódio, frutas e fibras) através das respostas obtidas pela aplicação do QCN.

Segundo dados estatísticos atuais, a região do Algarve possui 142,3% de sua população de idosos, sendo que nas quatro freguesias de Faro este total é somente 137,8% (INE, 2018). Tendo como base a relevância da Dieta Mediterrânica e os conhecimentos nutricionais, o objetivo principal deste estudo foi verificar se a dieta Mediterrânica interfere na qualidade de vida dos idosos no Algarve, mais precisamente

em Faro, sendo a questão de partida: **Será que os Idosos Algarvios possuem conhecimentos nutricionais suficientes e são praticantes da dieta Mediterrânica?**

Pretende-se estudar a caracterização da adesão ao padrão alimentar mediterrânico e os conhecimentos nutricionais dos idosos do Algarve, analisando as questões aplicadas e através da métrica de resultados, utilizando de testes não paramétricos, estruturando o estudo nas seguintes etapas:

Na primeira etapa, foi feita revisão de literatura e enquadramento teórico, para fundamentar o estudo, onde foram abordadas, características das necessidades nutricionais no envelhecimento, conceitos de envelhecimento bem-sucedido e ativo, conceito de qualidade de vida, conceito dos conhecimentos nutricionais, conceito da DM. Também se apresenta a demografia do local estudado, onde estão enquadrados os idosos abordados e inquiridos.

Na segunda parte, foi feito o enquadramento metodológico, os objetivos do estudo, a pergunta de partida, os instrumentos do estudo, a apresentação dos resultados obtidos na investigação trabalhada, interpretação e discussão dos dados. É o ápice do trabalho, a conclusão.

O presente estudo caracteriza-se por uma temática metodológica de cunho quantitativo, com a utilização dos questionários “PREvención com Dieta MEDiterránea” (PREDIMED) e o “Questionário de Conhecimentos Nutricionais” (QCN). Para a análise de dados, recorreu-se à caracterização da amostra (por idade, gênero, escolaridade e estado civil), à descrição da informação relativa à adesão à DM (por idade, gênero, escolaridade e estado civil), à descrição dos conhecimentos nutricionais dos inquiridos (por idade, gênero, escolaridade e estado civil) e à relação entre a adesão à DM e os conhecimentos nutricionais dos inquiridos, usando o programa IBM- SPSS *Statistics versão 25*.

## **Parte I - Enquadramento teórico**

**Capítulo I – Nutrição, Contributos para Saúde e Qualidade de vida dos idosos.**

### 1.1. A Nutrição no envelhecimento e suas características

Para falar das características nutricionais, é necessário esclarecer como se dá o processo da nutrição, da absorção dos nutrientes. Para que haja absorção dos nutrientes é necessário fazer a adequada ingestão de água e dos alimentos que vão suportar nossas necessidades vitais, estes nos fornecem os macronutrientes que são as proteínas, hidratos de carbono e lípidos, e os micronutrientes - vitaminas e sais minerais.

A elevada prevalência de desvio nutricional na população idosa vem sendo demonstrada por meio de diferentes estudos, em vários países, onde, a desnutrição, o excesso de peso e a obesidade predominam sobre os indivíduos eutróficos. Esses resultados são decorrentes das condições peculiares em que os idosos se encontram, seja no ambiente familiar, vivendo sozinho, ou em residências de Terceira Idade, agravados pelas condições socioeconômicas, pelas alterações fisiológicas inerentes à idade e pela progressiva incapacidade para realizar sozinho as suas atividades cotidianas (Campos et al., 2000).

É sabido que o envelhecimento é um processo paulatino que percorre um curso determinado e está em evolução constante. Contudo, existe a curva do declínio, de acordo com as expectativas de média de vida entre os sexos masculino e feminino em Portugal é de 81,6 anos (PORDATA, 2019) logo, a idade de corte para o início do decréscimo da atividade metabólica é 40,8 anos; a partir deste marco etário, deveríamos intensificar os controlos da qualidade da ingestão dos alimentos, não que antes, durante a infância, adolescência e fase adulta, não tivéssemos que ter os devidos cuidados alimentares.

O facto que as capacidades funcionais relativas já começam a estar reduzidas, levando a depleção de nutrientes importantes, e se associarmos o deficit destas capacidades orgânicas funcionais, aos declínios físicos e psíquicos, poderemos potencializar as falhas já percebidas. Neste momento, é necessário trabalhar a conexão existente entre os alimentos, a alimentação e o apetite, que está relacionada com os estímulos sensoriais diferenciados, ocasionados por cada alimento, sua forma de preparação culinária e o apetite, através dos órgãos sensoriais (Franco, 2008).

O aumento da longevidade e dos aspetos a ela inerentes faz do fenómeno envelhecimento uma questão de estudo atual, que merece uma reflexão mais aprofundada do ponto de vista da saúde.

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maior parte dos países do mundo, facto esse que tem gerado uma constante preocupação por parte dos governantes e da população em geral, dadas as mudanças que daí podem advir, a nível económico, sociodemográfico, familiar, entre outras. O envelhecimento humano, embora seja um processo natural, inerente ao ciclo de vida, é irreversível e carece de diversas adaptações, medidas de prevenção e sensibilização por parte da sociedade em geral.

Sociólogos e antropólogos analisaram as crenças da saúde, no que diz respeito às teorias e às representações do indivíduo comum. Para haver saúde, existem uma série de fatores influentes, desde fatores sociais, pessoais, psicológicos, espirituais, ambientais, entre outros. Em contrapartida, a doença será a antítese de um estado de saúde, ou seja, o idoso encontra-se doente quando não consegue satisfazer as suas necessidades, encontra-se de alguma forma afetado, o que lhe modificará a sua rotina de vida diária. (Luisa, 2017)

Diante do exposto, seria fundamental ter um mínimo de conhecimento nutricional para que a alimentação adequada seja uma realidade, desta forma os objetivos perseguidos no envelhecimento parecem ficar mais plausíveis, pois, mais longínqua ficará a impossibilidade de realização de necessidades simples, a exemplo das caminhadas aos cafés, a conversa com os amigos, as atividades da casa, as viagens, entre outras.

Aumentar os conhecimentos nutricionais será então uma estratégia eficaz para a promoção de práticas alimentares saudáveis, que assegurem escolhas alimentares conscientes. Estudar os conhecimentos nutricionais permite conhecer o que os indivíduos sabem sobre a alimentação, para poder atuar melhor em programas de educação nutricional. (Souza, 2009)

Com mais informações e esclarecimentos a respeito dos conhecimentos da Nutrição e sobre a DM, devemos contribuir para dirimir as crenças a que a população está exposta erroneamente e evidenciar as verdades nutricionais. Esta contribuição será essencial para a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

## 1.2.O envelhecimento bem-sucedido e ativo correlacionado com a Alimentação.

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

Por tudo isto, é de maior importância estar atento ao estado nutricional do idoso, considerando algumas particularidades na avaliação do estado nutricional e no cálculo das necessidades nutricionais, não esquecendo problemas fisiológicos e neurológicos comuns nesta faixa etária. Não menos importante para um envelhecimento saudável e ativo é a prática de atividade física e mental, pois estas atividades promovem a saúde e retardam ou evitam o aparecimento de algumas doenças associadas ao envelhecimento. É por isso fundamental não esquecer a importância do exercício físico na idade gerontológica (Silveira, 2012).

O envelhecimento ativo foi o tema da OMS já em 2012 quando teve como slogan: “Good health adds life to years”. Em Portugal, a Direção Geral da Saúde elegeu 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações”. O seu projeto “Envelhecimento Saudável”, apoiado pela Comissão Europeia, estabeleceu 10 tópicos, encontrando-se entre eles a alimentação. O objetivo deste projeto passou pela maior permanência dos idosos no mercado de trabalho com a partilha das suas experiências, um contínuo papel ativo na sociedade e uma vivência mais saudável e gratificante (DGS, 2015)

O crescimento da população idosa, que resulta de vivermos cada vez mais, com mais saúde e mais capacidade funcional, desencadeia várias preocupações nomeadamente na área da nutrição, por esta desempenhar um papel fundamental em doenças relacionadas com envelhecimento e debilidade. Na população idosa é possível presenciar a existência de algumas perturbações, como a desnutrição e a demência.

Com o avançar da idade, surgem mudanças nos hábitos alimentares em consequência das alterações funcionais e morfológicas encontradas nas estruturas orais, por exemplo. Outros fatores são igualmente inerentes ao processo de envelhecimento

como o deficit da deglutição, perdas dos dentes, próteses dentárias mal adaptadas ou falta das mesmas, perdas de paladar e olfativas, tudo isso vai gerar a baixa ingestão de alimentos, a que se associam baixa absorção de macro e micro nutrientes, conduzindo a carências em vitaminas, minerais, proteínas, hidratos de carbono, lípidos (Correa et al., 2005)

Para que o envelhecimento seja bem-sucedido no aspeto da alimentação, evidenciamos as necessidades das adaptações para as características aqui sinalizadas. Ao focarmos no padrão da dieta mediterrânica e suas vastas possibilidades de alimentos adequados às necessidades nutricionais, também sugerimos as melhores formas de consumo, que são alimentos cozidos ao vapor, alimentos frescos, crus, ralados, sumos, e a Retrieved from proteica do pescado, qual está totalmente adaptada às condições do idoso.

A DM representa um exemplo alimentar qual possui um completo valor nutricional, qual será descrito a seguir.

### 1.3 Promoção da Saúde para manutenção da Qualidade de Vida através da adesão da Dieta Mediterrânica.

A alimentação saudável tem o papel não só de prevenir doenças, mas também de recuperar a saúde quando o indivíduo já se encontra enfermo. Devido à tamanha importância da alimentação, podemos afirmar que é muito melhor prevenir do que necessitar de remédios para alcançar qualidade de vida. (Tourlouki et al., 2009).

Ansel Keys foi o investigador americano responsável pela definição do conceito de DM, após realização de um estudo em diversos países do Mediterrâneo nos anos 50 (século XX), onde verificou que o aumento do aparecimento de doença coronária estava relacionado com um aumento do consumo de gorduras, sobretudo de gorduras saturadas. A exceção verificou-se na bacia do Mediterrâneo onde, apesar do consumo elevado de gordura, o surgimento de enfartes do miocárdio era menor. Esta relação despertou o interesse do investigador, tendo concluído que se deveria ao facto de o tipo de alimentação e, entre outros aspetos, a gordura consumida nestes países ser o azeite. (Real, 2014)

Diversos estudos científicos mais recentes sugerem que este tipo de padrão alimentar se associa a uma maior longevidade e diminuição de risco de

desenvolvimento de diversas doenças, sendo considerada uma das dietas mais saudáveis do mundo. (Real, 2014)

A DM tem sido estudada há bastante tempo e seus benefícios são largamente conhecidos. Segundo estudos realizados por (Tourlouki et al., 2009) a DM previne doenças cardiovasculares; auxilia na redução do colesterol ruim e aumenta o colesterol bom; tem efeito positivo sobre a elasticidade das artérias, veias e capilares; além do efeito antioxidante, que age diretamente combatendo os radicais livres.

O padrão alimentar mediterrânico assenta no consumo de alimentos naturais e é pobre em produtos industrializados. Tem como maior Retrieved from de proteínas os peixes de água profunda (que são ricos em ômega 3) e os cereais integrais. Possui teor reduzido de derivados lácteos, gorduras ruins e o mínimo de processados. Também faz parte desta dieta o consumo de frutos secos, castanhas, sementes e o consumo de azeite (Sousa & Guimarães, 2015).

Segundo Câmara (2019) ocorrem doenças neurodegenerativas que geram a morte de células da rede neural e, para se evitar a morte dos neurónios, é essencial que se faça o consumo regular e abundante de gorduras ricas em ácidos gordos ómega 3. Os ácidos gordos ómega 3 fazem parte do grupo de gorduras “boas” e têm um papel essencial na saúde dos neurónios. Além dos peixes, também estão presentes na linhaça e nas sementes de chia, porém, a melhor forma de utilizar essas sementes para esta finalidade é através do consumo dos seus óleos.

A DM é recomendada para todas as fases da vida, da gestação ao envelhecimento. Um estudo aponta que, a prevalência da doença de Alzheimer é menor nas populações que se alimentam conforme esta dieta. Para os jovens de hoje, investir nesta alimentação pode garantir um futuro com a mente mais saudável, e para as pessoas já acometidas ou em fase inicial da doença, há estudos que apontam para a redução da evolução da doença de Alzheimer (Sousa & Guimarães, 2015).

#### 1.4. Conceito da Dieta Mediterrânica e suas características para melhor equilíbrio da saúde, resgate da saúde (Epigenética)

Para falar da interface da Epigenética no contributo da melhoria substancial da saúde no idoso através da alimentação e com a adesão a alimentação mediterrânica, clarificamos o conceito da Epigenómica, que é o estudo global das modificações

presentes no genoma de uma célula (epigenoma), isto é, dos marcadores hereditários presentes na cromatina (modificação química das histonas e metilação do DNA). (Faria, 2016)

A modificação química das histonas e a metilação são os dois mecanismos principais envolvidos na epigenética, que envolvem modificações na estrutura das ligações covalentes do DNA. As modificações químicas no DNA acontecem por padrões epigenéticos de metilação do DNA e por modificações químicas das histonas por enzimas. A metilação do DNA é um tipo de modificação do DNA que pode ser herdada e, subsequentemente, removida sem alterar a sequência original da molécula. Como tal, é interpretada pelo código epigenético e é também o mecanismo epigenético mais bem caracterizado.

No caso dos mecanismos epigenéticos, os chamados eventos epigenéticos, incluindo a metilação do DNA e as modificações das histonas, apresentam um importante papel para o desenvolvimento normal e são cruciais para estabelecer a programação correta da expressão dos genes.

A epigenética desponta como uma nova fronteira a ser alcançada e transposta no cenário médico-científico. A compreensão dos mecanismos envolvidos no silenciamento e ativação de genes, além daqueles conhecidos pela genética molecular, permitirá a criação de modelos para tratamento de doenças (Reichmann, 2008).

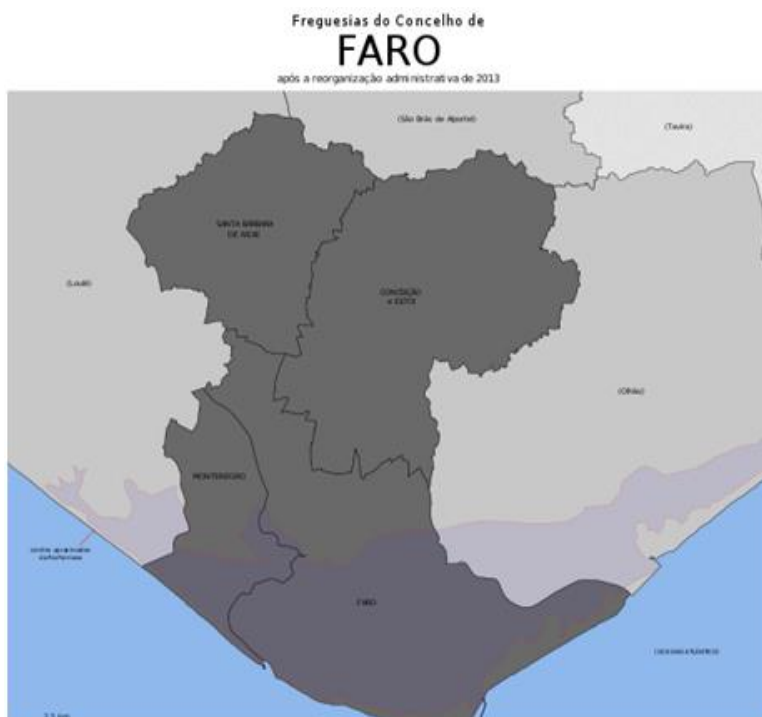
Traduzindo para uma forma mais simples, para explicamos ao nosso público alvo - o idoso, nossa alimentação é a chave do sucesso para a saúde, e temos a possibilidade de fazer modificações alimentares, para retardar os mecanismos envolvidos no silenciamento ou ativação de genes. Sugere-se que a alimentação possa, de certa maneira, interferir nos processos epigenéticos, retardando o aparecimento de doenças tidas como as “da terceira idade”. Não há ainda estudos específicos com este teor, ficando aqui ideia para posteriores temas de estudo na área.

## **Capítulo II – Contexto do estudo.**

## 2.1. Local Geograficamente Estudado

O Concelho de Faro ocupa uma área de 202,57 km<sup>2</sup> (Instituto Nacional de Estatística, 2018), o que corresponde 4,05% do território da região do Algarve, qual se divide em quatro freguesias: Conceição e Estoi, Faro (Sé e São Pedro), Montenegro e Santa Bárbara de Nexe. Faro possui uma relação privilegiada, onde começa o Parque Natural da Ria Formosa, enquadra-se numa região de clima mediterrânico, de características semiáridas, com uma estação seca prolongada, durante os meses de verão, e com um inverno ameno devido à influência do fluxo atlântico do oeste, e pelo facto de se encontrar longe das regiões de origem das massas de ar polar continental, onde as temperaturas são amenas e a insolação elevada (ICNF, 2019).

Figura n.º 2.1 – Mapa da Região de Faro - Algarve



Retrieved from:

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/c/c3/Faro\\_freguesias\\_2013.svg/527px-Faro\\_freguesias\\_2013.svg.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/c/c3/Faro_freguesias_2013.svg/527px-Faro_freguesias_2013.svg.png) (Dados acedidos a 28/04/2019)

## 2.2. Envelhecimento demográfico português, com ênfase na região algarvia.

O envelhecimento da população, ou seja, o peso das pessoas mais velhas no conjunto da população, é uma tendência globalmente partilhada, que resulta do fato de as pessoas viverem mais, em consequência dos progressos realizados pela humanidade. Não se trata apenas do aumento do peso da população sénior. A extensão da longevidade tem implicado o reforço do grupo de idade mais avançada, a chamada “grande idade”, colocando a taxa de crescimento do grupo com mais de 85 anos acima da do grupo de 65 ou mais anos. Os seniores não são apenas mais numerosos, como cada vez mais velhos. As fronteiras da vida são empurradas para mais longe, acarretando novos desafios para a sociedade. Um desses desafios é precisamente no campo dos direitos. Considerando que o envelhecimento se faz acompanhar por um aumento de situações de vulnerabilidade que podem afetar a dignidade humana, a questão dos direitos que assistem esse grupo é sem dúvida inadiável. À luz dos direitos humanos, torna-se imperiosa uma reflexão a respeito dos direitos da “velhice” a partir de alguns documentos que têm proposto uma base para a sua formulação. (Ferreira, 2015)

O envelhecimento demográfico da população mundial é algo conhecido por todos nós, contudo, abrimos parenteses para a população portuguesa aqui enfatizada, onde dados recentes nos mostram que a taxa bruta de natalidade do país está em 8,4% e a de mortalidade está em 10,7%. Quando passamos às informações sobre a região Algarvia, temos que a natalidade é de 9,6 % e mortalidade está em 12,0%. Afunilando um pouco mais, para o distrito de Faro, temos os resultados da natalidade bruta em 10,6% e de mortalidade bruta 11,5% (Instituto Nacional de Estatística, 2018). Verificamos aqui um desequilíbrio entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade, com necessidade do aumento de jovens na população, que está em colapso.

Observar e dar a relevância necessária ao assunto envelhecimento demográfico, obriga a repensar e a criar estratégias para uma evolução saudável e consistente, alterando a maneira como vem sendo abordado pelas políticas sociais, aliás, pela falta das devidas políticas sociais.

Portugal apresentou um aumento significativo no quadro de envelhecimento populacional, sendo que em 1961 o índice era de 0,5%, contando em 2017 com um índice de 4,4% (PORDATA, 2019).

Apresentamos alguns gráficos e tabelas da evolução do envelhecimento em Portugal nas últimas décadas, onde se apresenta a comparação do número de idosos existentes por cada 100 jovens, de idosos e/ou jovens que existem por cada 100 pessoas em idade ativa e de pessoas com 65 e mais anos existentes por cada 100 idosos. Muito importante também informar o que é considerado no índice de longevidade, que é o número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa. Trata-se de uma relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas com 65 ou mais anos). (metainformação – INE) (PORDATA, 2019)

Quadro n.º 2.1 – Índices de Envelhecimento e de Longevidade (Portugal e Faro)

Ano	Índice de Longevidade		Índice de Envelhecimento	
	Portugal	Faro	Portugal	Faro
1960	-	36,8	-	38,9
1961	33,6	-	27,5	-
1971	32,5	-	33,9	-
1981	34,5	35,0	45,4	55,8
1991	39,2	-	70	-
2001	41,9	43,1	101,6	111,3
2011	48,3	48,6	125,8	124,0
2018	48,6	-	157,4	-

Indicadores de envelhecimento. INE - Estimativas Anuais da População Residente.

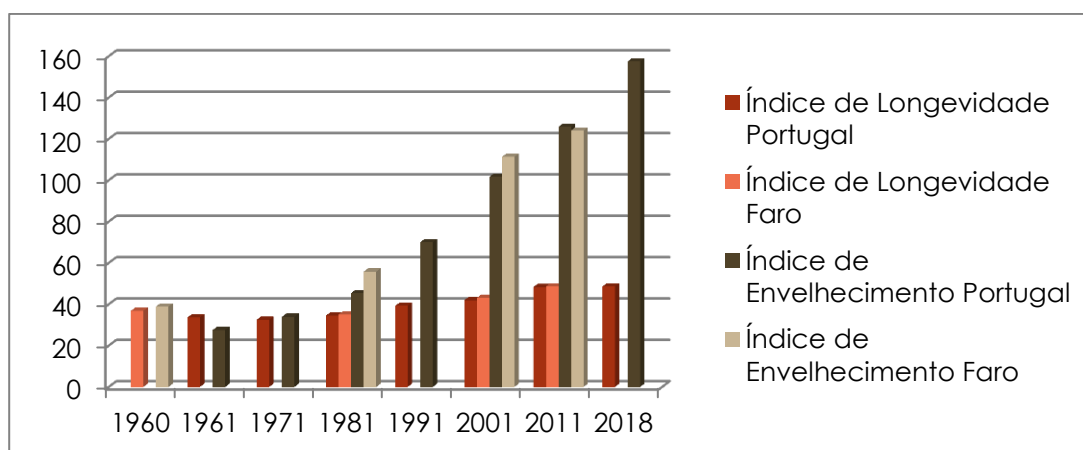
PORDATA Última actualização: 2019-10-31

<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

<https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+longevidade+segundo+os+Censos-347>

Com se pode verificar através do Quadro n.º 2.1 e do gráfico apresentado na Figura 2.1, entre 1961 e 2018 os indicadores de envelhecimento da população portuguesa mostram um relevante aumento, passando de 27,5 para 157. No local específico do estudo – Faro - a análise foi realizada entre os anos de 1960 e 2011, onde houve um aumento na razão de 313 %, pois passou de 38,9% à 124%. (PORDATA, 2019)

Figura n.º 2.2 – Índice de Envelhecimento e de longevidade de Portugal e Faro



Quadro n.º 2.2 - Distribuição da população portuguesa para o grupo etário estudado (idade igual ou superior a 65 anos)

Distribuição da População com idade Superior a 65 anos.	
Ano	Quantitativo
1960	3347
1981	5670
2001	9235
2011	11654

População residente segundo os Censos/ PORDATA

Última actualização: 2015-06-26

<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

<https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458>

Quanto à longevidade, observamos um aumento mais linear (vide quadro n.º 2.1 e figura 2.2) entre 1961 e 2018. Os indicadores de longevidade da população portuguesa subiram de 33,6 para 48,6, o que corresponde um aumento de 145,5%, isto é, a um aumento aproximado de 2,6% ao ano. No local específico estudado - Faro (quadro n.º 2.1 e gráfico 2.2), a análise foi realizada entre os anos de 1960 e 2011 onde houve um aumento na razão de 125,25% , pois passou de 38,8% a 48,6%. (PORDATA, 2019)

### 2.3. Serviços de Nutrição e apoio à Dieta Mediterrânica no Algarve

No Algarve, a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSA, 2019) possui alguns projetos direcionados à população, dentre eles os mais relevantes ao nosso público:

- Nutrição comunitária, que atua no âmbito da Promoção da Saúde, com o objetivo de melhorar o comportamento alimentar da comunidade através da adoção de hábitos alimentares saudáveis; realizam-se ações de educação alimentar sobre alimentação saudável com a população em geral e com grupos específicos em particular, operacionalizadas pelas Unidades Funcionais de Saúde, segundo os programas da Direção-Geral da Saúde.
- Saúde do Idoso, que inclui educação alimentar com idosos, sobre a alimentação na terceira idade. Este trabalho está representado com um folheto distribuído qual objetivo é de instruir a população idosa, com orientações de horários para realizar as refeições, o que deve ser ingerido diariamente, como comer e as observações de cuidados especiais no ato de se alimentar (Figura n.º 2.3) (ARSA, 2019).

Muito importante frisar que a ARSA participa também projetos de investigação (em parceria com a UAlg) e em eventos comunitários para desenvolvimento de atividades de sensibilização da população face às problemáticas da obesidade e sobre Dieta Mediterrânica, nomeadamente, na Feira de St. <sup>a</sup> Iria na cidade de Faro, entre outros.

E a UAlg, possui um diferencial pela criação do guia para escolhas alimentares saudáveis e acertadas. (Edmundo et al., 2018)

Figura n.º 2.3 – Folheto sobre Alimentação Saudável na Terceira Idade criado e distribuído pela ARSA.

## Alimentação Saudável na Terceira Idade



À medida que se envelhece o corpo vai sofrendo algumas mudanças, logo a alimentação também deve mudar... Aqui ficam algumas sugestões.

<p><b>Quando comer?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estabeleça <b>horários regulares</b> para as refeições;</li><li>• Faça <b>4 a 6 refeições</b> por dia;</li><li>• O intervalo entre as refeições deve ser <b>inferior ou igual a 4 horas</b>.</li></ul>	<p><b>Que comer diariamente?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Água</b>, muitas vezes ao dia, mantendo a urina clara e com pouco cheiro;</li><li>• <b>Arroz, batata ou massa</b>, sempre ao almoço e ao jantar;</li><li>• <b>Pão</b> no pequeno-almoço e nas merendas, mais escuro e com pouco sal;</li><li>• <b>Sopa</b>, com hortícolas e leguminosas, a iniciar o almoço e o jantar;</li><li>• <b>Hortícolas</b>, crus em salada, ou confeccionados, sempre no 2º prato;</li><li>• <b>Fruta</b>, 2 a 4 vezes por dia;</li><li>• <b>Leite, iogurte, queijo ou requeijão</b> sem gordura ou com pouca gordura;</li><li>• <b>Pescado ou carne</b>, em refeições alternadas, dando preferência ao peixe;</li><li>• <b>Leguminosas</b> (ervilhas, feijão, favas, grão ou lentilhas) na sopa ou 2º prato;</li><li>• <b>Azeite</b>, em quantidade moderada, para temperar e cozinhar.</li></ul>
<p><b>Como comer?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Mastigue bem</b> os alimentos;</li><li>• Procure fazer as refeições com <b>companhia</b>;</li><li>• Procure e promova um <b>ambiente agradável</b> para as refeições.</li></ul>	
<p><b>Que cuidados especiais?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prefira <b>cozidos, estufados e grelhados</b>, em vez de assados, fritos e refogados;</li><li>• Utilize <b>ervas aromáticas</b> (coentros, hortelã, salsa, orégãos, etc.) para temperar e cozinhar, reduzindo o sal ;</li><li>• Aumente o <b>apetite</b> preparando as confecções com marinadas de ervas aromáticas, sumo de limão ou vinho;</li><li>• Melhore a <b>mastigação</b> preparando os alimentos triturados, esmagados, desfiados, picados, passados, ou em puré;</li><li>• Beneficie a <b>digestão</b> com refeições pouco volumosas, pobres em gordura, sal e alimentos processados;</li><li>• Previna a <b>prisão de ventre</b> com água e alimentos ricos em fibras: frutas, legumes, leguminosas, saladas e sopas;</li><li>• Tome, se permitido, <b>bebidas alcoólicas</b> com muita moderação e apenas ao almoço e ao jantar.</li></ul>	

**A alimentação e o exercício físico são os factores que mais interferem na qualidade e duração da vida. Alimente-se bem e faça exercício com regularidade!**

## **Parte II- Procedimientos metodológicos**

### **Capítulo III – METODOLOGIA**

### **3 Metodologia**

#### 3.1. Questão da investigação

Este estudo tem como base a seguinte pergunta de partida: **Será que os Idosos Algarvios possuem conhecimentos nutricionais suficientes e são praticantes do padrão alimentar mediterrânico?** A presente pergunta de investigação foi pensada para entender se os inquiridos possuem conhecimentos alimentares e nutricionais suficientes para que possam ter adesão a DM e conseqüentemente estarem mais saudáveis. Tendo por base a presente pergunta de partida, procurou-se analisar e estudar em detalhe os resultados dos questionários PREDIMED e QCN, aplicados a idosos das 4 freguesias do concelho de Faro.

#### 3.2 Metodologias de investigação.

Realizou-se uma abordagem quantitativa com base nos questionários PREDIMED e QCN, aplicados a uma amostra, não probabilística por conveniência, onde foram inquiridas 100 pessoas, em locais públicos, como associações, pastelarias e centro comercial.

#### 3.3 Delimitações do espaço (contexto) e tempo.

O presente trabalho foi desenvolvido no Concelho de Faro, onde a população apresenta um índice de envelhecimento de 124 idosos para cada 100 jovens, durante o ano de 2019. (PORDATA, 2019)

#### 3.4 População e amostra

A amostra do presente estudo obedece aos seguintes critérios de seleção:

- Ter no mínimo 65 anos;
- Residir no concelho de Faro (4 Freguesias);
- Estar ativo, lúcido e com discernimento para responder às perguntas;
- Concordar em participar no estudo.

#### 3.5 Procedimentos ético-legais

O dever do pesquisador é contribuir para o bem maior da população e para isso é importante respeitar a ética e a sua dignidade.

Para realização da investigação aqui apresentada, foi elaborado documento inerente ao consentimento do tratamento de dados pessoais, conforme os padrões da Declaração de Helsínquia (apêndice I). A cada participante fizemos a leitura do termo e explicamos o motivo e a necessidade do seu contributo.

As informações colhidas, assim bem como as devidas assinaturas de consentimento, foram arquivadas, salientando que, de acordo com os princípios ético-legais, a divulgação dos dados só pode ser realizada mediante ao consentimento, aqui solicitado.

Para facilitar a clareza das informações, os questionários foram aplicados pela autora, de modo a evitar respostas sem interpretações adequadas e ou não respondidas incorretamente por erro de interpretação. Lembrando-se que o público alvo em questão está acima de 65 anos.

No final do estudo e apresentação da tese os dados serão destruídos.

### 3.6 Variáveis

Foram utilizados os dois tipos de variáveis:

#### **Variáveis Independentes:**

Idade

Género

Estado civil

Habilitações literárias

#### **Variáveis Dependentes:**

Adesão da Dieta Mediterrânica

Conhecimentos nutricionais.

### 3.7. Hipóteses

H1 – Existe relação entre o género dos inquiridos e a adesão à DM;

H2 – Existe relação entre o estado civil e a adesão à DM;

H3 – Existe relação entre habilitações literárias e a adesão à DM;

H4 – Existe relação entre conhecimento nutricional e adesão à DM

H5 – Existe relação entre género dos inquiridos e conhecimento nutricional;

H6 – Existe relação entre estado civil dos inquiridos e conhecimento nutricional;

H7 – Existe relação entre habilitações literárias dos inquiridos e conhecimento nutricional.

### 3.8 Procedimentos de Tratamento de dados

Utilizou-se o software IBM-SPSS® versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para a análise estatística.

Há uma dezena de testes estatísticos que verificam o ajuste dos dados à distribuição normal a partir de diferentes pressupostos e algoritmos. Todos os testes pressupõem a hipótese de normalidade dos dados ( $H_0$ ), retornando um p-valor  $> 0,05$  se resultarem na aderência aos parâmetros de normalidade. Diversas simulações demonstram um melhor desempenho para o teste de Shapiro-Wilk (Torman et al., 2012)

Os testes de normalidade sofrem influência do tamanho da amostra quanto à sua eficiência. Em amostras pequenas (entre 4 e 30 unidades), há inflação do erro tipo I, sendo preferidos os testes de Shapiro-Wilk e Shapiro-Francia (maior especificidade). À medida que aumentam as amostras, especialmente acima de 500 unidades, todos os testes apresentam melhores desempenhos; entretanto, é prudente adotar o nível de significância de  $p < 0,01$ , em função do inflacionamento do erro tipo II causado pelo aumento da amostra (perda de sensibilidade) (Torman et al., 2012).

O teste de Kolmogorov-Smirnov deve ser dedicado apenas à verificação de aderência da amostra a distribuições com outros parâmetros, visto que é superado pelos outros aqui descritos para testar a normalidade dos dados (Torman et al., 2012).

Para comparações entre dois grupos utilizou-se o teste de Mann-Whitney, para comparações de múltiplos grupos utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para analisar a associação entre variáveis com distribuição Normal. Em todas as outras situações onde se levou a cabo um teste de correlação, foi interpretado o coeficiente de correlação de Spearman.

Utilizaram-se os testes de independência e de homogeneidade do qui-quadrado para estudar variáveis categóricas.

Na análise da relação entre as variáveis, através das escalas Shapiro\_Wilk e Kolmogorov–Smirnov, foi utilizada a significância de  $\alpha=0,05$ .

Para além da análise descritiva, realizam-se testes de hipóteses de relação entre variáveis, com o intuito de avaliar a existência de relações significativas entre as mesmas. Assim, foram testadas estatisticamente hipóteses com uma probabilidade de 95%, de modo a permitir criar critérios no sentido de aceitar ou rejeitar as hipóteses. Na interpretação do resultado, rejeita-se a hipótese nula quando  $p<0,05$ . Este nível de significância permite que a probabilidade de erro seja de 5 vezes em cada 100, ao que se rejeita a hipótese estatística.

Quadro nº 2.3 - Tabela de variáveis e testes utilizados para interpretação dos estudos.

Tabela de variáveis e testes Utilizados	
Tabela	Utilização
<i>Mann-Whitney</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pontuação do PREDIMED e Género</li> <li>▪ Pontuação do QCN e Adesão à Dieta Mediterrânica</li> <li>▪ Pontuação do QCN e Género</li> </ul>
<i>Kruskal-Wallis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pontuação do PREDIMED e Habilitações literárias</li> <li>▪ Pontuação do PREDIMED e Estado civil</li> <li>▪ Pontuação do QCN e Habilitações literárias</li> <li>▪ Pontuação do QCN e Estado civil</li> </ul>
Qui-quadrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adesão à Dieta Mediterrânica e Género</li> <li>▪ Adesão à Dieta Mediterrânica e Categorias de idade</li> <li>▪ Adesão à Dieta Mediterrânica e Estado civil</li> <li>▪ Adesão à Dieta Mediterrânica e Habilitações literárias</li> </ul>
Correlação de <i>Spearman</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pontuação do QCN e Idade</li> </ul>

### 3.9 Resultados Esperados

Com os resultados da investigação teremos uma visão geral da população estudada em relação aos Conhecimentos Nutricionais e à sua adesão à DM, o que permitirá fundamentar futuras intervenções dos profissionais da área de saúde, para orientar a população na aquisição hábitos alimentares mais adequados, em prol da sua saúde e melhor qualidade de vida.

### 3.10 Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Nesta investigação, optou-se por uma estratégia metodológica com técnicas documentais e não documentais. Documentais, na recolha documental e bibliográfica, e não documentais, através do inquérito por questionário PREDIMED e QCN.

Desde que a dieta mediterrânica foi descrita nos anos 50 pelo investigador norte-americano Ancel Keys ao verificar que, nos países da bacia do Mediterrâneo, a incidência de doença coronária era menor apesar do consumo elevado de gordura (Keys et al., 1980) na Europa, a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico tem sido amplamente estudada e, para compreender em que medida as práticas dos indivíduos se aproximam daquilo que as recomendações preconizam, uma abordagem a priori tem sido utilizada: os componentes da alimentação são classificados e ponderados e daí resulta uma pontuação que reflete a sua qualidade global, facilmente entendida pelos consumidores e profissionais de saúde (Turmo & Verdú, 2008)

O índice original de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico foi publicado no ano de 1995 na Grécia e dele derivam diversas versões criadas para avaliar a sua aplicação em grupos populacionais distintos. Esta relação despertou o interesse do investigador e da comunidade médica e científica, tendo concluído que se deveria ao tipo de alimentação, em particular à utilização do azeite como Retrieved from de gordura monoinsaturada. O interesse pela dieta mediterrânica renasceu há pouco mais de uma década com a publicação de um grande estudo de coorte com adultos gregos que observou que a maior adesão a esta dieta estava associada a uma redução significativa da mortalidade total (Keys et al., 1980)


Destaca-se o instrumento PREDIMED, desenvolvido em Espanha com o objetivo de testar a eficácia da dieta Mediterrânica na prevenção primária da doença cardiovascular, pela sua praticidade de utilização em contexto clínico. Neste instrumento, a pontuação possui uma dinâmica de avaliação simples e rápida, cada pergunta vale um ponto e obtendo 10 pontos dos catorze itens inquiridos justifica-se a adesão ao padrão DM. (Schroder, 2011)

Já o QCN foi desenvolvido pelos investigadores Parmenter e Wardle como Nutritional Knowledge Questionnaire (NKQ), já que é um instrumento de recolha de dados (IRD) de origem inglesa sobre conhecimentos nutricionais, de carácter abrangente, integrando quatro secções: I) Recomendações dietéticas, II) Retrieved from

alimentar de todos os nutrientes, III) Escolhas alimentares saudáveis e IV) Relação da dieta com a saúde/doença. (Parmenter & Wardle, 2000)


Nossa base para utilização da versão portuguesa do QCN foi a reprodução e validação do questionário de conhecimentos nutricionais traduzido e adaptado para português na tese de Juliana Almeida de Souza, qual deu origem ao QCN (completo), que está apto para fornecer resultados credíveis, em relação ao conhecimento nutricional, na população estudada. Além do QCN completo, foram criadas duas versões reduzidas do QCN (versões reduzidas 1 e 2) que também possibilitam avaliar os conhecimentos nutricionais. No presente trabalho foi aplicada a versão reduzida 2 do QCN, tendo-se revelado de fácil análise, pois basta o inquerido obter 10 pontos nos 14 grupos, que nos indica bom nível de conhecimentos nutricionais. Cada grupo de questão possui de 3 a 6 perguntas. (Souza, 2009)

Figura nº 2.4 - Matriz de respostas certas do QCN



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM E ALIMENTAÇÃO

Questionário QCN - Conhecimentos Nutricionais



Os especialistas classificam os alimentos em grupos.  
Gostaríamos de saber se conheces os alimentos que pertencem a cada um dos grupos.

**1. Acreditas que estes alimentos são ricos ou pobres em gorduras ?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Massa (sem molho)		X	
Feijão Cozido		X	
Fiambre	X		
Mel		X	
Croquete	X		
Pão		X	

**2. Consideras que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos amiláceos/farináceos?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Queijo		X	
Massa	X		
Manteiga		X	
Nozes		X	
Arroz	X		
Papas de Cereais	X		

**3. Achas que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Salsicha	X		
Massa		X	
Atum enlatado	X		
Legumes congelados		X	
Queijo	X		

**4. Pensas que estes alimentos são ricos ou pobres em proteínas?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Frango	X		
Manteiga		X	
Natas		X	

**5. Acreditas que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra dietética ?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Ovos		X	
Carne vermelha		X	
Brócolis	X		
Frango		X	
Feijão cozido	X		

Página 1

Pág. 01

6. Consideras que estes alimentos são **ricos** ou **pobres em gordura saturada**?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Sardinha		X	
Azeite		X	
Carne Vermelhas	X		

7. Pensas que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Sim	Não	Não tenho a Certeza
Paté de Fígado		X	
Fiambre		X	
Feijão cozido	X		
Queijo Magro	X		
Croquete		X	

8. Em tua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.

- (a) Concordo
- (b) Discordo
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a ingestão de sal?

.....

Esta secção é sobre problemas de saúde ou doenças

1. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **baixa ingestão de frutas e legume**?

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas

**Doenças do Coração/ Cancro/ Desordens Intestinais**

2. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **baixa ingestão de fibra**?

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza
- Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a baixa ingestão de fibras?
- Distúrbios Intestinais**

3. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **quantidade de sal ou sódio que as pessoas ingerem**?

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza
- Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a ingestão de sal?
- Pressão Arterial Alta**

4. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **quantidade de gordura que as pessoas comem**?

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a ingestão de gordura?

**Doenças Cardíacas/ Obesidade**

5. Pensas que estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro? (responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos açúcar	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Comer menos fibra	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Comer menos sal	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Comer mais frutas e legumes	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

6. Acreditas que estes comportamentos ajudam a prevenir doenças do coração?  
(responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos gordura saturada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos sal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer mais frutas e legumes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Qual destes nutrientes mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue das pessoas?  
(Escolhe uma opção)

(a) Antioxidantes	<input type="checkbox"/>
(b) Gorduras poliinsaturadas	<input type="checkbox"/>
(c) Gorduras saturadas	<input checked="" type="checkbox"/>
(d) Colesterol da dieta	<input type="checkbox"/>
(e) Não tenho certeza	<input type="checkbox"/>

8. Já ouvistes falar de Vitaminas antioxidantes?

(a) Sim	<input checked="" type="checkbox"/>
(b) Não	<input type="checkbox"/>

9. Se respondestes SIM na questão 9, quais destas vitaminas acreditas que são antioxidantes?  
(Responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Vitamina A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina do complexo B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina k	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finalmente, gostaríamos de colocar-te algumas questões sobre ti.

1. Tu és do género masculino ou feminino?

(a) Masculino	<input type="checkbox"/>	(a) Feminino	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------	--------------------------

2. Qual a data de seu nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Qual o teu local de origem? ( Escolhe uma opção por quadro)

(a) Norte	<input type="checkbox"/>		
(b) Centro	<input type="checkbox"/>	(a) Urbano <input type="checkbox"/>	(a) Litoral <input type="checkbox"/>
(c) Sul	<input type="checkbox"/>	(b) Rural <input type="checkbox"/>	(b) Interior <input type="checkbox"/>
(d) Ilhas	<input type="checkbox"/>		

4. Qual tua origem étnica?

(a) Branco	<input type="checkbox"/>
(b) Negro	<input type="checkbox"/>
(c) Outro grupo étnico	<input type="checkbox"/>

Por favor especificar.....

5. Que curso estás a frequentar?.....

6. Que ano estás a frequentar?.....

7. Qual nível de formação académica de teu pai?

(a) Ensino primário (4 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(b) Ensino básico (9° ano)	<input type="checkbox"/>
(c) Ensino secundário (12 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(d) Bacharelato ou Licenciatura	<input type="checkbox"/>
(e) Mestrado ou Doutoramento	<input type="checkbox"/>

8. Qual nível de formação académica de tua mãe?

(a) Ensino primário (4 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(b) Ensino básico (9° ano)	<input type="checkbox"/>
(c) Ensino secundário (12 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(d) Bacharelato ou Licenciatura	<input type="checkbox"/>
(e) Mestrado ou Doutoramento	<input type="checkbox"/>

9. Há alguém na tua família com formação na área da saúde ou nutrição/dietética?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>	(a) Não	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------

Se sim, favor especifica: Quem da tua família?

Qual Formação? .....

10. Estás a seguir alguma dieta especial?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>	(a) Não	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------

Se sim, favor especifica que dieta estás a seguir:.....

11. Permitirias que voltássemos a contactar-te para conhecer os teus hábitos alimentares?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>	(a) Não	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------

Se sim, favor indicar o teu nome e telefone:.....

Nome.....Telefone ou Telemóvel.....

**Chegaste ao FIM! Muito obrigado pela respostas!**  
Se há algum comentário que gostárias de fazer sobre este questionário, por favor fá-lo abaixo, será muito bem vindo.

Figura nº 2.5 - Matriz de Pontuação PREDIMED

QUESTÕES PREDIMED	1 ponto, se a resposta for:	Gabarito
1. Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim	1
2. Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres de sopa	1
3. Quantas porções de produtos hortícolas consomem por dia? (1 porção: 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções (≥ 1 porção crua ou em salada)	1
4. Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consomem por dia?	≥ 3	1
5. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150g)	< 1 porção	1
6. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção	1
7. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebem por dia?	< 1	1
8. Quantos copos de vinho bebem por semana?	≥ 7 copos	1
9. Quantas porções de leguminosas consomem por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3	1
10. Quantas porções de peixe ou marisco consomem por semana?(1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥ 3	1
11. Quantas vezes por semana consomem produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	< 3	1
12. Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consomem por semana? (1 porção: 30 g)	≥ 3	1
13. Consume preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim	1
14. Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite?	≥ 2 vezes	1
<b>Está aderido a dieta Mediterrânica</b>	<b>≥10 pontos</b>	<b>14</b>

Traduzido e adaptado de (Martínez-González et al., 2012)

## **Capítulo IV – Análise e apresentação de resultados**

## 4 Análise descritiva dos dados

### 4.1. Resultados dos questionários PREDIMED e QCN

No presente capítulo, apresenta-se uma análise descritiva dos resultados obtidos na investigação, com o intuito de responder à pergunta de partida e tendo por base os instrumentos de recolha de dados: dos questionários - PREDIMED - *PRE*venção con *Dieta MEDiterránea* e QCN - Questionário de Conhecimentos Nutricionais. Para a análise e o tratamento da informação recolhida, foi utilizado o programa estatístico SPSS, cujos resultados serão devidamente apresentados, representados e interpretados, de modo a responder à problemática da investigação. Os dados serão apresentados por gráficos ou tabelas com suas denominações próprias, Média (M), Moda (Mo), frequências absolutas (n), frequências relativas (%) e desvio padrão.

#### 4.1.1. Caracterização sociodemográfica

O presente estudo foi aplicado a uma amostra de conveniência composta por 100 idosos do Concelho de Faro.

- **Idade**

A idade dos entrevistados, variou entre os 65 e 97 anos, sendo que a média de idades foi 77,2 anos, moda 65 anos, mediana 77,5 anos e desvio padrão de 8,52 anos.

Quadro nº 2.4. Idade dos inquiridos por género

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Modo	Desvio padrão
Total	65,0	97,0	77,2	77,5	65,0	8,52
Idade Masculino	65,0	97,0	78,9	80,0	67,0 <sup>a</sup>	9,49
Feminino	65,0	95,0	76,6	77,0	65,0	8,06

O intervalo de idades mais representado na amostra foi dos 65 aos 70 anos (n=29, 29%), quer no género masculino quer no género feminino.

Quadro nº 2.5 Categorias de idade dos inquiridos por género

	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	N	%	n	%
65 a 70 anos	29	29,0%	8	27,6%	21	29,6%
71 a 75 anos	12	12,0%	3	10,3%	9	12,7%
76 a 80 anos	26	26,0%	6	20,7%	20	28,2%
81 a 85 anos	14	14,0%	5	17,2%	9	12,7%
86 a 90 anos	13	13,0%	3	10,3%	10	14,1%
> 90 anos	6	6,0%	4	13,8%	2	2,8%
Total	100	100,0%	29	100,0%	71	100,0%

- **Género**

Dos entrevistados, o género feminino (71%) prevaleceu ao género masculino com (29%).

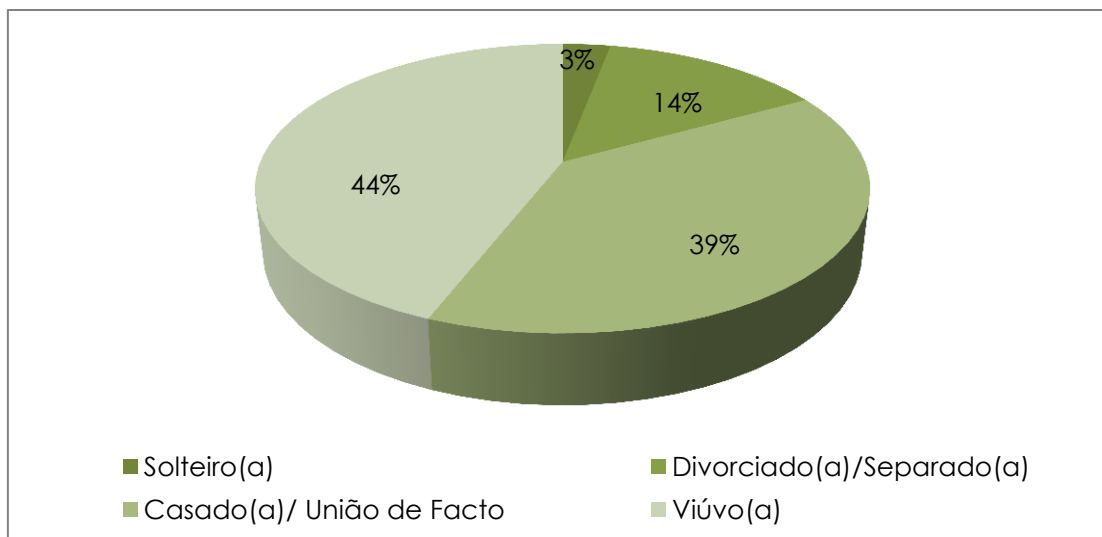
- **Local de inquérito**

É importante enfatizar que os entrevistados foram abordados nos cafés e nas vias públicas. Foi verificado que a alimentação realizada pelos idosos inquiridos não se resume à alimentação realizada apenas em suas residências, que muitos a fazem em estabelecimentos públicos (cafés, restaurantes, cantinas) ou em centros de dia.

- **Estado civil**

Relativamente ao estado civil dos inquiridos onde majoritariamente 44% são viúvos, seguidos dos 39% dos casados ou vivem em união de facto, 14% divorciados ou separados e em minúria estão 3% dos solteiros. Conforme representado na figura n.º 2.6 os inquiridos são, maioritariamente casados ou vivem em união de facto.

Figura n.º 2.6 - Distribuição dos inquiridos por estado civil



Quadro nº 2.6 Estado civil dos inquiridores por género

	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	n	%	n	%
Solteiro(a)	3	3,0%	1	3,4%	2	2,8%
Divorciado(a)/Separado(a)	14	14,0%	2	6,9%	12	16,9%
Casado(a)/ União de Facto	39	39,0%	16	55,2%	23	32,4%
Viúvo(a)	44	44,0%	10	34,5%	34	47,9%
Total	100	100,0%	29	100,0%	71	100,0%

- **Habilitações literárias**

Conforme representado no quadro 4, 68% dos inquiridos apresenta como nível de escolaridade o 1º ciclo, seguido do ensino secundário com uma prevalência de 10% dos inquiridos.

Quadro nº 2.7 Habilitações literárias dos inquiridos por género

	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
1ºCiclo	68	68,0%	18	62,1%	50	70,4%
2ºCiclo	8	8,0%	3	10,3%	5	7,0%
3ºCiclo	8	8,0%	3	10,3%	5	7,0%
Ensino Secundário	10	10,0%	3	10,3%	7	9,9%
Bacharelato ou Licenciatura	3	3,0%	1	3,4%	2	2,8%
Mestrado ou Doutoramento	3	3,0%	1	3,4%	2	2,8%
Total	100	100,0%	29	100,0%	71	100,0%

#### 4.1.2. Adesão à Dieta Mediterrânica – índice PREDIMED

Quanto à adesão à Dieta Mediterrânica segundo os critérios preconizados pelos autores do PREDIMED (Schroder, 2011), verifica-se que mais de metade dos inquiridos (71%) apresenta uma má adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (quadro 2.8).

	<b>n</b>	<b>%</b>
Boa Adesão	29	29%
Má Adesão	71	71%
PREDIMED Pontuação	8,66	

No quadro nº 2.9 apresenta-se os resultados relativos ao nível de adesão à DM por género, habilitações literárias e estado civil.

Quadro nº 2.9 Adesão à Dieta Mediterrânica dos inquiridos, por género, idade, habilitações literárias e estado civil

		Boa Adesão		Má Adesão		PREDIME D	<i>p value</i>
		n	%	n	%	média	
Género	Masculino	11	37,9%	18	25,4%	8,83	0,208
	Feminino	18	62,1%	53	74,6%	8,59	
	Total	29	100,0%	71	100,0%	-	
Categorias de idade	65 a 70 anos	11	37,9%	18	25,4%	8,66	0,256 <sup>b</sup>
	71 a 75 anos	6	20,7%	6	8,5%	9,92	
	76 a 80 anos	5	17,2%	21	29,6%	8,46	
	81 a 85 anos	3	10,3%	11	15,5%	8,64	
	86 a 90 anos	2	6,9%	11	15,5%	8,08	
	> 90 anos	2	6,9%	4	5,6%	8,33	
	Total	29	100,0%	71	100,0%	-	
Estado Civil	Solteiro(a)	0	0,0%	3	4,2%	8,33	0,052 <sup>b</sup>
	Divorciado(a)/Separado (a)	4	13,8%	10	14,1%	8,50	
	Casado(a)/ União de Facto	17	58,6%	22	31,0%	9,23	
	Viúvo(a)	8	27,6%	36	50,7%	8,23	
	Total	29	100,0%	71	100,0%	-	
Habilitações Literárias	1ºCiclo	15	51,7%	53	74,6%	8,50	0,001 <sup>b</sup>
	2ºCiclo	1	3,4%	7	9,9%	7,38	
	3ºCiclo	6	20,7%	2	2,8%	10,38	
	Ensino Secundário	2	6,9%	8	11,3%	8,30	
	Ensino Superior	5	17,2%	1	1,4%	10,50	
	Total	29	100,0%	71	100,0%	-	

**P value** obtido com o teste do Qui-quadrado para a variável independente “Índice PREDIMED” e as variáveis independentes “Género”, “Categorias de idade”, “Estado civil”, e “Habilitações literárias”.

**b** – Resultados do teste exato, que são consonantes com a Simulação de Monte-Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-quadrado não se verificaram.

A análise estatística inferencial permite afirmar que a adesão à DM está relacionada com o nível de habilitações literárias dos inquiridos ( $\chi^2=19.866$ ,  $p=0.001$ ).

Numa primeira abordagem analisaram-se as respostas obtidas na forma como foram apresentadas aos inquiridos, como se encontra representado no quadro nº 2.9.

Das respostas obtidas destacaram-se **positivamente** a utilização do azeite como principal gordura culinária (97%), o consumo de duas ou mais porções de produtos hortícolas diariamente (85%), o consumo inferior a uma porção de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos por dia (79%), o consumo inferior a uma bebida açucarada ou gaseificada por dia (84%), o consumo de três ou mais porções de peixe ou marisco por semana (74%), o consumo preferencial de frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha (93%).

**Negativamente** destacaram-se o consumo de azeite inferior a 4 colheres de sopa (65%), o consumo de fruta inferior a três peças por dia (37%), o consumo superior a uma porção de manteiga, margarina, ou natas por dia (52%), o consumo inferior a sete copos de vinho por semana (69%), o consumo inferior a três porções de leguminosas por semana (57%), o consumo de produtos de pastelaria ou doces comerciais superior a três vezes por semana (48%), o consumo inferior a três porções de oleaginosas por semana (72%), o consumo de hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite inferior a duas vezes por semana (54%).

Quadro nº 2.10 – Interpretação do Predimed. item a item

		Total		Masculino		Feminino		<i>p value</i>
		n	%	n	%	n	%	
Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim	97	97,00%	27	93,10%	70	98,60%	0,144
	Não	3	3,00%	2	6,90%	1	1,40%	
Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres de sopa	35	35,00%	10	34,50%	25	35,20%	0,945
	< 4 colheres de sopa	65	65,00%	19	65,50%	46	64,80%	
Quantas porções de produtos hortícolas consomem por dia? (1 porção: 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções (≥ 1 porção crua ou em salada)	85	85,00%	22	75,90%	63	88,70%	0,102
	< 2 porções (< 1 porção crua ou em salada)	15	15,00%	7	24,10%	8	11,30%	
Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consomem por dia?	≥ 3	63	63,00%	19	65,50%	44	62,00%	0,739
	< 3	37	37,00%	10	34,50%	27	38,00%	
Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150g)	< 1 porção	79	79,00%	21	72,40%	58	81,70%	0,301
	≥ 1 porção	21	21,00%	8	27,60%	13	18,30%	
Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção	48	48,00%	13	44,80%	35	49,30%	0,685
	≥ 1 porção	52	52,00%	16	55,20%	36	50,70%	
Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebem por dia?	< 1	84	84,00%	24	82,80%	60	84,50%	0,829
	≥ 1	16	16,00%	5	17,20%	11	15,50%	
Quanto copos de vinho bebem por semana?	≥ 7 copos	31	31,00%	16	55,20%	15	21,10%	0,001*
	< 7 copos	69	69,00%	13	44,80%	56	78,90%	
Quantas porções de leguminosas consomem por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3	43	43,00%	13	44,80%	30	42,30%	0,813
	< 3	57	57,00%	16	55,20%	41	57,70%	
Quantas porções de peixe ou marisco consomem por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥ 3	74	74,00%	24	82,80%	50	70,40%	0,202
	< 3	26	26,00%	5	17,20%	21	29,60%	
Quantas vezes por semana consomem produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	< 3	52	52,00%	17	58,60%	35	49,30%	0,397
	≥ 3	48	48,00%	12	41,40%	36	50,70%	
Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consomem por semana? (1 porção: 30 g)	≥ 3	28	28,00%	9	31,00%	19	26,80%	0,666
	< 3	72	72,00%	20	69,00%	52	73,20%	
Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim	93	93,00%	26	89,70%	67	94,40%	0,402
	Não	7	7,00%	3	10,30%	4	5,60%	
Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite?	≥ 2 vezes	46	46,00%	15	51,70%	31	43,70%	0,463
	< 2 vezes	54	54,00%	14	48,30%	40	56,30%	

*p value* obtido através do teste de Qui-Quadrado

\* *Diferença estatisticamente significativa p<0.05*

Através do teste do qui-quadrado apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre géneros para o consumo de vinho durante a semana ( $\chi^2=11,158$ ;  $p=0,001$ ), em que os homens apresentam um consumo de vinho superior às mulheres.

#### 4.1.3. Questionário de Conhecimentos Nutricionais – QCN

**Nos próximos quadros, as palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem à matriz das respostas corretas.**

#### 4.1.3.1. Percepção dos alimentos como ricos ou pobres em gordura

O quadro abaixo demonstra uma percepção correta por parte dos inquiridos em relação alimentos ricos ou pobres em gordura, sendo que para os alimentos ricos em gorduras (Fiambre e Croquete) obtivemos um resultado de acerto médio de 71,5% .

Quadron° 2.11 . Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos como ricos ou pobres em gordura

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Massa (sem molho)	Rico	12	12	4	13,8	8	11,3
	<b>Pobre</b>	56	56	15	51,7	41	57,7
	Não tenho a certeza	32	32	10	34,5	22	31
Feijão cozido	Rico	17	17	8	27,6	9	12,7
	<b>Pobre</b>	56	56	13	44,8	43	60,6
	Não tenho a certeza	27	27	8	27,6	19	26,8
Fiambre	<b>Rico</b>	72	72	22	75,9	50	70,4
	Pobre	7	7	0	0	7	9,9
	Não tenho a certeza	21	21	7	24,1	14	19,7
Mel	Rico	19	19	5	17,2	14	19,7
	<b>Pobre</b>	50	50	16	55,2	34	47,9
	Não tenho a certeza	31	31	8	27,6	23	32,4
Croquete	<b>Rico</b>	71	71	17	58,6	54	76,1
	Pobre	8	8	2	6,9	6	8,5
	Não tenho a certeza	21	21	10	34,5	11	15,5
Pão	Rico	15	15	6	20,7	9	12,7
	<b>Pobre</b>	56	56	13	44,8	43	60,6
	Não tenho a certeza	29	29	10	34,5	19	26,8

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.2. Percepção dos alimentos que integram o grupo dos amiláceos/farináceos

O resultado abaixo demonstra uma percepção correta acima de 54%, para o conhecimento de alimentos amiláceos, sendo identificado com maior valor percentual a massa com 76%, papas de cereais com 67% e o arroz com 54%.

Quadro nº 2.12. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos pertencentes ao grupo dos amiláceos/farináceos

		Total		Masculino		Feminino	
		N	%	n	%	n	%
Queijo	<b>Sim</b>	33	33	10	34,5	23	32,4
	<b>Não</b>	35	35	8	27,6	27	38
	Não tenho a certeza	32	32	11	37,9	21	29,6
Massa	<b>Sim</b>	76	76	21	72,4	55	77,5
	<b>Não</b>	5	5	1	3,4	4	5,6
	Não tenho a certeza	19	19	7	24,1	12	16,9
Manteiga	<b>Sim</b>	12	12	3	10,3	9	12,7
	<b>Não</b>	51	51	13	44,8	38	53,5
	Não tenho a certeza	37	37	13	44,8	24	33,8
Nozes	<b>Sim</b>	30	30	7	24,1	23	32,4
	<b>Não</b>	38	38	9	31	29	40,8
	Não tenho a certeza	32	32	13	44,8	19	26,8
Arroz	<b>Sim</b>	54	54	12	41,4	42	59,2
	<b>Não</b>	19	19	6	20,7	13	18,3
	Não tenho a certeza	27	27	11	37,9	16	22,5
Papas de cereais	<b>Sim</b>	67	67	19	65,5	48	67,6
	<b>Não</b>	5	5	1	3,4	4	5,6
	Não tenho a certeza	28	28	9	31	19	26,8

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.3. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em sal

O resultado abaixo demonstra uma percepção mais assertiva em relação a abordagem do sal, onde no mínimo 66% dos inquiridos evidenciam corretamente os potenciais alimentos salgados, sendo eles salsicha, atum enlatado, e queijo.

Quadro nº 2.13 Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em sal

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Salsicha	<b>Rico</b>	67	67	18	62,1	49	69
	Pobre	9	9	2	6,9	7	9,9
	Não tenho a certeza	24	24	9	31	15	21,1
Massa	Rico	17	17	7	24,1	10	14,1
	<b>Pobre</b>	55	55	14	48,3	41	57,7
	Não tenho a certeza	28	28	8	27,6	20	28,2
Atum enlatado	<b>Rico</b>	66	66	20	69	46	64,8
	Pobre	9	9	2	6,9	7	9,9
	Não tenho a certeza	25	25	7	24,1	18	25,4
Legumes congelados	Rico	14	14	5	17,2	9	12,7
	<b>Pobre</b>	51	51	13	44,8	38	53,5
	Não tenho a certeza	35	35	11	37,9	24	33,8
Queijo	<b>Rico</b>	69	69	17	58,6	52	73,2
	Pobre	5	5	2	6,9	3	4,2
	Não tenho a certeza	26	26	10	34,5	16	22,5

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.4. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em proteína

Já a percepção para a questão abaixo tem um resultado aquém do esperado, com apenas menos de metade dos inquiridos (48%) a identificarem o frango como rico em proteína. Em relação à manteiga e às natas, os inquiridos obtiveram uma percepção errada, mais da metade (54%) achavam que a manteiga era rica em proteína e quase a metade disse que as natas também eram ricas em proteínas.

Quadro nº 2.14 Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em proteína

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Frango	<b>Rico</b>	48	48	15	51,7	33	46,5
	Pobre	26	26	9	31	17	23,9
	Não tenho a certeza	26	26	5	17,2	21	29,6
Manteiga	Rico	54	54	16	55,2	38	53,5
	<b>Pobre</b>	14	14	7	24,1	7	9,9
	Não tenho a certeza	32	32	6	20,7	26	36,6
Natas	Rico	44	44	13	44,8	31	43,7
	<b>Pobre</b>	18	18	8	27,6	10	14,1
	Não tenho a certeza	38	38	8	27,6	30	42,3

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.5. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em fibra dietética.

O resultado abaixo demonstra uma percepção correta acima de 62%, para o conhecimento de alimentos que contém fibra dietética, onde o feijão cozido teve 62% dos acertos, seguidos dos brócolos com 64%. Foi surpreendente o erro na carne vermelha, com 48% dos inquiridos a considerarem-na rica em fibra e 38% sem terem certeza, isto é, apenas 14% dos inquiridos revelaram conhecer que a carne vermelha é pobre em fibra. Erro semelhante sucede em relação aos ovos e ao frango.

Quadro nº 2.15 Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em fibra dietética

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Ovos	Rico	37	37	10	34,5	27	38
	<b>Pobre</b>	21	21	5	17,2	16	22,5
	Não tenho a certeza	42	42	14	48,3	28	39,4
Carne vermelha	Rico	48	48	18	62,1	30	42,3
	<b>Pobre</b>	14	14	3	10,3	11	15,5
	Não tenho a certeza	38	38	8	27,6	30	42,3
Brócolos	<b>Rico</b>	64	64	18	62,1	46	64,8
	Pobre	11	11	2	6,9	9	12,7
	Não tenho a certeza	25	25	9	31	16	22,5
Frango	Rico	43	43	16	55,2	27	38
	<b>Pobre</b>	22	22	1	3,4	21	29,6
	Não tenho a certeza	35	35	12	41,4	23	32,4
Feijão cozido	<b>Rico</b>	62	62	19	65,5	43	60,6
	Pobre	10	10	2	6,9	8	11,3
	Não tenho a certeza	28	28	8	27,6	20	28,2

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.6. Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em gorduras saturadas

Apenas 17% dos inquiridos têm percepção que a sardinha é pobre em gordura saturada, bem como 25% dos inquiridos no que respeita ao azeite. Menos de metade (49%) percebem a carne vermelha como rica em gordura saturada.

Quadro nº 2.16 Percepção por parte dos inquiridos dos alimentos ricos ou pobres em gorduras saturadas

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Sardinha	Rico	64	64	17	58,6	47	66,2
	<b>Pobre</b>	17	17	3	10,3	14	19,7
	Não tenho a certeza	19	19	9	31	10	14,1
Azeite	Rico	53	53	17	58,6	36	50,7
	<b>Pobre</b>	25	25	4	13,8	21	29,6
	Não tenho a certeza	22	22	8	27,6	14	19,7
Carne vermelha	<b>Rico</b>	49	49	15	51,7	34	47,9
	Pobre	14	14	2	6,9	12	16,9
	Não tenho a certeza	37	37	12	41,4	25	35,2

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.7. Percepção por parte dos inquiridos se os alimentos abaixo são uma alternativa à carne vermelha

O resultado abaixo demonstra uma percepção correta por parte de 51% dos inquiridos de que o feijão cozido é uma alternativa à carne vermelha. Apenas 36% dos inquiridos indentificaram o queijo magro como uma alternativa à mesma.

Quadro nº 2.17 Percepção por parte dos inquiridos se os alimentos abaixo são uma alternativa à carne vermelha

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Paté de fígado	<b>Sim</b>	22	22	6	20,7	16	22,5
	<b>Não</b>	29	29	9	31	20	28,2
	Não tenho a certeza	49	49	14	48,3	35	49,3
Fiambre	<b>Sim</b>	13	13	5	17,2	8	11,3
	<b>Não</b>	39	39	11	37,9	28	39,4
	Não tenho a certeza	48	48	13	44,8	35	49,3
Feijão cozido	<b>Sim</b>	51	51	14	48,3	37	52,1
	<b>Não</b>	11	11	2	6,9	9	12,7
	Não tenho a certeza	38	38	13	44,8	25	35,2
Queijo magro	<b>Sim</b>	36	36	10	34,5	26	36,6
	<b>Não</b>	17	17	5	17,2	12	16,9
	Não tenho a certeza	47	47	14	48,3	33	46,5
Croquete	<b>Sim</b>	12	12	0	0	12	16,9
	<b>Não</b>	46	46	16	55,2	30	42,3
	Não tenho a certeza	42	42	13	44,8	29	40,8

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.8. Percepção por parte dos inquiridos se há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.

Menos de metade dos inquiridos (36%) obtiveram a percepção correta de que o leite gordo não possui mais cálcio do que o leite magro.

Quadro nº 2.18 Percepção por parte dos inquiridos se há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.	Concordo	41	41	11	37,9	30	42,3
	<b>Discordo</b>	36	36	6	20,7	30	42,3
	Não tenho a certeza	23	23	12	41,4	11	15,5

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.9. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que esteja relacionado com baixa ingestão de frutas e legumes

Apenas 25% dos inquiridos afirmaram possuir conhecimento sobre algum problema de saúde relacionado com a baixa ingestão de frutas e legumes. E desses, a maioria (14%) identificaram as avitaminoses como consequência.

Quadro nº 2.19 Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a baixa ingestão de frutas e legumes

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Tem conhecimento	<b>Sim</b>	25	25	8	27,6	17	23,9
	Não	60	60	17	58,6	43	60,6
	Não tenho a certeza	15	15	4	13,8	11	15,5
Se sim, que doenças ou problemas de saúde?	Nenhuma	76	76	22	75,9	54	76,1
	<b>Doenças do Coração (cardiovasculares)</b>	4	4	0	0	4	5,6
	<b>Cancêr</b>	1	1	0	0	1	1,4
	<b>Desordens Intestinais/distúrbios Intestinais</b>	1	1	0	0	1	1,4
	<b>Avitaminoses</b>	14	14	5	17,2	9	12,7
	<b>Outras (incorretas)</b>	4	4	2	6,9	2	2,8

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

4.1.3.10. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a baixa ingestão de fibras.

Apenas 28% dos inquiridos afirmaram possuir conhecimento sobre algum problema de saúde relacionado com a baixa ingestão de fibras. E apenas 20% identificaram os distúrbios/ desordens intestinais como consequência.

Quadro nº 2.20. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a baixa ingestão de fibras

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Tem conhecimento	<b>Sim</b>	28	28	7	24,1	2	29,6
	Não	62	62	2	75,9	4	56,3
	Não tenho a certeza	10	10	0	0	1	14,1
Se sim, que doenças ou problemas de saúde?	Nenhuma	73	73	2	79,3	5	70,4
	<b>Distúrbios Intestinais/Desordens intestinais</b>	20	20	4	13,8	1	22,5
	Outros (incorretas)	7	7	2	6,9	5	7

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

4.1.3.11. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que esteja relacionado com a alta ingestão de sal/sódio.

84% dos inquiridos afirmou possuir conhecimento sobre algum problema de saúde relacionado com a alta ingestão de sal/sódio, um total 69% identificaram corretamente a hipertensão arterial como uma consequência dessa alta ingestão.

Quadro nº 2.21 Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a ingestão de sal/sódio

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Tem conhecimento	<b>Sim</b>	84	84	21	72,4	63	88,7
	Não	13	13	6	20,7	7	9,9
	Não tenho a certeza	3	3	2	6,9	1	1,4
Se sim, que doenças ou problemas de saúde?	Nenhuma	17	17	8	27,6	9	12,7
	<b>Hipertensão Arterial</b>	69	69	16	55,2	53	74,6
	Outras (incorretas)	14	14	5	17,2	9	12,7

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

4.1.3.12. Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que esteja relacionado com a quantidade gordura ingerida.

Mais de metade dos inquiridos (76%) afirmam possuir conhecimento sobre algum problema de saúde relacionado com a quantidade de gordura ingerida. Um total de 54% identificaram corretamente duas consequências do consumo excessivo de gordura, nomeadamente os problemas cardíacos (29%) e a obesidade (25%).

Quadro nº 2.22 Percepção por parte dos inquiridos de algum problema de saúde que estejam relacionados com a ingestão de gorduras

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Tem conhecimento	<b>Sim</b>	76	76	21	72,4	55	77,5
	Não	18	18	6	20,7	12	16,9
	Não tenho a certeza	6	6	2	6,9	4	5,6
Se sim, que doenças ou problemas de saúde?	<b>Cardíaca</b>	29	29	9	31	20	28,2
	<b>Obesidade</b>	25	25	7	24,1	18	25,4
	Outras (incorretas)	26	26	6	20,7	20	28,2
	Nenhuma	20	20	7	24,1	13	18,3

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

4.1.3.13. Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro.

Um percentual muito baixo de inquiridos conseguiu identificar os comportamentos associados a uma menor probabilidade de desenvolver certos tipos de cancro. Menos de metade dos inquiridos identificou o aumento do consumo de fibra (39%) e o aumento do consumo de frutas e legumes (32%) como comportamentos protetores.

Quadro nº 2.23 Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Comer mais fibra	<b>Sim</b>	39	39	7	24,1	32	45,1
	Não	9	9	1	3,4	8	11,3
	Não tenho a certeza	52	52	21	72,4	31	43,7
Comer menos açúcar	Sim	35	35	7	24,1	28	39,4
	<b>Não</b>	11	11	4	13,8	7	9,9
	Não tenho a certeza	54	54	18	62,1	36	50,7
Comer menos fibra	Sim	2	2	1	3,4	1	1,4
	<b>Não</b>	44	44	9	31	35	49,3
	Não tenho a certeza	54	54	19	65,5	35	49,3
Comer menos sal	Sim	24	24	6	20,7	18	25,4
	<b>Não</b>	19	19	3	10,3	16	22,5
	Não tenho a certeza	57	57	20	69	37	52,1
Comer mais fruta e legumes	<b>Sim</b>	32	32	6	20,7	26	36,6
	Não	12	12	3	10,3	9	12,7
	Não tenho a certeza	56	56	20	69	36	50,7
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	Sim	45	45	11	37,9	34	47,9
	<b>Não</b>	9	9	3	10,3	6	8,5
	Não tenho a certeza	46	46	15	51,7	31	43,7

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

4.1.3.14. Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir probabilidade de ter doenças do coração.

Uma média de 65.7% de inquiridos identificaram corretamente os três comportamentos que contribuem para a redução da probabilidade de desenvolver doenças do coração, nomeadamente comer menos gordura saturada (67%), comer menos sal (72%) e comer mais frutas e legumes (58%).

Quadro nº 2.24 Percepção por parte dos inquiridos se estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de ter doenças do coração

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Comer mais fibra	<b>Sim</b>	51	51	14	48,3	37	52,1
	<b>Não</b>	10	10	1	3,4	9	12,7
	Não tenho a certeza	39	39	14	48,3	25	35,2
Comer menos gordura saturada	<b>Sim</b>	67	67	20	69	47	66,2
	<b>Não</b>	1	1	0	0	1	1,4
	Não tenho a certeza	32	32	9	31	23	32,4
Comer menos sal	<b>Sim</b>	72	72	20	69	52	73,2
	<b>Não</b>	1	1	0	0	1	1,4
	Não tenho a certeza	27	27	9	31	18	25,4
Comer mais frutas e legumes	<b>Sim</b>	58	58	17	58,6	41	57,7
	<b>Não</b>	7	7	2	6,9	5	7
	Não tenho a certeza	35	35	10	34,5	25	35,2
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<b>Sim</b>	63	63	18	62,1	45	63,4
	<b>Não</b>	8	8	2	6,9	6	8,5
	Não tenho a certeza	29	29	9	31	20	28,2

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

4.1.3.15. Percepção por parte dos inquiridos qual destes nutrientes mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue.

45 % dos inquiridos foram capazes de responder corretamente e identificar a gordura saturada como o nutriente que mais aumenta os níveis de colesterol sanguíneo.

Quadro nº 2.25. Percepção por parte dos inquiridos de qual o nutriente que mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue das pessoas

	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Antioxidantes	3	3	1	3,4	2	2,8
Gorduras poliinsaturadas	19	19	6	20,7	13	18,3
<b>Gorduras saturadas</b>	45	45	13	44,8	32	45,1
Colesterol da dieta	3	3	0	0	3	4,2
Não tenho a certeza	30	30	9	31	21	29,6

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.16. Percepção por parte dos inquiridos em relação vitaminas antioxidantes.

O quadro abaixo demonstra que 44% dos inquiridos já ouviram falar a respeito de vitaminas antioxidantes, sendo que destes apenas 10% citaram a Vitamina A, 27% a vitamina C e 13% a vitamina E

Quadro nº 2.26 Percepção por parte dos inquiridos em relação vitaminas antioxidantes

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%
Já ouviste falar de vitaminas antioxidantes?	<b>Sim</b>	44	44	12	41,4	32	45,1
	Não	56	56	17	58,6	39	54,9
<b>Vitamina A</b>	<b>Sim</b>	10	10	2	6,9	8	11,3
	Não	4	4	0	0	4	5,6
	Não tenho a certeza	31	31	11	37,9	20	28,2
	Nunca ouviu falar	55	55	16	55,2	39	54,9
Vitamina do complexo B	<b>Sim</b>	6	6	1	3,4	5	7
	<b>Não</b>	5	5	0	0	5	7
	Não tenho a certeza	33	33	12	41,4	21	29,6
	Nunca ouviu falar	56	56	16	55,2	40	56,3
<b>Vitamina C</b>	<b>Sim</b>	27	27	10	34,5	17	23,9
	Não	2	2	0	0	2	2,8
	Não tenho a certeza	15	15	3	10,3	12	16,9
	Nunca ouviu falar	56	56	16	55,2	40	56,3
Vitamina D	<b>Sim</b>	5	5	1	3,4	4	5,6
	<b>Não</b>	3	3	0	0	3	4,2
	Não tenho a certeza	36	36	12	41,4	24	33,8
	Nunca ouviu falar	56	56	16	55,2	40	56,3
<b>Vitamina E</b>	<b>Sim</b>	13	13	4	13,8	9	12,7
	Não	1	1	0	0	1	1,4
	Não tenho a certeza	30	30	9	31	21	29,6
	Nunca ouviu falar	56	56	16	55,2	40	56,3
Vitamina K	<b>Sim</b>	6	6	1	3,4	5	7
	<b>Não</b>	4	4	0	0	4	5,6
	Não tenho a certeza	34	34	12	41,4	22	31
	Nunca ouviu falar	56	56	16	55,2	40	56,3

As palavras destacadas em negrito nas respostas das perguntas do QCN correspondem a matriz das respostas corretas.

#### 4.1.3.17. Informações gerais do inquirido

Aqui apresentam-se informações gerais sobre os inquiridos, destacando que 15% referem fazer uma dieta especial, das quais 2% são hipocalóricas, 6% são dietas sem açúcar e 7% são dietas para determinadas intolerâncias alimentares.

Quadro nº 2.27 Informações gerais

		Total		Masculino		Feminino	
		n	%	N	%	n	%
Familiar com formação na área da saúde ou nutrição/dietética	Sim	40	40,0	14	48,3	26	36,6
	Não	60	60,0	15	51,7	45	63,4
Se sim, qual?	Enfermeira	12	12,0	3	10,3	9	12,7
	Médica	20	20,0	7	24,1	13	18,3
	Outras (Nutricionista, Farmacêutico)	8	8,0	4	13,8	4	5,6
	Nenhuma	60	60,0	15	51,7	45	63,4
Dieta especial	Sim	15	15,0	5	17,2	10	14,1
	Não	85	85,0	24	82,8	61	85,9
Se sim, qual?	Hipocalórica	2	2,0	1	3,4	1	1,4
	Sem açúcar	6	6,0	1	3,4	5	7,0
	Outras (Intolerancias)	7	7,0	3	10,3	4	5,6
	Nenhuma	85	85,0	24	82,8	61	85,9

#### 4.1.3.18. Pontuação final do questionário QCN e distribuição de pontuação

Os inquiridos obtiveram uma pontuação média no QCN de 3.9 pontos. Este valor reflete um baixo conhecimento nutricional, onde apenas 1 apresentou uma pontuação superior ou igual a 10, indicando um bom conhecimento nutricional.

Quadro nº 2.28 Pontuação final do questionário QCN e distribuição de pontuação

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Pontuação do QCN	3.9	2	4	0	10	2.49

Quadro nº 2.29 Nível do conhecimento nutricional dos inquiridos

	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	N	%	n	%
Bons conhecimentos nutricionais	1	1,0%	0	0,0%	1	1,4%
Maus conhecimentos nutricionais	99	99,0%	29	100,0%	70	98,6%

4.1.4. Problemas de saúde ou doença mais mencionadas pelos inquiridos para uma baixa e/ou alta ingestão de alimentos (gordura, sódio, frutas e fibras) através das respostas obtidas pela aplicação do QCN.

Verificou-se que os problemas de saúde ou doenças mais identificadas pelos inquiridos foram as avitaminoses (para a baixa ingestão de frutas e legumes), os distúrbios/desordens intestinais (para a baixa ingestão de fibra), a hipertensão arterial (para o elevado consumo de sal), as doenças cardíacas e a obesidade (para um elevado consumo de gordura).

4.1.5. Relação entre pontuação do QCN e estado civil, género, habilitações literárias, categorias de idade e pontuação do PREDIMED.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação do QCN entre estados civis (KW=13.878, p=0.003), onde os inquiridos casados ou em união de facto apresentam uma pontuação média superior no QCN (quadro 2.30).

Quadro n° 2.30. Pontuação média do QCN por estado civil

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Estado Civil	Solteiro(a)	3.0	3.46	1.0	7.0
	Divorciado(a)/Separado(a)	3.5	1.79	.0	6.0
	Casado(a)/ União de Facto	5.0	2.51	.0	10.0
	Viúvo(a)	3.1	2.30	.0	9.0

Os inquiridos do género feminino apresentaram uma média superior na pontuação do QCN (quadro n° 2.31), contudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na pontuação do QCN entre géneros.

Quadro n° 2.31. Pontuação do QCN por género

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Género	Masculino	3.3	2.32	.0	8.0
	Feminino	4.1	2.54	.0	10.0

Os inquiridos com o nível mais baixo de habilitações literárias, o 1º ciclo, apresentam uma menor pontuação média no QCN (3.3 pontos) (quadro n° 2.32). Através do teste *Kruskal-Wallis* encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de habilitações literárias e a pontuação do QCN (KW=15.447; p=0.004). Ao

fazer correr um teste post-hoc para perceber onde se encontra a diferença estatisticamente significativa obtida, verificou-se que essa diferença se encontra entre o 1ºciclo com o 3ºciclo, o ensino secundário e o ensino superior.

Quadro nº 2.32. Pontuação do QCN e habilitações literárias

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Habilitações literárias	1ºCiclo	3.3	2.33	.0	10.0
	2ºCiclo	4.9	2.64	1.0	9.0
	3ºCiclo	5.3	2.12	2.0	8.0
	Ensino Secundário	4.8	2.49	.0	9.0
	Ensino Superior	6.2	2.23	2.0	8.0

Os inquiridos entre os 65 e os 75 anos são os que apresentam uma pontuação média superior no QCN (quadro 2.33). Verificou-se a existência de uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre a idade dos inquiridos e a pontuação do QCN, ou seja, quanto menor a idade dos inquiridos maior é o seu conhecimento nutricional ( $r_{\text{spearman}} = -0.253$ ;  $p=0.011$ ).

Quadro nº 2.33 .Pontuação do QCN por categoria de idade

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Categorias de idade	65 a 70 anos	4.3	1.87	.0	9.0
	71 a 75 anos	5.1	2.61	2.0	9.0
	76 a 80 anos	3.5	2.70	.0	10.0
	81 a 85 anos	3.5	2.77	.0	9.0
	86 a 90 anos	3.9	2.69	1.0	9.0
	> 90 anos	2.0	2.19	.0	6.0

Existem diferenças estatisticamente significativas na pontuação do QCN entre os níveis de adesão à Dieta Mediterrânica (MW=647.500,  $p=0.003$ ), onde os inquiridos com uma boa adesão à DM apresentam uma pontuação média superior no QCN (Quadro 2.34).

Quadro nº 2.34. Pontuação do QCN para os níveis de adesão à Dieta Mediterrânica

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Adesão à Dieta Mediterrânica	Boa adesão	4.9	2.26	.0	9.0
	Má adesão	3.5	2.48	.0	10.0

## **Capítulo V- Discussão**

## 5. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo central analisar se a população algarvia inquirida pratica um padrão alimentar mediterrânico e se possui conhecimento nutricional, que interferem diretamente na manutenção da saúde e, conseqüente, na qualidade de vida.

Os dados mostram que 71% dos inquiridos apresentam uma má adesão à DM, o que diverge de diversos estudos, como os de (Sánchez-Villegas et al., 2002); (Bonaccio et al., 2013); (Patino-Alonso et al., 2013.) que concluíram que a população idosa de regiões da Itália e Espanha apresentam maior adesão à Dieta Mediterrânica comparativamente às faixas etárias mais jovens.

Segundo (León-Muñoz et al., 2012) e (Hu et al., 2013), os idosos tendem a manter os hábitos alimentares adquiridos durante a infância e a situação de reforma favorece isso quanto aos horários das refeições, pois não são afetados pelos horários laborais.

Entretanto, o presente estudo traz dados que contrariam os dos estudos supracitados.

De maneira geral, os entrevistados responderam satisfatoriamente ao PREDIMED quanto a utilização do azeite como principal gordura culinária (97%), o consumo de duas ou mais porções de produtos hortícolas diariamente (85%), o consumo inferior a uma porção de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos por dia (79%), o consumo inferior a uma bebida açucarada ou gaseificada por dia (84%), o consumo de três ou mais porções de peixe ou marisco por semana (74%), o consumo preferencial de frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha (93%).

Em relação ao gênero observa-se que a má adesão ao PREDIMED centra-se no gênero feminino com 74,6%. Contudo, vários estudos reportaram uma maior adesão à Dieta Mediterrânica por parte das mulheres (Sánchez-Villegas et al., 2002); (Patino-Alonso et al., 2014) não reunindo, no entanto, consenso relativamente a este aspecto (González et al., 2002); (León-Muñoz et al., 2012).

Relativamente a idade, a grande maioria da amostra encontra-se na faixa etária de 65 a 70 anos pontuando com 37,9% de boa adesão (n11). Entretanto, ao passo que a

faixa etária aumenta diminui o percentual de boa adesão. Dos 71 aos 75 anos ainda é percebido um percentual de 20,7% de boa adesão contra 8,5% de má adesão, já nas faixas etárias subsequentes a má adesão adquire percentuais maiores.

Um dado interessante ainda relativo à idade apresenta-se na faixa etária de maiores de 90 anos, onde a boa adesão (6,9%) é maior que a má adesão (5,6%).

Quanto ao estado civil, os solteiros figuram com 4,2% de má adesão, seguidos dos viúvos com 50,7%. Isto sugere que o isolamento ou a falta de um companheiro interfere nos hábitos alimentares. Outro dado referente a essa sugestão diz respeito aos inquiridos divorciados, que pontuaram com má adesão ao PREDIMED com 14,1%.

Em relação a escolaridade, observa-se que a grande maioria da amostra apresenta somente o 1º ciclo, sugerindo que a má adesão observada pelo total da amostra estudada possa estar associada a baixa escolarização dos inquiridos. Está descrito na literatura que baixos níveis de educação têm sido associados a uma pobre adesão à Dieta Mediterrânea (Bonaccio et al., 2013); (Hu et al., 2013). Corroborando com a sugestão anterior observa-se que para os inquiridos com ensino superior a boa adesão pontua em 17,2% contra 1,4% de má adesão.

Já em relação ao QCN os inquiridos obtiveram uma pontuação média de 3.9 pontos. Este valor reflete um baixo conhecimento nutricional, onde apenas 1 inquirido apresentou uma pontuação superior ou igual a 10, que indica um bom conhecimento nutricional.

Tendo este estudo sido pioneiro na aplicação do QCN em idosos, iremos comparar os dados do conhecimento nutricional desta população com resultados obtidos por outros métodos.

Turconi aplicou um questionário originalmente desenvolvido por uma equipe de profissionais nutricionistas e dietistas, cuja seção correspondente a investigação de conhecimento nutricional consistia em 7 perguntas, a qual foi avaliada usando uma pontuação no intervalo de 0 a 7. Nesta seção foram incluídas sete respostas sobre alimentos saudáveis e dieta, bem como a relação entre dieta saudável e doenças nutricionais. A resposta correta obteve pontuação igual a 1 e foi constatado que embora a maioria dos indivíduos da amostra receba conhecimentos nutricionais da mídia, eles

sabiam a importância de um equilíbrio entre dieta saudável e reforçada e que acreditavam ser preventiva contra doenças crônicas e degenerativas. (Turconi, 2012).

Já no estudo de Moynihan, onde o questionário Parmenter & Wardle com questões previamente validadas, foi utilizado, o autor obteve o resultado de que uma alta proporção de idosos apresentava pouco conhecimento nutricional; isso representa uma barreira para uma alimentação mais saudável (Moynihan, 2007).

Relativamente ao conhecimento das doenças associadas ao consumo de alimentos, os inquiridos responderam positivamente para os itens relacionados as doenças cardíacas, sendo estas respostas com bom índice de conhecimentos, pontuando com 51% de respostas corretas, qual nos indica uma boa campanha de divulgação inerente aos problemas cardíacos. Entretanto, 45 % apenas dos inquiridos foram capazes de responder corretamente e identificar a gordura saturada como o nutriente que mais aumenta os níveis de colesterol sanguíneo.

Na amostra estudada foi observado que os problemas de saúde ou doenças mais identificadas pelos inquiridos foram as avitaminoses (para a baixa ingestão de frutas e legumes), os distúrbios/desordens intestinais (para a baixa ingestão de fibra), a hipertensão arterial (para o elevado consumo de sal), as doenças cardíacas e a obesidade (para um elevado consumo de gordura).

Chamou a nossa atenção o Quadro nº 2.18, cuja pergunta para percepção por parte dos inquiridos se há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro, não permite perceber se quem respondeu que discorda considera que o teor de gordura não interfere na quantidade de cálcio ou se considera que é o leite magro que apresenta maior teor de gordura.

Pudemos observar que quando as respostas dos inquiridos para descrever as doenças relativas às perguntas executadas quando não possuíam certeza das respostas respondiam outras e muitas das vezes os exemplos dados para estas “outras” nem sempre foram descritas e ou informadas corretamente, na maioria das vezes a referência foi para diabetes, doenças do intestino e Hipertensão, mesmo sem ter relação com as perguntas efetuadas. Percebemos que, por serem as doenças mais abordadas, são as que mais vêm a mente dos inquiridos.

Isto nos leva a identificar que nem sempre quando eles dizem que conhecem a doença adquirida por alto consumo de sal, alta ingestão de gordura, alta ingestão de açúcar, os inquiridos realmente sabem a doença causada pelos gêneros abordados. Cabe aqui na discussão uma discordância ao gabarito apresentado que se comer menos alimentos com conservantes/aditivos não dá câncer, não concordamos com esta informação “Diversos estudos apontam reações adversas aos aditivos, quer seja aguda ou crônica, tais como reações tóxicas no metabolismo desencadeantes de alergias, de alterações no comportamento, em geral, e carcinogenicidade, esta última observada a longo prazo. “ (Polônio & Peres, 2009)

## **Capítulo VI - Conclusão**

## 6. Conclusão

Como objetivo central, o presente estudo propôs-se a analisar se a população idosa algarvia pratica um padrão alimentar mediterrânico e se possui conhecimento nutricional, que interferem diretamente na manutenção da saúde e, conseqüente, na qualidade de vida.

Sendo Portugal um país com tradições tipicamente mediterrânicas, seria de esperar que esses hábitos fossem passando de geração em geração. Tem sido considerado como fato reconhecido, que a população idosa apresenta uma maior adesão a este tipo de alimentação devido aos hábitos alimentares adquiridos ao longo da infância e à resistência na sua alteração. No entanto, no presente estudo esses resultados não se verificaram, o que vai de encontro ao processo de "ocidentalização" da alimentação, reportado por vários autores e ou até mesmo as inserções de mídia no cotidiano da população idosa, tendo como conseqüência o afastamento do estilo de vida tradicional dos países tipicamente mediterrânicos.

Como já foi referido, a Dieta Mediterrânica é conhecida mundialmente como um padrão alimentar promotor da saúde, devido aos seus benefícios, quer na prevenção, quer no bom controlo de doenças crónicas e na manutenção da saudabilidade.

Entretanto, o presente estudo também constatou que o nível de conhecimento nutricional da amostra estudada de idosos algarvios é baixa, mostrando que, aliada à baixa adesão ao índice PREDIMED constitui um fator de preocupação, e de extremo interesse, pois se não temos um bom nível de adesão a Dieta Mediterrânica e também não temos o Conhecimento Nutricional suficiente para assegurar uma melhor qualidade de vida ao envelhecer, deveremos agir.

Neste sentido, a aposta na educação alimentar e nutricional constituiria uma mais-valia para motivar os idosos para um envelhecer sadio, conseqüentemente, para a gestão diária de doenças crónicas existentes, para a prevenção de suas complicações e a melhoria da qualidade de vida. A falta de conhecimento nesta área implica uma maior resistência à mudança, que se reflete no insucesso da gestão de doenças relacionadas com a alimentação.

Para que possamos alcançar e implantar na população idosa o despertar para essa modalidade essencial à vida que é praticar o padrão alimentar mediterrânico, assim regastar um modelo de vida, que está esquecido/perdido, deveremos desenvolver e apoiar os programas educacionais, visando reunir um maior numero de pessoas idosas possíveis.

Quanto ao QCN, nossa sugestão será o desenvolvimento de estudos de doutoramento para elaboração de um questionário de cunho nutricional com abordagem focada, e de mais fácil entendimento pela população a ser inquirida. E, para facilitar a leitura das respostas do questionário e garantir resultados com maior qualidade, teríamos perguntas sobre nutrição elaboradas de modo adequado à linguagem do cidadão comum, com contexto prático e abordagem lúdica. Os resultados assim obtidos deveriam depois ser trabalhados junto com as equipas de saúde pública, pois assim conseguiríamos informações fidedignas em vários escalões da população, podendo ser aplicados atingindo as diversas faixas etárias, em idosos, adultos, jovens.

O resultado da pesquisa nos faz acreditar que o conhecimento deve ser proliferado em todas as fases da vida, postulado que se em algum momento a memória nos faltar, teremos a oportunidade de reconstituir o que outrora tínhamos aprendido e ou simplesmente aprender aqui e agora, por isso exalto que é necessário à participação da saúde pública.

Fato é: Os conhecimentos unidos aos atos serão sempre combustível para um viver equilibrado e uma longevidade peculiar a idade.

## Referências bibliográficas

- Afonso, L. Moreira, T., Oliveira, A. (2014). Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico– a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. *Revista Factores de Risco*. Pág: 48-55. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/profile/Lisa\\_Afonso](https://www.researchgate.net/profile/Lisa_Afonso)
- ARSA, A. R. (28 de abril de 2019). Serviço Nacional de Saúde. Retrieved from: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/>: <https://www2.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3640>
- Bonaccio, M., Castelnovo, A., Costanzo, S., Lucia, F., Olivieri, M., Donati, M. B., Gaetano, G., Iacoviello, I., Bonanni, A.. (2013). Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite*, 139-146. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.026>
- Câmara, A. B. (2019). Neural receptors and Alzheimer’s disease: a systematic review of the literature on receptor families most associated with the disease, their functions and expression areas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(3), 161-176. Epub October 21, 2019 Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000242>
- Campos, J. B. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr., Campinas*, 13(3): 157-165, set/dez., 2000: Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf>.
- Corrêa, T. C. M., Pinheiro, B., J., Paixão, A., I., & Rodrigues, M. (2005,). A deglutição no processo normal de envelhecimento. *Revista CEFAC*, vol. 7, núm. 2, pp. 171-177. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169320502004.pdf>
- DGS. (2015). Direção geral da Saúde. Programa Nacional de saúde para as pessoas idosas. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>.
- Edmundo, S., Jardim, C., Bôto, J., & Braz, N. (2018). Alimentação saudável, um guia para escolhas alimentares saudáveis e acertadas (1ª). Faro: Universidade do Algarve. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.1/10818>
- Faria, I. F. (2016). Dieta Mediterrânica, estabilidade genômica e variação genética. (p. 9). Porto, Portugal. Retrieved from: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5994/1/TC\\_28441.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5994/1/TC_28441.pdf)
- Farinha, F. (2001). Metodologia Sistémica. Faro: Tecnovisão. - Faro: (Jul. 2001), p. 18-19 - Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.1/159>.

- Ferreira, P. M. (2015). Envelhecimento e direitos humanos. Caxias do Sul: *Conjectura: Filos. Educ.*, Caxias do Sul, v. 20, n. especial, p. 183-197. Retrieved from: [www.ucs.br/conjectura/article/download/pdf\\_441](http://www.ucs.br/conjectura/article/download/pdf_441)
- Franco, G. (2008). *Tabela de composição Química dos Alimentos* - 9ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo horizonte: Atheneu.
- Gonçalves, A. (2004). Métodos e técnica de Investigação Social I. Portugal: Universidade do Minho - Instituto de Ciências Sociais.
- González, C.A., Argilaga, S., Agudo, A., Amiano, P., Barricarte, A., Beguiristain, J.M., Chirlaque, M.D, Dorronsoro, M., Martinez, C., Navarro, C., Quirós, J.R, Rodriguez, M., Tormo, M.J. A Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *Gaceta Sanitaria* 16 (3), 14-21. Retrieved from: <https://scielosp.org/article/ga/2002.v16n3/214-221/es/>
- Grupo do Artigo 29.º para a Proteção de Dados (10 de maio de 2019). Retrieved from: [https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/reform/rights-citizens/how-my-personal-data-protected/how-should-my-consent-be-requested\\_pt](https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/reform/rights-citizens/how-my-personal-data-protected/how-should-my-consent-be-requested_pt)
- Hu E.A., Toledo E., Diez-Espino J., Estruch, R., Corella, D., Salas-Salvado, J., Vinyoles, E., Gomez-Gracia, E., Aros, F., Fiol, M., Lapetra, J., Serra-Majem, L., Pintó, X., Portillo, M.P., Lamuela-Raventos, R. M., Ros, E., Sorli, J. V., Martinez-Gonzalez, M. A. (2013) Lifestyles and Risk Factors Associated with Adherence to the Mediterranean Diet: A Baseline Assessment of the PREDIMED Trial. . *Lifestyles and Risk Plos One* 8 (4): e60166, 8 (4): e60166. Retrieved from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060166>
- ICNF, I. d. (28 de abril de 2019). Geologia, hidrologia e clima do Parque Natural da Ria Formosa. Retrieved from: [www.icnf.pt](http://www.icnf.pt): <http://www2.icnf.pt/portal/ap/p-nat/pnrf/geo>
- Instituto Nacional de Estatística (15 de Novembro de 2018). Anuário Estatístico da Região Algarve 2017, p. 53;57.
- Keys, A, Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., Djordjević, B.S., Dontas, A.S., (1980). Seven countries: a multivariate analysis of death and corona-ry heart disease. : Harvard University Press. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n1/v33n1a11.pdf>
- León-Muñoz, L.M., Castillo, P. G., Graciani, A., Garcia, E. L., Mesas, A.E., Aguilera, M.T., Banegas, R., Artalejo, F.R.,( 2012). Adherence to the Mediterranean Diet Pattern Has Declined in Spanish Adults. . *The Journal of Nutrition*, Volume 142, 1-8. Retrieved from: <https://doi.org/10.3945/jn.112.164616>
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas Em Pessoas Idosas: Conhecer para Intervir* (p. 27 ; 61). Viseu: Psico&Soma - Livraria, Editora, Formação e Empresas, Ltda.
- Martínez-González M.A., Arrelano, A.G., Toledo, E., Salvadó, J. S., Cosiales, P. B., Corella, D., Covas, M.I., Schröder, H., Arós, F., Gracia, E. G., Fiol, M., Gutiérrez, V. R., Lapreta, J., (2012). A 14-Item Mediterranean Diet Assessment Tool and Obesity Indexes among

High-Risk Subjects. *Plos One* 7(8): e43134. doi:10.1371/journal.pone.0043134,  
Retrieved from:  
<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0043134>.

Martins, R. M. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium*, 26, 1.

Moynihan, P.J., Mulvaney, C.E., Adamson, A.J., Seal, C., Steen, N., Mathers, J. C., Zohouri, F. V., .  
(2007). The nutrition knowledge of older adults living in sheltered housing  
accommodation p. 1. The British Dietetic Association Ltd *J Hum Nutr Diet.* t,20, pp.  
446–458

Parmenter, K. & Wardle, J. (2000) Evaluation and design of nutritional knowledge measures. *J  
Nutr Educ.* 5, 2000, Vol. 32, pp. 269-277.

Patino-Alonso M.C., Rodríguez J. I. R., Belio, J. F. M., Marcos, M. A. G., Ortiz, L. G., (2013.).  
Factors Associated with Adherence to the Mediterranean Diet in the Adult Population.  
to the *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics.* 114 (4): 5, t114 (4): 5.  
Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.07.038>

Polônio, M. L., & Peres, F. (2009). Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafio  
para saúde pública brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1653-1666, ago,  
2009, 1.

PORDATA. (01 de março de 2019). Retrieved from:  
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Real, H. (2014). *Dieta Mediterrânica - um padrão de alimentação saudável* (p. 3 e 4). Porto:  
Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Retrieved from:  
[https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook\\_Dieta\\_Mediterranica.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf)

Real, H., Queiroz, J., Graça, P. (2019). Mediterranean food pattern vs. Mediterranean diet: a  
necessary approach? *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 3. Retrieved  
from: <https://doi.org/10.1080/09637486.2019.1617838>

Reichmann, M. H., Prado, K. B., (2008). *Epigenética: um novo campo da genética*. RUBS,  
Curitiba, v.1, n.3, p.61-69, set. /dez. 2008, 2;3. , v.1, n.3, p.61-69. Retrieved from:  
[http://www.colegiogregormendel.com.br/gm\\_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/8.pdf](http://www.colegiogregormendel.com.br/gm_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/8.pdf)

Sánchez-Villegas A.; Martínez, J., De Irala, J., Martínez-González, M.A., (2002). Determinants of  
the Adherence to an "a priori" defined Mediterranean dietary pattern. *Journal of  
Nutrition* 41, 249-257. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s00394-002-0382-2>

Schroder, H., Fito, M., Estruch, R., Martínez-González, M.A., Corella, D., Salas-Salvado, J.,  
Lamuela-Raventos, R., Ros, E., Salaverría, I., Fiol, M., Lapreteta, J., Vinyoles, E., Gómez-  
Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V., Covas, M.i., (2011). A  
short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older  
Spanish men and women. 141:1140-1145. *The Journal of Nutrition / Nutritional  
Epidemiology*. Retrieved from: <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>

- Silveira, V. N. (2012). A Nutrição no Envelhecimento. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Retrieved from: <https://core.ac.uk/download/pdf/143406877.pdf>
- Sousa, M. J., Guimaães, J. (2015). Vários estudos indicam uma associação entre dieta mediterrânea e diminuição do risco de doença de Alzheimer. *Rev. Nutr.* vol.28 no.6 Campinas Dec, 6. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000600011>
- Souza, J. A. (2009). *Conhecimentos Nutricionais Reprodução e Validação do Questionário*. (p. 7). Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4274/1/tese%20de%20mestrado.pdf>
- Torman, V.B.L., Coster, R., Riboldi, J., Normality of variables: diagnosis methods and comparison of some non-parametric tests by simulation. *Revista HCPA*. 2012;32(2):227-234. Retrieved from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Normalidade-de-vari%C3%A1veis%3A-m%C3%A9todos-de-verifica%C3%A7%C3%A3o-e-Bielefeldt-Torman/ebe8eb908c89124210fcd59b70f07a3e39216009>
- Tourlouki, E., Matalas, A.L., Panagiotakos, D. B., (2009). Dietary habits and cardiovascular disease risk in middle-aged and elderly populations: a review of evidence. *Clinical Interventions in Aging* - Department of Nutrition, vol 4: 319-330. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722871/>
- Turconi G, Rossi M, Roggi C & Maccarini L. (2012). Nutritional status, dietary habits, nutritional knowledge and self-care assessment in a group of older adults attending community centres in Pavia, Northern Italy *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2012 The British Dietetic Association Ltd., p. 6. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01289.x>
- Turmo, I. G. & Verdú, J. M. (2008). *Alimentación y Dieta Mediterránea*. Sevilla, Instituto Europeo de la Alimentación Mediterránea. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/308021315\\_Alimentacion\\_y\\_Dieta\\_Mediterranea](https://www.researchgate.net/publication/308021315_Alimentacion_y_Dieta_Mediterranea).
- Vale, M. D. (2018). Ética da investigação. CEIC - COMISSÃO DE ÉTICA PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA. Retrieved from: <https://www.ceic.pt/>

## Anexos

## Questionário

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, está a ser desenvolvido um estudo sobre “**A caracterização da adesão a dieta mediterrânica e conhecimentos nutricionais dos idosos do Algarve**”. Para a concretização do estudo é necessário proceder a uma recolha de dados junto dos residentes no concelho de Faro com mais de 65 anos, pelo que se solicita a sua colaboração através do seguinte questionário.

O presente estudo é orientado pela Prof<sup>a</sup> Nídia Braz, da Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde . Todos os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se exclusivamente para a investigação.

**Questionário nº** \_\_\_\_ **Data de realização:** \_\_\_\_ **Local de Residência:** \_\_\_\_\_

### I- Dados Pessoais

**1- Idade:** \_\_\_\_\_ **2- Género:** Masculino  Feminino

**3- Estado Civil:** Solteiro(a)  Divorciado(a)/Separado(a)  Casado(a) /União de facto  Viúvo (a)


### **4- Habilitações literárias/Grau de instrução:**

Estudou até que ano \_\_\_\_\_


<b>QUESTÕES PREDIMED</b>	<b>1 ponto, se a resposta for:</b>
1. Utiliza azeite como principal gordura culinária?	<b>Sim</b>
2. Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	<b>≥ 4 colheres de sopa</b>
3. Quantas porções de produtos hortícolas consomem por dia? (1 porção: 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	<b>≥ 2 porções (≥ 1 porção crua ou em salada)</b>
4. Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consomem por dia?	<b>≥ 3</b>
5. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150g)	<b>&lt; 1 porção</b>
6. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	<b>&lt; 1 porção</b>
7. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebem por dia?	<b>&lt; 1</b>
8. Quantos copos de vinho bebem por semana?	<b>≥ 7 copos</b>
9. Quantas porções de leguminosas consomem por semana? (1 porção: 150 g)	<b>≥ 3</b>
10. Quantas porções de peixe ou marisco consomem por semana?(1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	<b>≥ 3</b>
11. Quantas vezes por semana consomem produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	<b>&lt; 3</b>
12. Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consomem por semana? (1 porção: 30 g)	<b>≥ 3</b>
13. Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	<b>Sim</b>
14. Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite?	<b>≥ 2 vezes</b>
<b>Está aderido a dieta Mediterrânica</b>	<b>≥10 pontos</b>

Adaptado de (Martínez-González et al., 2012)/(Afonso et al., 2014)

**Questionário QCN – Conhecimentos Nutricionais**



Questionário QCN - Conhecimentos Nutricionais



Os especialistas classificam os alimentos em grupos. Gostaríamos de saber se conheces os alimentos que pertencem a cada um dos grupos.

**1. Acreditas que estes alimentos são ricos ou pobres em gorduras ?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Massa (sem molho)			
Feijão Cozido			
Fiambre			
Mel			
Croquete			
Pão			

**2. Consideras que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos amiláceos/farináceos?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Queijo			
Massa			
Manteiga			
Nozes			
Arroz			
Papas de Cereais			

**3. Achas que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Salsicha			
Massa			
Atum enlatado			
Legumes congelados			
Queijo			

**4. Pensas que estes alimentos são ricos ou pobres em proteínas?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Frango			
Manteiga			
Natas			

**5. Acreditas que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra dietética ?**  
(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Ovos			
Carne vermelha			
Brócolis			
Frango			
Feijão cozido			

Pág. 01

6. Consideras que estes alimentos são **ricos ou pobres em gordura saturada?**

(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a Certeza
Sardinha			
Azeite			
Carne Vermelhas			

7. Pensas que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Sim	Não	Não tenho a Certeza
Paté de Fígado			
Fiambre			
Feijão cozido			
Queijo Magro			
Croquete			

8. Em tua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.

- (a) Concordo
- (b) Discordo
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a ingestão de sal?

.....

Esta secção é sobre problemas de saúde ou doenças

1. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **baixa ingestão de frutas e legume?**

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas

.....

2. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **baixa ingestão de fibra?**

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a baixa ingestão de fibras?

.....

3. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **quantidade de sal ou sódio que as pessoas ingerem?**

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a ingestão de sal?

.....

4. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a **quantidade de gordura que as pessoas comem?**

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a ingestão de gordura?

.....

5. Pensas que estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro?  
(responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos açúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos fibra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer mais frutas e legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Acreditas que estes comportamentos ajudam a prevenir oenças do coração?  
(responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos gordura satur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer mais frutas e legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Qual destes nutrientes mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue das pessoas?  
(Escolhe uma opção)

(a) Antioxidantes	<input type="checkbox"/>
(b) Gorduras poliinsaturadas	<input type="checkbox"/>
(c) Gorduras saturadas	<input type="checkbox"/>
(d) Colesterol da dieta	<input type="checkbox"/>
(e) Não tenho certeza	<input type="checkbox"/>

8. Já ouvistes falar de Vitaminas antioxidantes?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>
(b) Não	<input type="checkbox"/>

9. Se respondestes SIM na questão 9, quais destas vitaminas acreditas que são antioxidantes?  
(Responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina do complexo B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finalmente, gostaríamos de colocar-te algumas questões sobre ti.

1. Tu és do género masculino ou feminino?

(a) Masculino	<input type="checkbox"/>	(a) Feminino	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------	--------------------------

2. Qual a data de seu nascimento? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Qual o teu local de origem? ( Escolhe uma opção por quadro)

(a) Norte	<input type="checkbox"/>		
(b) Centro	<input type="checkbox"/>	(a) Urbano <input type="checkbox"/>	(a) Litoral <input type="checkbox"/>
(c) Sul	<input type="checkbox"/>	(b) Rural <input type="checkbox"/>	(b) Interior <input type="checkbox"/>
(d) Ilhas	<input type="checkbox"/>		

4. Qual tua origem étnica?

(a) Branco	<input type="checkbox"/>
(b) Negro	<input type="checkbox"/>
(c) Outro grupo étnico	<input type="checkbox"/>

Por favor especificar.....

5. Que curso estás a frequentar?.....

6. Que ano estás a frequentar?.....

7. Qual nível de formação académica de teu pai?

(a) Ensino primário (4 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(b) Ensino básico (9° ano)	<input type="checkbox"/>
(c) Ensino secundário (12 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(d) Bacharelato ou Licenciatura	<input type="checkbox"/>
(e) Mestrado ou Doutoramento	<input type="checkbox"/>

8. Qual nível de formação académica de tua mãe?

(a) Ensino primário (4 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(b) Ensino básico (9° ano)	<input type="checkbox"/>
(c) Ensino secundário (12 ° ano)	<input type="checkbox"/>
(d) Bacharelato ou Licenciatura	<input type="checkbox"/>
(e) Mestrado ou Doutoramento	<input type="checkbox"/>

9. Há alguém na tua família com formação na área da saúde ou nutrição/dietética?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>	(a) Não	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------

Se sim, favor especifica: Quem da tua família?

Qual Formação? .....

10. Estás a seguir alguma dieta especial?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>	(a) Não	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------

Se sim, favor especifica que dieta estás a seguir:.....

11. Permitirias que voltássemos a contactar-te para conhecer os teus hábitos alimentares?

(a) Sim	<input type="checkbox"/>	(a) Não	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------

Se sim, favor indicar o teu nome e telefone:.....

Nome.....Telefone ou Telemóvel.....

**Chegaste ao FIM! Muito obrigado pela respostas!**

Se há algum comentário que gostarias de fazer sobre este questionário, por favor fá-lo abaixo, será muito bem vindo.

## Apêndices

Apêndice I

**Pedido de autorização para realização do estudo aos entrevistados.**



**Termo de consentimento individual para participação no estudo.**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.*

Eu, Adriana Spinelli, estudante do mestrado de Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, no âmbito da dissertação de mestrado estou a realizar um estudo sobre **a Caracterização da adesão à dieta mediterrânica e conhecimentos nutricionais dos idosos do Algarve**. Com este estudo pretendo dar resposta à pergunta de partida: **Será que a dieta Mediterrânica interfere na qualidade de vida dos idosos no Algarve?**

A presente entrevista tem como objetivo conhecer a característica de consumo alimentar e adesão na Dieta Mediterrânica, assim bem como certificar os conhecimentos nutricionais da população Algarvia com mais 65 anos, analisando individualmente cada um dos entrevistados.

Assim, solicito-lhe a autorização de proceder com o questionário e entrevista, que ajudará a recolher informação de uma forma mais fidedigna.

Todas as informações recolhidas serão para o estudo em questão, somente os resultados da pesquisa serão publicados.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.*

*Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_