



Joana Sílvia de Oliveira Dinis

Mesa Farta, Vida Cheia: Saúde, Estado Nutricional e Narrativas de Vida, numa amostra de Idosos no distrito de Coimbra, Portugal

Dissertação de Mestrado na Área de Especialização em Antropologia Médica e apresentada à
Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Universidade de Coimbra

Faculdade de Ciências e Tecnologia



Mesa Farta, Vida Cheia: Saúde, Estado Nutricional e Narrativas de Vida, numa amostra de Idosos no distrito de Coimbra, Portugal

Autora: Joana Sílvia de Oliveira Dinis

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Jorge Filipe Sousa Varanda Preces Ferreira (Universidade de Coimbra) e da Professora Doutora Maria Antónia Pereira Resende Pedroso de Lima (Instituto Universitário de Lisboa).

Esta dissertação não está redigida segundo o novo acordo ortográfico.

Coimbra, Julho de 2016

Agradecimentos

Na sequência do *terminus* dos trabalhos da seguinte dissertação, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que fizeram parte deste percurso e que, directa ou indirectamente, contribuíram para esta investigação que agora finda.

Ao Professor Doutor Jorge Varanda, orientador da presente tese, por toda a disponibilidade demonstrada e prestada ao longo desta jornada, o seu apoio, compreensão e vasto conhecimento foram fulcrais para o meu sucesso e evolução não apenas académica como também pessoal. Ao Professor o meu sincero agradecimento.

À Professora Doutora Antónia Lima, pela prontidão com a qual aceitou co-orientar a presente investigação e pela disponibilidade prestada ao longo da mesma.

Aos meus pais, Cláudia e Óscar, tudo o que sou vos devo e tudo o que faço é sempre para vocês e por vocês! Com todo o amor vos agradeço o impossível de agradecer, por tudo, Mamã e Papá!

Aos meus irmãos, Neuza e Tiago, por todo o amor, todos os momentos de descontração, por saberem perfeitamente quando era preciso tirar-me o juízo! Obrigado por me completarem!

Aos meus avós, Sílvio e Alice, que sempre tiveram uma palavra de conforto ao longo deste trilha e que muitas vezes, sem saberem, contribuíram para a riqueza deste produto final.

À família Sexto Esquerdo, Tatiana, Maria, Adriana, Soraia, Daniela, Inês e Marcos, por todos os momentos que partilhamos dentro e fora deste andar, por toda a amizade, carinho, compreensão, por todos os momentos e palavras que foram decisivas ao longo do meu percurso académico e pessoal. Por amarem o que verdadeiramente sou! Com o coração cheio vos digo que vos levo para a vida! Muito Obrigado!

À minha pessoa, por todos os momentos que são só nossos, pelo que vivemos e ainda vamos viver, por tudo aquilo que sou contigo, por todo o amor, Obrigado!

A ti Guida, cada vez mais presente em mim, ano após ano!

A todos os entrevistados que não contribuíram apenas para a riqueza desta investigação, mas que me enriqueceram a nível pessoal. Aos novos amigos que fiz o meu maior agradecimento!

À família Acúrcio, pela forma como me acolheram e me auxiliaram no trabalho de campo realizado em Bruscos. À Celeste um enorme beijo!

O maior agradecimento à Marta, Mónica e Paula por toda a disponibilidade e apoio prestado no trabalho de campo realizado em Coimbra.

À amizade, a todos vocês: Débora Santos, Lia Ferreira, Ana Figueiredo, Ricardo Acúrcio, Augusto Ferreira, Cátia Barbosa, Joana Melo, Marta Sousa, Ana Antunes, Sara Freitas, Sara Figueira, Daniel Alves, Milton Ferreira, André Silva, Ana Maria Fonseca, por nos

termos cruzado, pelas mais variadas razões, mas, principalmente, por não nos quisermos descruzar! A todos vocês, amigos, Muito Obrigado!

“Que o teu alimento seja o teu medicamento”

Hipócrates, 460 a.C.

Índice

Índice de Tabelas	viii
Índice de Figuras	ix
Lista de Siglas	x
Resumo	xii
Abstract	xiii
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.Introdução	1
1.1. A Demografia do Envelhecimento: Mundo e Portugal.....	7
1.2. Conceptualização do Envelhecer.....	9
1.3. A Sociedade Portuguesa do Século XX (dos anos 60 até 25 Abril de 1974).....	14
1.4. As Práticas Alimentares no Portugal do século XX.....	17
1.5. A viragem política, económica e social no pós 25 de Abril: mais liberdade, mais rendimentos, mais saúde?.....	20
1.6. O Gosto e a História Individual como Condicionante Alimentar: a Importância da Perspetiva de Curso de Vida.....	23
1.7. O Padrão Alimentar Actual e o Estado de Saúde do Idoso: Determinantes Sociais de Saúde.....	26
1.8. Viver, Envelhecer e o Meio: A Investigação em Ambiente Urbano e Rural.....	30
1.9. Objectivos e Hipóteses.....	32
PARTE II: METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
1. Material e Métodos	34
1.1. A Metodologia Quantitativa	34
1.1.1. Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas.....	34
1.1.2. Caracterização do ambiente rural e urbano: Bruscos e Coimbra.....	35
1.1.3. As Medidas Antropométricas.....	37
1.1.4. Análise de Dados.....	38
1.1.4.1 Variáveis Dependentes (VD).....	38

1.1.4.2. Variáveis Independentes (VI).....	38
1.1.4.2.1. Variáveis Sociodemográficas, de Saúde e Alimentares.....	38
1.1.4.3. Análise Estatística.....	39
1.2. A Metodologia Qualitativa.....	40
1.2.1. Entrevista e Observação Participante.....	40
1.3. Considerações Éticas.....	42
1.4. Limitações.....	42
2. Resultados.....	45
3. Discussão.....	57
3.1. Saúde e Doença.....	57
3.2. Experiência Alimentar.....	63
3.3. O Gosto.....	71
3.4. A Concepção de Corpo.....	74
3.5. Memórias de um Passado Preocupação com o Futuro.....	77
4. Conclusão.....	79
5. Referências Bibliográficas.....	82
6. Anexos.....	91
Anexo A – Guião Entrevistas.....	91
Anexo B – Consentimento Livre Esclarecido e Informado.....	96
Anexo C – Aldeia de Bruscos -Vista Geral.....	98

Índice de Tabelas

Tabela 1. Apontamentos Demográficos Portugal (1991-2015).....	9
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	45
Tabela 3. Distribuição da Última Situação Profissional da População Amostral (INE, 2010).....	46
Tabela 4. Caracterização Socioeconómica da Amostra.....	47
Tabela 5. Características Antropométricas da Amostra.....	48
Tabela 6. <i>Status Nutricional</i> da Amostra de acordo com os valores de coorte definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016).....	49
Tabela 7. Circunferência da Cintura da Amostra de acordo com valores de coorte definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000).....	49
Tabela 8. Estado de Saúde da Amostra.....	50
Tabela 9. Consumo de Água, Refrigerantes, Fruta e Vegetais da Amostra.....	52
Tabela 10. Associação entre a Autoavaliação da Saúde e as variáveis demográficas, de saúde e alimentares.....	53
Tabela 11. Análise da regressão univariada e multivariada da associação entre a auto-avaliação em saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e alimentação.	55

Índice de Figuras

Figura1. Localização Geográfica do ambiente rural e urbano da amostra.....	36
Figura 2. Frequência das Morbilidades na Amostra.....	51

Lista de Siglas

AVD's - Actividades de Vida Diárias

CEE - Comunidade Económica Europeia

cm - centímetros

EFTA - European Free Trade Association

FAO - Food and Agriculture Organization

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

kg - quilogramas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde (WHO - World Health Organization)

PORDATA - Base de Dados do Portugal Contemporâneo

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UE - União Europeia

VD - Variável Dependente

VI - Variável Independente

Resumo

Objectivos: O envelhecimento é um fenómeno que espelha a experiência em todas idades numa única etapa de vida. A presente investigação numa população idosa, em ambiente rural e urbano, no distrito de Coimbra, avalia a relação dos hábitos alimentares ao longo da vida e estado de saúde presente. São consideradas as influências sociodemográficas, socioeconómicas, antropométricas, de saúde e alimentares na auto-percepção dos idosos relativamente à avaliação que estes fazem do seu estado de saúde actual.

Metodologia: Com recurso à “*metodologia mista*”, foi desenvolvido um estudo transversal. Todas as variáveis analisadas foram recolhidas a partir de 52 entrevistas semi-estruturadas. Procedendo-se a uma análise de dados quantitativos: variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, de saúde, alimentares e medidas antropométricas. Realizou-se o teste qui-quadrado para avaliar a relação entre a auto-avaliação de saúde e as variáveis em estudo e efectuou-se um modelo de regressão logística de forma a estimar qual ou quais as variáveis associadas ao risco de reportação de um mau estar de saúde. Para aceder a informações relativas à história, contexto, escolhas alimentares e estado de saúde ao longo do curso de vida, procedeu-se à análise intersubjectiva e temática das narrativas.

Resultados: Foram detetadas diferenças significativas na associação entre a auto-avaliação do estado de saúde e: idade ($p=0,01$), local de residência ($p=0,05$), escolaridade ($p=0,046$), autoavaliação dos rendimentos ($p=0,043$), medicamentos por dia ($p<0,001$), IMC ($p=0,017$) e consumo de vegetais ($p=0,035$). Na avaliação da magnitude da associação das variáveis em estudo com a avaliação do estado de saúde, através do modelo multivariado, verificou-se que idosos que tomam mais de cinco medicamentos/dia, incorrem num risco 7,39 vezes maior em reportar um mau estado de saúde em comparação com aqueles que tomam menos de 5 medicamentos/dia. A análise intersubjectiva e temática das narrativas de vida evidencia uma clara construção das narrativas de saúde, doença, corpo e gosto em torno da experiência alimentar. Estas narrativas demonstram a forma como o contexto social, cultural, histórico e a sua trajectória molda os *habitus* (alimentares). Demonstram ainda a vulnerabilidade do estado de saúde nesta etapa da vida e evidenciaram a importância de aprofundar das investigações em saúde no idoso assim como a necessidade de rever a eficácia das políticas de saúde orientadas para esta faixa etária.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Saúde; Alimentação; Narrativas de Vida; Ambiente Rural e Urbano; Coimbra.

Abstract

Objectives: Aging is a phenomenon that mirrors the experience of all ages in one stage of life. Anthropology is a key subject to better understand the subjective experience of ageing. This research is based on the evaluation of the relationship between the food habits of the elderly population and their present state of health in rural and urban environment, in Coimbra's district. Sociodemographic, socio-economic, anthropometric measures, health and food influences are considered in the self assessment of the current health status.

Methodology: A "mixed methodology" is used. All the variables were collected from 52 semi-structured interviews. This methodology allow to a quantitative data analysis on sociodemographic, socioeconomic, health, food and anthropometric measures. The chi-square test was used to assess the relation between the self-assessment of health and all variables under study, while a logistic regression model was employ to estimate which where the variable(s) associated with the risk of a bad self-reported health. The analysis to life narrative provided data on history, context, food choices and health status across the life course.

Results: There were significant differences in the association between self-reported health status and: age ($p=0,01$), place of residence ($p=0,05$), education ($p=0,046$), self-assessment of income ($p=0,043$), medication per day ($p<0,001$), BMI ($p=0,017$) and vegetable consumption ($p=0,035$). In assessing the magnitude of the association of the variables under study with the assessment of health status through the multivariate model, it was found that older people who take more than five medicines a day, incur in a risk 7.39 times higher to report a bad state of health when compared to those taking less than five. Narratives on health, illness, body and taste around the food experience emerge out of social, cultural, historical and trajectory contexts. These also demonstrate the vulnerability of health at this stage of life, while pushing for more health related research and review the present-day health policies aimed at the elderly.

Keywords: Aging; Health; Food; Life Narratives; Rural and Urban Environment; Coimbra.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Introdução

A presente investigação assenta na avaliação da relação entre dos hábitos alimentares ao longo da vida e o presente estado de saúde de duas populações idosas do distrito de Coimbra. Sendo o processo do envelhecer inaugurado ao nascimento é oportuno procurar o entendimento da chamada: “*última etapa*” (Debert,1994:13) a partir da análise da trajectória de vida. Essa tentativa de compreensão centra-se na verificação do impacto das transformações estruturais a nível social, económico e político que Portugal atravessou na segunda metade do século XX nas escolhas alimentares destes indivíduos. Os hábitos alimentares actuais dos idosos são o produto de uma história, de um contexto, de experiências, de relações, de apropriações, de significados, de negociações, da forma como cada indivíduo, inserido nas suas redes, reagiu a essas transformações e como isso se fez sentir na sua saúde. A rotina alimentar não é só influenciada pelo passado, costumes, valores e pelo gosto que vai sofrendo mudanças ao longo do curso de vida, mas também pelas alterações no seu estado de saúde.

O consumo alimentar e nutricional dos idosos institucionalizados é, em geral, caracterizado pela rotina e a fraca variedade alimentar (Morais *et al.*, 2013). No entanto, pouco ainda se sabe sobre o estado nutricional e as preocupações alimentares dos idosos que continuam a residir na comunidade. Esta investigação recorre a questionário nutricional e a narrativas de vida para melhor compreender as variáveis que moldam a sua história nutricional ao longo da trajectória e assim enriquecer o corpus teórico relativo ao estado de saúde e a experiência do envelhecimento de indivíduos que vivem nos seus domicílios. As suas práticas alimentares presentes são produto da reação do idoso aos acontecimentos de vida e a forma como este os processa e os inscreve na sua experiência (Alves, 2002).

Tendo este estudo as pretensões supracitadas foi realizada a investigação com uma abordagem biológica e social dentro da antropologia, numa tentativa de através de duas metodologias distintas, quantitativa e qualitativa, perceber a forma como os factores estruturais estão a influenciar o estado nutricional e de saúde dos idosos no distrito de Coimbra. Esta visão integrada destas duas ferramentas metodológicas, uma mais descritiva e geral e outra mais analítica em torno da interpretação, apresentam-se como complementares no auxílio da compreensão sobre este período de vida.

A preocupação crescente com esta etapa da vida está relacionada com o aumento da longevidade da vida humana. Esta vida mais longa tem sido atribuída a diferentes factores: “*aos avanços no conhecimento biomédico (...) ao aumento dos padrões de vida, à melhoria da assistência à infância e controle de doenças infecciosas*” (Casper, 1995: 299-300) mas também à melhoria da nutrição (Casper, 1995). Existe uma estreita relação entre nutrição, envelhecimento e saúde. Esta triada tem características únicas. No entanto, a relação entre estas três dimensões aliada à compreensão das mudanças subtis que acontecem ao longo do tempo é ainda de conhecimento limitado (Young, 1986). É também conhecida que a experiência do envelhecer não é vivida da mesma forma por dois indivíduos pois as variáveis: idade, género, alimentação, saúde/doença, sociedade, cultura e contexto são continuamente influenciadas por múltiplos factores “*biosociais, bioculturais, económicos e fisiológicos durante todo o processo de vida*” (Young, 1986: 3).

Abordar o tema do envelhecimento sob as lentes da Antropologia Médica, é olhar para o estudo científico do envelhecimento numa perspectiva holística. A imagem desta etapa da vida foi caracterizada como decadente até à segunda metade do século XIX. Esta concepção delimitou a construção de objectos de reflexão dentro da antropologia do envelhecimento. No entanto, duas tendências distintas acabaram por: “*reagrupar os estudos antropológicos sobre o envelhecimento*” (Uchôa, et al., 2002 [2011]:27). Enquanto que a primeira se caracteriza por ser uma abordagem estática relativamente aos fenómenos socioculturais, a segunda, privilegia o estudo holístico, onde o investigador: “*tenta penetrar o interior de uma cultura e descobrir como os dados relativos ao envelhecimento são organizados e adquirem significado*” (Uchôa, et al., 2002 [2011]:27). A escolha de uma abordagem da antropologia biológica e da antropologia social e cultural à investigação reorienta a forma de “olhar” os mais variados factores: sociais, culturais, de contexto, biológicos, nutricionais e individuais fulcrais para entender as diferentes formas de expressão do envelhecer.

A consideração do processo de envelhecimento como um universal relaciona-se com o facto deste se: “*inscrever no ciclo de vida biológico*” (Lima & Viegas, 1988:149), pois este pode gerar problemas comuns, mas esses problemas, podem ser solucionados das formas mais diversas possíveis tendo em conta o ‘background’ cultural de cada indivíduo. A análise das estratégias usadas pelos idosos articulando o seu contexto histórico, os recursos do seu meio e as suas capacidades individuais muda a visão sobre o envelhecimento deixando este definitivamente de ser visto como: “*um estado ao qual o*

indivíduo se submete passivamente, mas [antes] como um fenómeno biológico ao qual o indivíduo reage com base nas suas referências pessoais e culturais” (Uchôa, et al., 2002 [2011]:27-28).

Quando se estudam fenómenos como a saúde e a alimentação na velhice, onde os factores sociais, culturais e biológicos tem de ser tidos em conta, esta perspectiva de estudo com múltiplas vertentes, faz com que seja mandatório a interação de diferentes áreas do conhecimento (Grimberg, 1998; Trench& Costa-Rosa, 2011). Daí neste estudo serem mobilizadas áreas do conhecimento como a antropologia, a psicologia e a nutrição, de modo a alcançar o entendimento de como os relatos sobre a experiência alimentar dos idosos ao longo da sua trajectória, obtidos através das suas narrativas de vida, são mais do que o simples actos de ingestão de alimentos. Mostram como as práticas alimentares são o reflexo de uma história pessoal, de experiências, da influência de um macro contexto, de expectativas criadas em relação aos outros. Como são o espelho de (re)negociações de significados e como se reflectem na saúde. Como, em última instância, a alimentação traduz uma visão e uma forma de estar e experienciar o mundo.

Para falarmos de nutrição temos de fazer referência a dois grupos de factores que apresentam um importante impacto no *status nutricional* do idoso e na sua experiência: o grupo dos factores intrínsecos, na sua maioria biológicos e os extrínsecos, a sociedade e o ambiente. Actualmente, o problema com a ingestão de nutrientes nas sociedades ocidentais já não parte de uma carência na aquisição de alimentos sustentando situações de subnutrição. O aumento exponencial do consumo de alimentos fortemente calóricos e fracos em nutrientes essenciais para a manutenção do equilíbrio do organismo do idoso alimenta agora quadros de hipernutrição com uma ingestão calórica desequilibrada. Na presente investigação, a antropologia biológica entra em acção no grupo de factores intrínsecos, recorrendo-se à recolha de dados antropométricos (peso, altura e circunferência da cintura). Subsequentemente a antropologia social e cultural une-se problematizando como é que os factores extrínsecos, neste caso o contexto específico da trajectória de vida dos idosos está relacionado com os problemas nutricionais desta população traduzido nos valores de IMC e outras variáveis de saúde quantificadas.

São conhecidas as dificuldades no que toca à avaliação das necessidades nutricionais¹ dos idosos associado ao carácter fortemente heterogéneo das transformações que o

¹ As necessidades nutricionais podem ser definidas como: “a quantidade de calorias e nutrientes essenciais

organismo sofre nesta etapa². A presente investigação, através do trabalho de campo e do recurso à entrevista, adoptando uma metodologia qualitativa e quantitativa de análise, apresenta como apenas uma quantificação de consumo alimentar é limitativa para compreender o porquê de uma ingestão equilibrada ou desequilibrada, o porquê de uma boa ou má nutrição³. A preferência de um alimento em detrimento de outro tem muita relação com a dimensão social e simbólica destes para com o sujeito, com os sentimentos que este suscita ao indivíduo quando este se alimenta e partilha esta prática com o seu mundo social, como este se identifica e ao mesmo tempo se distingue dos outros (Bourdieu, 2006). Está ainda muito relacionado com o trajecto de vida laboral de cada um e como este, inevitavelmente, se relaciona com os seus rendimentos presentes. Mostra como a experiência alimentar e os rendimentos de um agricultor são diferentes dos de um trabalhador industrial. Revela ainda que a capacidade de se reinventarem é transversal às experiências e práticas relatadas e como estas se fazem sentir na sua saúde. Está muito relacionado também com o meio em que o idoso viveu durante toda a sua vida e a sua satisfação com essa vivência.

A forma como o idoso se alimenta decorre ainda do seu contexto de vida, da maneira com as influências macroestruturais da sociedade portuguesa da segunda metade do século XX marcaram a sua trajectória e foram influenciando ao longo do tempo as suas práticas alimentares. O género, o grau de educação e até a sua idade são fatores importantes na alimentação. A consciência da singularidade da pessoa idosa aos mais variados níveis e sabendo ainda: “*que a comida que comemos afecta a nossa saúde*” (Shepard, 1986:1), enaltece a importância da análise de todas estas variantes da experiência alimentar de forma a compreender como estas estão implicadas no estado de saúde dos idosos.

Análise às narrativas de idosos pela da antropologia do envelhecimento⁴ é um importante contributo para valorizar a perspectiva de curso de vida e a “*experiência social*” (Viegas, 1994:18) alimentar. Quando é dada primazia à experiência as narrativas de vida ganham destaque especial (Viegas & Gomes, 2007). Indo ao encontro da proposta de narrativa de vida de Viegas e Gomes (2007): “*o que propomos aqui chamar de narrativas de vida constitui a análise interpretativa de relatos sobre situações experienciadas pelo sujei-*

que cobrem as necessidades de indivíduos saudáveis para o crescimento e as funções normais do corpo” (Lowenstein, 1986:61). *super nutrição e aqueles que apresentam subnutrição*”(Morais et al., 2013:1215).

¹Cfr., Myerhoff

²Cfr., Casper, 1995; Sampaio, 2004; Brownie, 2006.

³A má nutrição pode ser definida como: “*qualquer desequilíbrio nutricional, incluindo os que sofrem de super nutrição e aqueles que apresentam subnutrição*”(Morais et al., 2013:1215).

⁴Cfr., Myerhoff, 1980; Lima & Viegas, 1988; Veigas, 1994; Viegas & Gomes, 2007.

to no trajecto de vida, episódios que vão lembrar para dar significado ao presente” (Viegas & Gomes, 2007: 19).

No presente caso, são lembradas pelos idosos as práticas alimentares da juventude assim como o contexto em que os sujeitos viveram, recordando também as hábitos alimentares e as transformações na vivência na idade adulta, culminando no presente de forma a compreender como esta trajetória e experiência de vida se pode apresentar como explicativa dos actuais comportamentos alimentares e estado de saúde. As narrativas de vida dos idosos do presente estudo foram exploradas através de uma análise intersubjectiva e temática tendo sido colocado em evidência alguns dos temas mais discutidos pelos idosos: a Saúde e a Doença; a Experiência Alimentar; o Gosto; a Concepção de Corpo e as Memórias do Passado Preocupação com o Futuro.

Ao fazer uso das narrativas de vida para falar das práticas alimentares na velhice é evidenciado que: *“a acção social não [é] limitada a um enfoque temporal unívoco, mas, pelo contrário, é um caleidoscópio do passado interpretado no presente, sob a expectativa do futuro”* (Viegas & Gomes, 2007: 21) evidenciando a importância da abordagem da antropologia social e cultural nesta investigação e o contributo informativo na análise do contexto histórico de curso de vida dos idosos e como a sua influência é visível na alimentação e no estado de saúde destes.

Partindo destas prerrogativas, é reservado agora espaço para se falar, sucintamente, dos locais escolhidos para a realização da investigação. Procedeu-se ao trabalho de campo no distrito de Coimbra, em ambiente rural e urbano, recorrendo aos dados do INE (Instituto Nacional de Estatística), e da PORDATA (Base de Dados do Portugal Contemporâneo) e do último estudo de caracterização da população de Condeixa-a-Nova. A cidade de Coimbra foi designada como o local urbano e a aldeia de Bruscos pertencente à Freguesia de Vila Seca e Bendafé, do concelho de Condeixa-a-Nova, como local rural. A escolha teve em consideração o fato da investigadora ter acesso privilegiado aos atores residentes nestes locais.

Por fim, e de forma a clarificar e contextualizar a questão desta investigação, a sua análise foi dividida em duas grandes partes. A primeira, o enquadramento teórico, encontra-se dividida em oito parâmetros. Estes começam por apresentar o panorama demográfico da faixa etária em estudo, a nível global e nacional, passando para uma conceptualização do envelhecimento, enunciando algumas das dificuldades na definição deste conceito.

Parte de seguida para uma análise mais centrada no território nacional, em Portugal, onde os idosos da amostra vivenciaram a sua juventude, o país na transição entre a primeira e a segunda metade do século XX, passando por uma análise da sociedade portuguesa da época, o panorama político, social e económico. São enunciadas ainda as práticas alimentares da época e as dificuldades da maioria da população, que tinha como principal actividade laboral e fonte de subsistência a agricultura e a pecuária. É explorada a forma como a transição política do fim da ditadura salazarista para a democracia alterou em grande medida a sociedade, a cultura, a economia e a saúde dos actuais idosos. A investigação permite também perceber a importância do gosto e da história individual como variáveis nas transformações alimentares, questionando-se a importância da perspectiva ao longo de vida. Haverá ainda outras condicionantes que influenciam o consumo alimentar, inseridas nas transformações alimentares e no padrão alimentar actual dos idosos e ao seu estado de saúde presente. Há ainda que ter em consideração o meio e o contexto na forma como o idoso vive e experiencia esta etapa da sua vida.

A segunda parte desta investigação apresenta os materiais e métodos utilizados e refere as limitações do estudo. Por fim são apresentados os resultados.

1.1. A Demografia do Envelhecimento: Mundo e Portugal

O estudo da alimentação na infância e adolescência é há muito tempo enfatizado na literatura como um estudo de extrema importância para a saúde imediata e futura das populações⁵. Investigações recentes sobre a saúde e a nutrição na idade avançada podem ser justificadas pela transição demográfica e epidemiológica, consequência das melhorias gerais das condições de vida, que fizeram aumentar a esperança média de vida da população mundial e o seu total⁶. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “em 2020 teremos pela primeira vez na história o número de pessoas com mais de 60 anos, maior que o de crianças até aos cinco anos”⁷. Apesar do padrão de doenças infecciosas ter deixado de assombrar as populações, estes anos adicionais não significam uma vida mais saudável, pois a: “crescente carga de doenças crónicas vai afectar em muito a (...) vida dos idosos”⁸. Novos desafios são colocados à população, a uma escala mundial, em termos de saúde e bem-estar, nesta etapa da vida, numa faixa etária que, em 2050, atingirá os 2 biliões de indivíduos (WHO, 2015).

Hoje, à paisagem demográfica da Europa dos 27, é atribuída a palavra ‘envelhecida’ como principal característica da sua população. Está previsto um decréscimo da população em idade activa, que atingirá os 42 milhões, em 2030, e, paralelamente a este declínio, a população europeia com mais de 60 anos, continuará a crescer, atingindo uma percentagem de 25,6%, dos quais, 12% serão idosos com mais de 80 anos (Sobczak *et al.*, 2014). Com o aumento percentual desta faixa etária na população total, torna-se cada vez mais premente a necessidade de estudos que atentem no modo como os idosos se encontram a experienciar esta etapa da vida, sendo o seu estado de saúde/doença e a maneira como estes a percebem e vivem, fundamental no auxílio da compreensão das mudanças sociais não apenas no idoso como no todo social.

Os recentes dados demográficos da população portuguesa vão ao encontro dos números e das preocupações que todos os estados membros europeus neste momento enfrentam⁹. A tabela 1 demonstra o problema do decréscimo da fecundidade e da natalidade, ao

⁵Cfr., Rabello & Anderson, 2011; Gaspar *et al.*, 2014; Jarman *et al.*, 2015; Loewenstein *et al.*, 2016; Sharps & Robinson, 2015.

⁶Cfr., Vilarino & Lopes, 2008; Chau *et al.*, 2012; Barazzetti *et al.*, 2013; Cabral *et al.*, 2013.

⁷ Cfr., <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>.

⁸ Cfr., <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>; WHO, 2015.

⁹Cfr., Pinto, 2006; Chau *et al.*, 2012.

longo dos últimos 20 anos, espelhado no crescimento da população que quase não se fez sentir nos últimos 10 anos, seguido do decréscimo da população activa, representado no *ratio* de cerca de 3 indivíduos em idade activa por idoso. Apesar da esperança média de vida em Portugal ter sofrido um aumento de cerca de 6 anos em ambos os sexos, entre 1991 e 2015, justificado pela melhoria geral das condições de vida e de acesso à saúde, fazendo aumentar consequentemente o número de idosos no total da população (20.1%), (Cabral *et al.*, 2013), os problemas relacionados com a sustentabilidade económica da segurança social, principalmente a alta taxa de desemprego¹⁰ (13.9%), projectam preocupações futuras, sobretudo no que diz respeito ao envelhecimento da população. Daí a importância das condições de saúde dos idosos e como as suas narrativas de experiência, positivas ou negativas, se encontram relacionadas não apenas com as suas fontes de rendimento económico, ao longo da vida, como também com a assistência social em saúde ou a falta dela, aliada a carências económicas, agrava a auto-percepção geral do bem-estar dos idosos.

O aumento deste grupo etário não devia representar qualquer tipo de alarme, devia antes ser encarado como o símbolo de sucesso de que os países desenvolvidos conseguiram alcançar no último século (Barasi, 2003; Paz *et al.*, 2005). Actualmente vivemos cercados por este conflito, denominado de “*paradoxo do envelhecimento*” (Cabral *et al.*, 2013:11), pois um factor que *a priori* é visto como positivo, visto que contribui não só para o aumento da esperança de vida, como também para a vivência mais longa e com qualidade de vida, por outro lado, consequências negativas não só para o futuro como também para o presente imediato na forma como nos organizamos em sociedade. Estaremos a ser redutores se cingirmos a importância de um tema como o envelhecimento apenas à sua vertente económica. Não lhe retirando essa importante componente que também lhe é característica, o que realmente nos deve alarmar é o lugar que a velhice ocupa no todo social (Cabral *et al.*, 2013).

¹⁰De ressaltar que este é apenas um exemplo dos diferentes constrangimentos existentes relativamente à sustentabilidade económica da segurança social. Mais em Cabral e colaboradores (2013): “Processos de Envelhecimento em Portugal”. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Tabela 1. Apontamentos Demográficos Portugal 1991- 2015

	1991	2001	2014-2015
População Residente (milhares)	9.960.2	10.362.7	10.401.1
População em Idade Activa (milhares) (%)	6.626.021 (66.5%)	6.978.257 (67,3%)	6.807.509 (65.5%)
Indivíduos em Idade Activa por Idoso	4.8	4.1	3.3
Esperança de Vida ao Nascimento (Masculino e Feminino)	70,6 (M) 77,6 (F)	73,3 (M) 80,1 (F)	77,2 (M) 83,0 (F)
Idosos (+ 60 anos) (milhares) (%)	1.372.543 (13.8%)	1.705.274 (16.5%)	2.087.505 (20.1%)
Índice de Envelhecimento (Idosos por cada 100 jovens)	70.0	101.6	141,3
Índice de Dependência Idosos (%)	20,5%	24,2%	31,3%
Taxa de Desemprego (%)	4,1%	12,7%	13,9%

Dados: PORDATA & INE, 2013

No presente contexto de investigação, estes indicadores acabam por reforçar a necessidade de estudos dentro da temática do envelhecimento para que se possa alcançar um melhor entendimento desta fase da vida deste grupo populacional em crescente.

1.2. Conceptualização do Envelhecer

Muitos são aqueles que procuram compreender o envelhecimento humano associado apenas ao envelhecimento biológico e à deterioração fisiológica e, como tal, diferentes teorias ao longo dos anos foram desenvolvidas: a teoria da velocidade da idade, a teoria do envelhecimento celular, a teoria dos telómeros, a teoria da mutagénesse intrínseca, a teoria neuroendócrina, as teorias estocásticas, a teoria do stress oxidativo e a teoria da restrição calórica¹¹. Não tendo este estudo o propósito de explorar em profundidade estas teorias, o importante aqui é evidenciar que todas elas apresentam como objectivo o entendimento cada vez mais pormenorizado sobre quais os mecanismos que

¹¹Cfr., Mota *et al.*, 2004; Risman, 2010; Sobczak, 2014.

desencadeiam estes processos de deterioração biológica e o que fazer para adiar a manifestação dos mesmos.¹²O importante de salientar é o contributo da antropologia nas investigações do envelhecer. Este apresenta-se como chave fazendo com que se deixe de pensar o envelhecimento humano exclusivamente pela óptica de um processo de deterioração biológica que inevitavelmente culminará na morte biológica, conjugando os estudos deste processo com toda a experiência individual, a história, a narrativa do indivíduo numa determinada sociedade, num determinado tempo histórico, num determinado espaço.

O envelhecimento é simultaneamente uma experiência individual e social. Individuais, visto que nem todos os órgãos e tecidos de um mesmo indivíduo envelhecem ao mesmo tempo, também nem todos os membros de uma população envelhecem exactamente da mesma maneira. Social, pois o contexto em que as pessoas vivem condiciona em grande modo a forma como se vive cada fase da vida (Arking, 1991; Sequeira & Silva, 2002). Os valores sociais através dos quais pensamos a nossa existência no mundo afectam igualmente a maneira como pensamos a velhice e a experiência de envelhecer. Creio que a principal directriz que deve orientar as investigações sobre envelhecimento terá de passar pela conciliação de uma compreensão do envelhecimento fisiológico articulada com a análise das experiências do envelhecer, da maneira mais positiva possível, para que o indivíduo se adapte mais facilmente às exigências físicas, psíquicas e sociais que esta nova fase da vida obriga (Lima & Viegas, 1988; Chau *et al.*, 2012).

Como nos transmite Lima & Viegas (1988), a ideia de se considerar o processo de envelhecimento como universal está relacionado com o facto deste processos e: “*inscrever no ciclo de vida biológico*” (Lima & Viegas, 1988:149), marcado por mudanças estruturais e funcionais que ocorrem com o passar do tempo cronológico. No entanto, se a velhice pode ser considerada como o: “*destino biológico do homem*” (Lima & Viegas, 1988:149), esta é vivida de forma diferente de contexto social para contexto social (Lima & Viegas, 1988). Todas as sociedades humanas apresentam a categoria da velhice, no entanto, a forma como esta é usada, aquilo que é feito a partir dela no espaço social é que diverge¹³. Esta diversidade de vivência e de pensamento gera uma enorme heterogeneidade

¹²Cfr., Bellamy, 1995; Wickens, 1998; Meydani, 2001; Trench & Costa-Rosa, 2011.

¹³Por exemplo, a conceptualização de envelhecimento e da categoria social de velhice diverge quando falamos do contexto africano, indiano ou do ocidental (o nosso referencial).

na forma como o envelhecimento é vivido e entendido numa determinada sociedade e como os seus 'velhos' são pensados e tratados (Sequeira & Silva, 2002).

Apesar do estudo dos antropólogos Anthony Glascock e Susan Feynman (1981), numa amostra aleatória de 60 sociedades, ter encontrado três características base de identificação da categoria de 'velho',¹⁴ não se pode esquecer que a velhice se apresenta como uma construção social com significado quando esta é inserida num momento histórico, existindo, portanto, uma enorme dificuldade na sua definição- Esta: “*se inscreve numa multiplicidade de visões, decorrentes de uma diversidade cultural e histórica, irreduzíveis entre si*”(Lima & Viegas, 1988:149), tendo em conta o carácter fortemente heterogéneo e individual das experiências do envelhecimento, não só entre diferentes sociedades mas também dentro de uma mesma cultura e de um mesmo grupo etário¹⁵.

A psicologia apresenta um importante contributo para a reflexão sobre as investigações que incidem nesta etapa da vida. Enuncia que o estudo do envelhecimento se apresenta como desafiante visto que está relacionado com a interação de: “*diferentes contextos bio-psico-sociais*” (Lima, 2010:22). Ao conciliar diferentes dados da literatura¹⁶, esta disciplina define o envelhecimento como um fenómeno natural, processual, complexo e multifactorial. Natural, pela sua progressão linear e irreversibilidade, pois envolve processos biológicos de crescimento e desenvolvimento que não podem ser contornados. Processual, porque é um fenómeno que, apesar de diferir de indivíduo para indivíduo, atravessa toda a sua vida, do nascimento à morte. É também caracterizado pela sua complexidade, relacionado com os diferentes significados culturais que adquire e com a variabilidade da experiência de vida dos indivíduos que depende do contexto social e histórico em que se inserem. Multifactorial, porque pressupõe não só alterações fisiológicas, como experienciais, psicológicas e sociais dependendo da sua forma de envelhecer e de factores como a herança genética, contexto sociocultural, factores ambientais, estilo de vida e as redes sociais.

Apesar desta contribuição significativa da psicologia, é limitativo reduzirmos a visão da velhice apenas a estas dimensões. O trabalho das antropólogas Susana Viegas, Antónia de Lima e Catarina Gomes¹⁷ ilustram o contributo da antropologia nesta reflexão

¹⁴ Concretamente a mudança de papel social e económico, a cronologia e as mudanças nas características físicas (Ember&Ember, 2003).

¹⁵ Cfr., Rubinstein, 1990; Jackson, 1999; Sequeira & Silva, 2002; Lima, 2010.

¹⁶ Cfr., Silva & Sequeira, 2002; Paz *et al.*, 2005; Lima, 2010; Risman, 2010.

¹⁷ Cfr., Lima & Viegas, 1988; Veigas, 1994; Viegas & Gomes, 2007.

integrada. Estas consideram que sendo a velhice uma categoria socialmente construída, esta é identitária, experiencial, relativa e relacional, intergeracional e marcada pela memória e pelas narrativas de vida. Identitária, pois a velhice apenas se constrói e adquire significado em relação com os outros, em reflexão partilhada, partindo da comunicação entre indivíduos conectados de forma intersubjectiva e negociada dentro da dialética nós-outros. Experiencial, uma vez que são as partilhas de experiências da sua trajectória que sublinham a sua identificação com os outros. É relativa e relacional, porque a própria experiência do envelhecer não pode ser classificada como homogéneo derivado da sua abrangência cronológica; por exemplo, um idoso de 60 anos poderá representar-se em relação a um idoso de 90 anos como jovem, daí o carácter relativo. Está relacionada com uma visão do mundo que é histórica e contextual partilhada através das marcas relacionais e identitárias de uma geração, mas também pelas relações intergeracionais (Viegas, 1994). É marcado pela memória e pelas narrativas de vida, tendo em conta que é a exposição de acontecimentos que fazem parte da sua trajectória inscritos na memória e trazidos para o presente que vão dar sentido a sua existência e à sua relação com os outros: “*narrativas de vida como processos de produção de significados*”(Viegas & Gomes, 2007:20). Apenas recorrendo a uma análise: “*integrativa e interdisciplinar*” (Lima, 2010:11), do envelhecimento, será possível proceder a um estudo holístico deste.

Num contexto de investigação que incide sobre a saúde¹⁸ na velhice e tendo em consideração os apontamentos nacionais e globais relativos às preocupações sobre o estado de saúde dos idosos em contexto europeu, penso ser relevante fazer referência à noção de vulnerabilidade. Parto desde já do entendimento da vulnerabilidade não como uma característica exclusiva do envelhecer, visto que todos os indivíduos estão sujeitos a situações de vulnerabilidade nos diferentes períodos de vida. O que acontece é que para alguns, a velhice pode representar um período de maior vulnerabilidade do que para outros (Paz *et al.*, 2005; Risman, 2010), visto que esta não se relaciona com o evento em si, mas como cada um reage às circunstâncias: “*potencialmente fragilizadoras*”(Alves, 2002:153) do seu ambiente e neste caso: “*depende largamente do significado que é dado aos eventos*” (Alves, 2002:153). O modo como cada idoso reage¹⁹ e o modo como os processa

¹⁸Definição de saúde apresentada pela OMS: “*Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*” (WHO, 1948).

¹⁹Reação mediada por por: “*eventos sociohistóricos, culturais, normativos e inesperados, interagindo com recursos internos (psicológicos e biológicos) e externos (ambientais, políticos, sociais)*” (Salmazo-Silva, 2012:99).

e os inscreve na sua experiência, neste caso na experiência de saúde e doença é muito mais central na vivência da sua velhice do que o próprio acontecimento em si.

Existe alguma dificuldade em falar desta categoria social como um todo homogéneo devido a diversos tipos de variabilidades: biológico, experiencial, psicológico, social, económico, histórico, ambiental e mesmo político. No entanto, esforços têm sido feitos para reunir este grupo numa determinada faixa etária, no contexto europeu, relacionado com a importância que na sociedade ocidental o critério cronológico de classificação adquiriu. Se adoptarmos a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), esta organiza a velhice em quatro estágios: meia-idade (45-59 anos); idoso (60-74 anos); ancião (75-90 anos) e velhice (90 anos em diante). A literatura europeia oferece diferentes classificações etárias, mas, de forma geral, centra os seus estudos sobre o envelhecimento a partir dos 60 anos (Risman, 2010). A presente investigação respeita este critério.

Se o envelhecimento *“confere ao ser humano esse poder maravilhoso de condensar, numa etapa da vida, a experiência de todas as idades”* (Risman, 2010:3), a nossa análise deve assentar numa perspectiva holística que englobe todos os factores sobre os quais a vida do indivíduo que envelhece é influenciada e influencia tudo (e todos) o que o rodeia ao longo do curso de vida (Chau *et al.*, 2012; Cabral *et al.*, 2013). Seguindo esta conceptualização é importante enunciar ainda, como nos transmite Myerhoff (1980), que o envelhecimento é uma experiência marcadamente social e como essa experiência sublinhada pela história e pelo contexto influencia o envelhecimento biológico sendo indissociável a sua análise (Myerhoff, 1980).

Como o homem é *“essencialmente um ser de cultura”* (Cucho, 1999:9), e a velhice uma *“categoria socialmente produzida”* (Debert, 1994:8), torna-se importante compreender que a velhice não tem início num determinado evento cronológico, nos 60 ou 65 anos, mas vai-se edificando, ao longo do tempo, no indivíduo e na sociedade, *“construindo de maneira gradual no indivíduo a sua configuração social e cultural, de forma contínua, de modo a esculpir o seu ciclo de vida”* (Viude, 2009:61).

Os próximos pontos de reflexão são marcados por uma análise do contexto social, económico e político do Portugal da segunda metade do século XX, vivido pelos idosos da amostra, jovens à época. A enunciação destas mudanças estruturantes que atravessam a trajectória de vida dos indivíduos, acompanhando-os até à sua condição actual de velhos, serão importantes não só na discussão da mudança do padrão alimentar destes sujeitos ao

longo da vida, assim como das repercussões dessas transformações no seu estado actual de saúde, os principais pontos de investigação deste estudo.

1.3. A Sociedade Portuguesa do Século XX (dos anos 60 até 25 Abril de 1974)

Um discurso altivo da Nação e submisso da população a um ‘bem maior’ irrompeu na sociedade portuguesa no início do século XX, consequência de uma política liberal falhada e a necessidade de estabilidade política, económica e social que a tumultuosa República falhou de garantir: “*O estado liberal (...) perante a inutilidade de todos os esforços (...) - surge, imperiosa e urgente, a necessidade de substituir a estas ruínas - as linhas firmes e harmoniosas de um Estado Novo (...) que tenha como ideal próprio o ideal nacional* (Almeida, 1932: 22-28). Neste contexto O Estado Novo apresenta-se assim como a ‘solução perfeita’ para os problemas que a sociedade portuguesa. Deste modo, em 1932 tem início o primeiro governo de António Oliveira Salazar aparecendo como a autoridade máxima do Estado, reconhecida oficialmente no ano seguinte com a Constituição de 1933 (França, 1992). O Estado passa assim a intervir em todas as esferas da sociedade através das instituições criadas que caracterizarão toda a acção política salazarista durante os quarenta anos de regime autoritário²⁰. Foi neste contexto político que os idosos do presente estudo viveram a sua infância e que ainda hoje a narram como um período politicamente singular, com um forte impacto na forma como viveram e ainda vivem o seu quotidiano e como também o distanciam de algumas das práticas e valores quotidianos modernos.

Numa sociedade fortemente vigiada de forma a que a ordem e a norma veiculada pelos harmoniosos valores do Estado Novo não fosse ameaçada: actos, palavras e acções são monitorizados ao pormenor e nada é deixado ao acaso. “*Deus, Pátria e Família*” (Almeida, 1932:24) eram os valores axiais nos quais assentava o quotidiano do português durante grande parte deste século. A sociedade portuguesa tinha como pilar principal de organização social, a família, num tempo conservador em que apenas esta instituição era assumida como a verdadeira forma de constituição familiar (Roberto, 2010:24).

O lugar da mulher era em casa, desencorajada do trabalho fora e tendo o marido controlo total sobre a sua vida. Na educação, só em 1964 é que o exame da quarta classe passou a ser obrigatório para o sexo feminino e ainda, na esfera reprodutiva, a interrupção da gravidez e a toma contraceptiva eram totalmente proibidas e condenadas pelo Estado (Ro-

²⁰Mais detalhes sobre as principais características do Estado Novo *in*: Almeida, 1932; França, 1992; Rosas, 2004.

berto, 2010:25). Esta desigualdade de género é sentida nas narrativas das idosas que relatam um período anterior e posterior ao casamento em que o chefe de família (primeiro momento pai e no segundo o marido) era quem tomava todas as decisões e estabelecia as regras. Relatam também a carga laboral que, primeiro no quotidiano das suas mães e, mais tarde, no dia-a-dia das próprias, tinham na conjugação do trabalho do lar, da sua inteira responsabilidade, com o trabalho fora. Algumas destas práticas/valores ainda marcam as suas narrativas, como exemplo, em algumas das questões colocadas às idosas, as próprias respondiam que estas seriam melhor respondidas pelo marido do que por si.

Apesar do isolamento de Portugal, característicos da política salazarista, receando influências externas que perturbassem o “*viver habitualmente na honesta mediania*” (Rosas, 2004:87), os anos sessenta do século XX, foram marcados por uma abertura tímida a esses efeitos. A chegada dos electrodomésticos, que iam aparecendo muito debilmente nos domicílios, surgindo principalmente nas cidades, visto que esta ainda é uma época de extremas dificuldades económicas para a grande maioria da população, predominantemente rural. Frigoríficos, ferros de engomar, batedeiras, centrifugadoras, varinhas mágicas, a massificação da televisão e a rádio, evidenciam esta ténue receptividade que começa aos poucos a fazer-se sentir na casa portuguesa. Infelizmente, o fosso social cada vez mais vincado: “[a] *grande riqueza nas mãos de uma meia dúzia de famílias e a restante população vive remediada ou numa situação de pobreza extrema*” (Roberto, 2010:41)- foi o grande impulsionador da emigração ilegal da população portuguesa na procura de melhores condições de vida, como fuga à repressão ou como escape à guerra colonial. Aos que ficaram, grande parte recorreu ao êxodo, como fuga dos campos na procura de mais oportunidades na cidade. No entanto, a falar de capacidade para alojar toda a população leva a soluções improvisadas. Sendo esta década marcada pelo aumento dos bairros de lata e da precariedade nas cidades de Lisboa e do Porto (Roberto, 2010).

Ainda na segunda metade do século XX, “*o facto de em cada 100 portugueses, 70 não saberem ler nem escrever chocava algumas pessoas e tranquilizava outras*” (Lains & Ferreira, 2007:433). Esta realidade era virtuosamente aclamada por parte do Estado Novo-acreditando, à época, os próprios iletrados que, “*o saber não dá pão*” (Lains & Ferreira, 2007:445), não vendo qualquer vantagem na educação dos filhos, pois: “*uma criança de 7-8 anos servia já para (...) ajudar nas actividades domésticas e rurais, mandá-la à escola equivalia a uma descida do nível de vida familiar*” (Lains & Ferreira, 2007:460), sendo o trabalho na terra visto como a única instrução necessária para o assegurar da sobrevivência física (Viegas, 1988). As narrativas dos idosos desta investigação relatam isso mesmo que

apesar de irem à escola, alguns começando só a frequentá-la quando passou a ser legalmente obrigatório, não havia tempo para estudar porque havia sempre trabalho a fazer em casa e na terra, diariamente, e nada podia ser deixado para trás. Os pais dos outrora jovens, agora idosos, não viam utilidade prática na instrução dos filhos.

O controlo, a ordem e a disciplina eram mais facilmente asseguradas se as populações apenas tivessem como preocupação única as suas funções laborais, o trabalho produtivo nas terras, sendo este classificado por Salazar como a única função virtuosa em comparação com a desordem e a indisciplina que imperava no mundo urbano e industrial. É impossível não fazer referência ao trabalho de Michel Foucault que se interessou pela mudança na organização das instituições do século XIX para o século XX. Impera agora (século XX), um novo modelo político de ordem e normatização, um poder disciplinar que emerge como a forma mais eficaz de controlar não só cada indivíduo como também toda a sociedade (Foucault, 1994). Um poder que deixou de ser central e passou a ser disperso e reticular sendo imposto pelas mais variadas instituições (como se verificou dentro do Estado Novo). Um poder ditatorial que se preocupou com as duas grandes esferas do indivíduo: o pensamento e conhecimento que é preciso proteger dos desvios e as suas acções, operadas por um corpo que é preciso disciplinar, domesticar, tornar dócil, controlo este que é introduzido subtilmente nas condutas pela actuação do aparelho político no espaço social. Um controlo total de um corpo colectivo e um corpo individual, um biopoder (Foucault, 1994) que monitoriza a sociedade através de um conjunto de estratégias de governação e disciplina, fundamentais especificamente, para o estado português, para a manutenção da ordem e da autoridade salazarista. Valores e ideologias estas que devido à forte acção nos corpos e disciplina perduraram muito além da existência do Estado Novo enquanto instituição, presente na actualidade ainda nas narrativas dos idosos e na forma como estes ainda relatam alguns dos receios sobre abordar certas temáticas, principalmente na vertente política.

Visto que o mundo urbano era considerado corrompido, o Estado Novo exalta e consagra a tradição, espelhada na ruralidade, como o local onde se revela a verdadeira essência portuguesa. Esta ideologia vai-se materializar no forte investimento na agricultura e no condicionalismo no sector industrial durante todo este período. Salazar adopta políticas que vão ao encontro do alcance da auto-suficiência económica agrícola investindo em infraestruturas, na fixação de população nas zonas rurais e na dinamização da produção de bens de consumo tradicional no país como a batata, o arroz, o vinho, o azeite e as frutas, produtos mais consumidos pela população à época (Rosas, 1990; Rosas, 2004). Estas mu-

danças a nível económico e político foram sentidas pela população da época influenciado o seu percurso laboral. No entanto, apesar deste contraste e como nos revela quer a literatura, quer as narrativas dos idosos da presente investigação, em todo o país, mesmo nos meios considerados urbanos imperava a prática agrícola como principal meio de subsistência.

Apesar de podermos falar da década de 60 como um período marcado por algum crescimento em diferentes sectores, é importante lembrar que esse foi um crescimento: “*sem justiça social, marcado por profundas desigualdades na distribuição de riqueza (...) e suprimindo politicamente qualquer possibilidade legal de correcção de tais injustiças*” (Rosas, 2004:99). Este cansaço de um regime que se constrói através de uma ditadura repressiva e que alimenta uma guerra colonial ideologicamente anacrónica, culminará na Revolução Portuguesa de 1974: “*a última revolução de esquerda na Europa do século XX*” (Rosas, 2004:100).

1.4. As Práticas Alimentares no Portugal do século XX

No eclodir da Segunda Guerra Mundial, a política de neutralidade adoptada pelo Estado Novo conferiu a Portugal uma posição estratégica, sendo este usado como plataforma fornecedora de bens de consumo básicos para a demanda da guerra pelos dois grupos bélicos, proporcionando uma notável acumulação de riqueza. Esta política estatal possibilitou ainda a longevidade do regime sobrevivendo este aos efeitos do pós-guerra na Europa com a instalação das democracias liberais. No entanto, o país não foi alheio à falta de bens de primeira necessidade e à influência e consequente aceitação do plano económico externo (Rosas, 2004).

No que toca aos bens de primeira necessidade, a situação de guerra gerou a contracção geral das exportações. A falta geral, em todo o país, de bens alimentares basilares na alimentação dos portugueses: “*peixe, azeite, gorduras várias, carne de porco*” (Rosas, 1990:275), aumentavam o flagelo das: “*bichas intermináveis (...) na cidade e nas aldeias*” (Rosas, 1990:275), de onde, frequentemente se saía de mãos vazias. Estava instituída a política de racionamento dos produtos de primeira necessidade, de forma a que fosse evitada não apenas a distribuição disforme de riqueza mas também que estas carências quotidianas não eclodissem numa rebelião social, como se veio a verificar²¹. Apesar desta política, as dificuldades iam-se acentuando, a dieta alimentar e consequente estado de saúde

²¹Cfr., In Jornal “O Público”: <http://www.publico.pt/destaque/jornal/o-quotidiano-de-miseria-e-privacoes-no-ano-em-que-houve-um-superavit-25019399>.

dos jornaleiros e dos trabalhadores assalariados agravava de dia para dia. Existia já a instalada preocupação que para a indústria florescer os seus operários deveriam ter a capacidade económica de sustento para assegurarem as condições mínimas de saúde e capacidade de trabalho, para si e para a sua família. Só que entre as décadas de 1940 e 1950, do século XX: “o salário operário médio não chega sequer para cobrir as despesas alimentares essenciais” (Rosas, 1990:356). Esta informação é importante no presente contexto porque ao adoptarmos uma perspectiva de curso de vida para falarmos da alimentação e de saúde, o conhecimento das condições de vida passadas e do seu contexto histórico e social, é essencial para compreender o modo como olham e interpretam a sua experiência alimentar.

A dieta adotada pela população urbana e rural mostrava notórias diferenças. Ao consultarmos o trabalho de Ferreira (1989), podemos observar exactamente essa discrepância, relatando o autor que, à época, quem vivia na cidade apesar de consumir uma menor quantidade de pão e vegetais, consumia mais produtos de origem animal, arroz, pão branco e açúcar do que a população rural, reduzindo estes os seus consumos a produtos de origem vegetal, sendo quase nulo o consumo de proteínas e gorduras. Marco ainda tão vivo na memória dos idosos: a meia sardinha para um, vivendo quase em exclusivo do pão, batatas e hortaliças (Ferreira, 1989). Este consumo alimentar débil instala, naturalmente, quadros alarmantes de subnutrição em grande escala, responsáveis pelas conseqüentes doenças letais que então se começaram a instalar na população, como a diarreia, a enterite e a tuberculose. Quer operários quer jornaleiros apresentam uma ausência de consumo de “*alimentos protectores*” (Rosas, 2004:399), pois a miséria era de tal ordem que alimentos como o leite ou os ovos: “*não se consomem em casa de jornaleiro [pois] mesmo que tenha galinhas [este] vende-as para adquirir outros géneros de maior volume*” (Rosas, 2004:399). Apesar de as décadas seguintes serem já marcadas por ligeiras melhorias nas condições de vida com a estabilização da situação económica, este período de: “*grande fome [ficará] duradouramente marcado na memória e no imaginário dessa geração de camponeses e nas seguintes*” (Rosas, 2004:392), perdurando ainda nos relatos dos actuais idosos portugueses, crianças de outrora.

A década de 60 foi marcada por diferenças na alimentação da população, principalmente nas cidades, estendendo-se estas mudanças nas décadas seguintes à restante população. A despensa dos portugueses é invadida por variedade e também por quantidade, o queijo, o fiambre, as farinhas e a manteiga começam a fazer parte do dia-a-dia alimentar e não apenas um consumo esporádico ou em épocas festivas como outrora acontecia (Roberto, 2010). O ritmo de vida mais acelerado pede uma confecção alimentar também mais

célere. Refeições prontas a comer, as conservas e consumo de produtos congelados, vêm responder às necessidades das donas de casa portuguesas muitas delas com o tempo limitado visto que agora conciliam o trabalho de casa com o de fora, com a sua entrada exponencial no mercado de trabalho (Roberto, 2010).

Os anos 70 marcados pelo fim do anacronismo político como o fim da guerra colonial e do Estado Novo, assim como pelo pedido de Mário Soares para a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1977, impulsiona o país para o aumento e fortificação das relações europeias e internacionais nos mais diversos níveis: económico, financeiro e social, liberalizando e abrindo o país às mais variadas influências: sociais, culturais e de consumo: *“A entrada em Portugal de música, roupa ou mesmo refrigerantes estrangeiros – o primeiro anúncio da Coca-Cola, por exemplo, apenas passou na televisão portuguesa depois do 25 de abril, 40 anos após o lançamento nos Estados Unidos da América –, ilustram o boom português”*²².

As décadas de 70 e de 80 foram marcadas por uma mudança no rumo do consumo alimentar à escala nacional. É inaugurada a entrada de Portugal na sociedade de consumo. Fruto das alterações económicas, sociais, políticas e de investimento, o consumo alimentar aumentou exponencialmente. O consumo de proteína animal e derivados foram os que sofreram o maior aumento no consumo, descendo o consumo do peixe, relacionado com o aumento do preço deste e com o decréscimo acentuado do preço da carne. Os restantes aumentos de consumo relevantes passaram por alimentos como a batata, o trigo e o arroz, as gorduras (margarinas e óleo alimentar) e ainda o açúcar. Importante salientar ainda o decréscimo de consumo de produtos como o azeite, os cereais (milho e centeio), as leguminosas secas, produtos hortícolas e frutos, alimentos considerados mais saudáveis em comparação com o grupo de alimentos anterior. Esta mudança no consumo alimentar é explorada avante como uma das justificações para o estado de saúde actual dos idosos (Ferreira, 1989; Rosas, 1990; Miranda, 2007).

A oficialização da entrada de Portugal na CEE em 1986, permitiu uma melhoria generalizada das condições de vida da população, permitido pelo acesso aos fundos da estrutura europeia chave para o desenvolvimento do país em todos os sectores. Foi sentida ainda uma notória mudança na assistência à doença, dos anos sessenta aos noventa, apresentando hoje Portugal frutos que se podem igualar aos seus parceiros-membros (Manso, 2013). Portugal entra na rede da globalização, inevitavelmente aderindo ao consumo ali-

²²Cfr., in “Factos sobre o consumo em Portugal”: <http://www.comparaja.pt/>.

mentar cada vez mais rápido e desequilibrado, fazendo com que no final do século XX, o país se junte à restante percentagem de nações afectadas pelo flagelo das doenças crónicas. A tentativa de recuperação dos hábitos alimentares característicos da chamada dieta mediterrânea, nos anos oitenta, de forma a aumentar o consumo de legumes, cereais e hortaliças, revelou-se já tardio, tendo já estes sido substituídos por outros alimentos importados, menos nutritivos, agravando os quadros de obesidade, doenças cardiovasculares, sedentarismo e neoplasias na população portuguesa (Peres, 1994; Miranda, 2007).

1.5. A viragem política, económica e social no pós 25 de Abril: mais liberdade, mais rendimentos, mais saúde?

A Revolução de Abril de 1974, é o pináculo na viragem da história de Portugal que marca o século XX. A democracia e a liberdade alcançada em todos os sectores da sociedade portuguesa, têm a sua génese nesta revolução: *“fruto da iniciativa e da combatividade cidadã, alcançada nas ruas”* (Rosas, 2004:155). A sociedade portuguesa nas últimas décadas do século XX, viveu uma série de transformações sociais que marcaram profundamente a população não apenas nesse século como também no seu subsequente. Começamos por enunciar as mudanças demográficas. Com o forte fluxomigratório nas décadas de 60 e 70, a população sofreu fortes oscilações, sendo estas duas décadas responsáveis pela maior percentagem (48%) de saída de população do território nacional no século XX (Baganha, 1994). No entanto, o processo de descolonização permitiu um brusco aumento da população portuguesa que entre 1974-1975 recebeu cerca 500 mil indivíduos.²³ Para o seu aumento contribuiu naturalmente a melhoria das condições gerais de vida, aumentando consideravelmente num curto espaço temporal, a população com mais de 60 anos (Barreto, 1996). A saúde também sofreu mudanças profundas. Desde a época das Casas do Povo (1933) que para além de todas as suas valências tinham ainda a função de previdência social, com as limitações próprias da época, até 1979 com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A saúde passa a ser responsabilidade estatal com a SNS, obrigação anterior das famílias e misericórdias. O SNS passa a assegurar os cuidados de saúde a todos os portugueses, independentemente do estatuto socioeconómico (Barreto, 1996; Mansos, 2013). Transformações profundas na educação permitiram o acesso à literacia a toda a população extinguindo o analfabetismo juvenil. Reformas também no emprego, no rendimento, na segurança social, na justiça e na

²³Cfr., “Retornados, uma história de sucesso para contar” in: <https://www.publico.pt/temas/jornal/retornados-uma-historia-de-sucesso-por-contar-28145408>.

cultura, foram produtos da viragem socioeconómica proporcionadas pelas políticas liberais europeias integrando Portugal numa nova geografia política, numa era global de livre circulação de mercadorias, de pessoas e de ideias (Barreto, 1996).

É indiscutível o contributo que os avanços e as profundas transformações sofridas nos diferentes sectores estruturais da sociedade portuguesa tiveram no todo social, mais concretamente, com a evolução das políticas de saúde que influenciaram a melhoria desta a nível nacional e em todas as faixas etárias (Ferreira, 1989; Matos, 2013). A metamorfose sofrida pelo estado ao adoptar políticas de direito à saúde passando este a intitular-se de estado providência, resultando esta mudança de um pacto económico com três vias, o estado, o capital e o trabalho, sendo o estado o gestor dos: *“recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, [transformados] em capital social”* (Santos, 1990:195), faz com que o estado do bem-estar ao investir em políticas sociais (educação, saúde e outras), permita a complementaridade entre o: *“crescimento económico e políticas sociais, entre acumulação e legitimação, ou mais amplamente, entre capitalismo e democracia”* (Santos, 1990:197).

Realmente, testemunhámos nestas últimas décadas um aumento exponencial da dívida social. Apesar de este ser um importante foco de discussão não me acabe aqui discorrer sobre o aumento das despesas sociais, mas antes se este aumento de investimento na saúde, realmente se traduz numa maior consciencialização da população, concretamente a nível de hábitos alimentares saudáveis. Será que somos uma sociedade com mais saúde, mais conscientes enquanto consumidores numa sociedade democrática, livre e globalizada? É inegável que os avanços na saúde foram fundamentais para a melhoria geral das condições de vida, contribuindo estes para uma vida mais longa. Mas apesar das doenças infecciosas já não assombrarem as populações, as elevadas taxas de morbilidade actuais inquietam as instituições que necessitam de compreender quais os hábitos quotidianos mais contributivos para este cenário e como agir eficazmente²⁴. Sendo o presente estudo um auspicioso ponto de partida para aprofundar o conhecimento sobre a complexidade de factores que entram em acção quando pretendemos compreender o estado de saúde e o quotidiano dos idosos residentes em comunidade.

Um dos pontos a partir do qual podemos avaliar a evolução da saúde e da mudança no padrão de consumo alimentar no pós-25 de Abril, é exactamente através da

²⁴ Cfr., <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>; WHO, 2015.

transformação no padrão de despesa com a alimentação ao longo do século XX, estritamente relacionado com as alterações sofridas também na saúde da população portuguesa (Rosas, 1990). Mutações essas sentidas nas experiências dos idosos desta investigação que relatam, a maioria, na infância e até na idade adulta a quase totalidade dos rendimentos direcionados para a alimentação associados às dificuldades aquisitivas da época, tendo diminuído esta preocupação gradualmente com o avançar da idade e o estabilizar da vida económica.

Se seguirmos a linha de raciocínio teorizada por Engel (1857), à qual Fernando Rosas (1990) faz alusão: “*Quanto maior for o rendimento, mais pequena é a proporção das despesas em alimentação*” (Rosas, 1990:54). Infelizmente o cenário de maior percentagem dos rendimentos familiares despendidos em alimentação foi muito elevado, atingindo percentagens de mais de 70%, durante e no pós-segunda guerra mundial, permanecendo elevadas, 40-50%, até aos anos 70-80. Esta despesa só começou a reduzir consideravelmente, traduzindo um aumento dos salários, melhoria das condições de trabalho e a assistência à saúde, no final da década de 80, início de 90, aumentando a despesa noutros bens que até então não tinham expressão, como transportes e comunicações (Rosas, 1990). A medida de despesas na alimentação é uma importante forma de avaliação do estado nutricional e de saúde de uma população tendo em conta que no total de despesas fixas de uma família, como por exemplo, renda de casa, água, luz, telefone, educação dos filhos e mesmo impostos: “*o orçamento familiar reservado à alimentação é um dos mais flexíveis mas não prescindível, sendo aquele que permite uma maior adaptação a circunstâncias difíceis*” (Miranda, 2007:161), deixando nem que seja apenas temporariamente, o estado nutricional e de saúde para segundo plano.

Este deixar a saúde para preocupação secundária, prendia-se exactamente com as dificuldades económicas e a falta de políticas de alimentação e nutrição que assegurassem a disponibilidade dos alimentos assim como das condições higieno-sanitárias. Portugal, só iniciou muito mais tarde uma estratégia nacional relativa às questões alimentares e de nutrição, no século XXI, apesar de terem havido avanços importantes na década de 70, do século anterior, graças às influências internacionais (FAO e WHO)²⁵ e europeias, com a adesão à então CEE (Graça & Gregório, 2012). A acção de Portugal em 2000, encontra-se relacionada não com a insegurança alimentar, falta de alimentos, mas antes com o maior acesso aos mais variados produtos, principalmente aos com menor valor nutritivo,

²⁵ Food and Agriculture Organization (FAO) e World Health Organization (WHO).

contribuindo para o aumento exponencial de problemas como a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, entre outros, principalmente na população acima dos 60 anos.

O factor económico é mais uma vez fulcral visto que as pessoas com menos rendimentos são aquelas que ainda demonstram um maior dispêndio do seu capital na alimentação (Graça & Gregório, 2012). A maioria das doenças crónicas, causa principal das altas taxas de morbilidade actuais, com uma forte relação com o desequilíbrio no consumo alimentar, são doenças capazes de ser prevenidas através da transformação do regime alimentar. Esta relação desafia as instituições nacionais e internacionais a repensar não apenas a eficácia das políticas até então veiculadas, como ainda a colocar na balança os determinantes sociais e económicos como principais influenciadores do estado de saúde do idoso.

1.6. O Gosto e a História Individual como Condicionante Alimentar: a Importância da Perspectiva de Curso de Vida

Salientou-se anteriormente o peso, no orçamento familiar, das despesas em alimentação como uma das variáveis económicas mais explicativas das alterações do estado de saúde da população. Mas não podemos reduzir as modificações alimentares sofridas pela população portuguesa, nos séculos em análise, apenas aos constrangimentos monetários e temporais e à quantidade e qualidade da oferta, não fazendo qualquer alusão ao gosto. É certo que: “[a] *diferenciação dos critérios selectivos das escolhas e preferências alimentares é socialmente vertical, mas não [é] estática, estando sujeitas a factores como disponibilidade da oferta, capacidade aquisitiva e ao simbolismo dos alimentos.* [No entanto], *as mudanças dos gostos decorrem de transformações que necessitam de ser compreendidas numa perspectiva de longa duração*”(Miranda, 2007:164).

O trabalho desenvolvido por Pierre Bourdieu, aparece como fundamental para perceber como o gosto e as preferências quotidianas se transformam ao longo da vida. Através da investigação da aquisição do capital simbólico, este realiza uma crítica social do julgamento do gosto, isto é, seguindo a sua linha de pensamento, o universo social: “*funciona simultaneamente como um sistema de relações de poder e como um sistema simbólico em que as distinções minuciosas do gosto se transformam em base para o*

juízo social” (Risso, 2008:252), fazendo das preferências dos indivíduos escolhas praticadas em oposição directa a membros de outras classes sociais, não existindo gostos ‘puros’ nem julgamentos inofensivos desses mesmos gostos (Risso, 2008). Na sua obra: “*A distinção: crítica social do juízo*” (2007 [1979]), Bourdieu, enuncia que o gosto hierarquiza e distingue quem realiza a classificação e desta forma, os indivíduos distinguem-se pelo gosto e hábitos que praticam, práticas estas que manifestam a posição desses mesmos indivíduos: “*nas classificações sociais objectivas*” (Risso, 2008).

Essa distinção pelo gosto aproxima os indivíduos de uma mesma classe social que partilham os mesmos *habitus*, isto é, que partilham: “*um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e acções e possibilita o cumprimento de tarefas infinitamente diferenciadas graças à transferência analógica de esquemas, adquiridos numa prática anterior*” (Bourdieu, 2006:223). É visível nas suas práticas a herança do capital social familiar. O uso de um bem posteriormente partilhado, adquire significado e apresenta uma carga simbólica particular para aqueles que viveram essa partilha num passado. Essa experiência é trazida para as práticas do presente como símbolo de memória e de relação a um todo social, aqui visível na partilha de refeições em família ao longo do tempo e o significado que estas adquirem e as mutações que sofrem no curso de vida de cada idoso.

O capital social aliado ao capital económico, instrumento que possibilita o consumo e uso de bens, contribui também para o gerar de distinção social: “*o habitus de consumo de um bem recebe um valor social pelo uso social a que é submetido, passando a ser condicionado ao capital simbólico atribuído pelo consumidor*” (Scholz, 2009:89). O *habitus* apresenta-se assim como essencial visto que agrupa quer a socialização, através das categorias de juízo que são partilhadas por todos aqueles submetidos à mesma contingência social, quer a individualização, onde cada indivíduo é único na sua trajectória de vida e na forma como interioriza uma multiplicidade de esquemas, acentuando o *habitus*: “*a interdependência (dialética) entre indivíduo/sociedade [e] a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo (estruturas) e o mundo subjectivo dos indivíduos (agentes)*” (Bourdieu, 2006:467).

A alimentação é assim analisada, segundo Bourdieu, pela lente da: “*transmissão e da reprodução*”, podendo os episódios de mudança ser justificados pela modificação no conteúdo do próprio *habitus* (Bourdieu, 2006). Se ao longo do tempo dos agora idosos,

fortes transformações foram sentidas nas principais estruturas políticas, económicas e sociais da sociedade portuguesa como já supracitadas, o contexto social e histórico e temporal encontra-se invariavelmente relacionado com as mutações nas escolhas alimentares ocorridas no curso de vida dos indivíduos, consequência da mudança do gosto e da própria essência do *habitus* reflexa agora nas suas escolhas actuais. Deste modo, indo de encontro ao trabalho de Miranda (2007), pode ser enunciado que as diferenças na distribuição, no consumo e principalmente nos hábitos alimentícios, são consequência não apenas da: “*oferta alimentar, dos preços dos produtos, dos rendimentos, do contexto político-económico, das categorias sócio-profissionais, de estrutura e dimensão do grupo doméstico, como também de uma escolha assente na dimensão simbólica*” (Miranda, 2007:168), revelando nos critérios de aquisição dos alimentos uma negociação entre preocupações com o estado de saúde, gastronómicas, tradicionais e dietético-estéticas, aliadas aos valores, crenças, costumes, gostos e hábitos reflectindo a sua herança alimentar.

No contexto da temática desta investigação, saúde, alimentação e envelhecimento, torna-se premente a discussão sobre a importância não apenas do gosto como também da sua história individual, na forma como os idosos encaram a alimentação, desenvolvendo esta análise através da discussão sobre a importância da perspectiva de curso de vida. A diversidade de factores que entram em campo e que moldam a experiência que se reflete na etapa associada ao envelhecimento, evidenciam a importância da adopção desta perspectiva que nos permita analisar o envelhecer como resultado de trajetórias passadas, um processo cumulativo de acontecimentos marcantes no reforço ou abandono de certas práticas alimentares que acompanham o idoso no seu percurso (Morais et al., 2012). Esta perspectiva é ainda fundamental tendo em conta que evidencia como a alimentação é muito mais complexa do que o processo de ingestão de alimentos, é resultado de uma história, de um tempo, de relações sociais e influências culturais, de experiências e acontecimentos ao longo da vida, da forma como cada indivíduo se representa no seu mundo social.

É certo que todas as decisões e momentos de viragem que marcaram a forma como os actuais idosos olham para a alimentação, vão ter uma forte manifestação no estado de saúde destes, tendo em conta que, como nos transmite Minayo (1998), que cita o neurologista Taylor: “*longevidade e saúde têm a ver com decisões que tomamos durante toda a vida*” (Minayo, 1998:14) e ainda que “*existe uma óbvia relação*” (Cabral et al.,

2013:18), segundo Elias, citado por Cabral e colaboradores, (2013) “*entre a maneira como uma pessoa vive e a maneira como morre*” (Cabral et al., 2013:18). Reduccionismos à parte, faltará sempre uma peça no puzzle quando falarmos de envelhecimento se deixarmos de parte a trajectória de vida do indivíduo analisando a sua experiência de forma isolada e estanque, sem tempo, sem história, resumindo a sua velhice a um ponto cronológico isolado no tempo (Casper, 1995). O tipo de alimentação, em quantidade e qualidade, uma dieta marcada pela ingestão de alimentos muito ou pouco nutritivos, influencia, fortemente, a qualidade do envelhecimento de cada idoso. Analisar as escolhas alimentares através da perspectiva de curso de vida, ajuda não só a explicar as diferenças na saúde, de diferentes grupos sociais, mas também ajuda a compreender como é que estes mesmos grupos: “*constroem as suas escolhas alimentares e como as mudanças no ambiente afectam essas mesmas escolhas*”(Devine, 2005:121).

1.7. O Padrão Alimentar Actual e o Estado de Saúde do Idoso: Determinantes Sociais de Saúde

Actualmente, o estado de saúde dos idosos, a nível nacional e internacional, não é o mais auspicioso. A faixa etária a partir dos 60 anos é o grupo mais ‘atacado’ pelas designadas “*doenças da civilização*” (Peres, 1994:127) moderna, caracterizadas pela sua cronicidade, pela elevada morbilidade e condicionalismos que trazem aos anos adicionais de vida. O aumento da esperança média de vida veio trazer mais anos de vida, mas não mais saúde.

No entanto, podemos fazer um apontamento positivo, pois apesar do envelhecimento poder aumentar o risco de exposição às mais diferentes patologias, na sua maioria de índole crónica, esta ameaça pode ser diminuída através de uma intervenção apropriada ao nível dos estilos de vida, concretamente na alimentação/nutrição, tendo em conta que a maioria das ameaças estão relacionadas com o grande desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades reais do organismo (Ferreira, 1990; Barbosa, 2013). As investigações realizadas na viragem do milénio, reconheceram a importância da nutrição na saúde pública, especialmente no idoso, sendo: “*a situação nutricional decorrente de alimentação insuficiente, excessiva ou desequilibrada hoje o principal problema de saúde no mundo*” (Peres, 1994:155).

Não é demais referir que o estado nutricional do idoso não se relaciona apenas com a quantidade e qualidade de alimentos que este ingere, mas também, como enuncia Barbosa (2013), com causas: ambientais, fisiológicas, neuropsicológicas, individuais, socioeconómicas e culturais, determinantes do seu *status* nutricional. São enunciadas ainda algumas condicionantes, apresentadas como conseqüências naturais do envelhecimento, que podem influenciar a ingestão alimentar/nutricional: dificuldades na mastigação, derivada da falta de dentes, prótese dentária ou problemas nas gengivas; alterações sensoriais, principalmente no olfacto; uma ingestão de água insuficiente; mudanças gastrointestinais que muitas vezes complicam o processo digestivo; quadro de patologia mental; um cenário de polimedicação, o desconhecimento da interação não só entre os diferentes medicamentos mas também entre alimento e medicamento, muitas vezes interfere no estado nutricional (Ferreira, 1990; Peres, 1994; Barbosa, 2013).

No que toca à alimentação, de maneira geral, os portugueses estão cada vez mais a quebrar com a sua tradição alimentar e adoptar hábitos e preferências de uma sociedade de consumo que irrompe, que traz mudanças alimentares profundas que este consumidor começa a preferir e assume como prática/consumo quotidiano. Os hábitos alimentares ‘do pobre’ - a sardinha, a sopa, a fruta e os legumes – são substituídos pelos hábitos ‘modernos’ - as carnes processadas, as margarinas, os refrigerantes, os fritos, os óleos. O padrão alimentar desequilibrado prevaleceu sobre o tradicional, saudável, prevalecendo também a doença longa e debilitante, sobre a vida longa e com saúde, afectando toda a população (Ferreira, 1990; Peres, 1994). Passada a fase calamitosa das altas taxas de mortalidade²⁶ ganham expressão, nas sociedades de consumo, as doenças metabólicas e degenerativas, consequência do ‘esquecimento’ da noção de equilíbrio alimentar: “*construída trabalhosamente no decurso de milénios*” (Peres, 1994:49). Infelizmente este “*padrão alimentar ocidental*” (Peres,1994:129), atinge a maioria dos indivíduos atravessando todos os sectores da sociedade, visto que cada vez mais as pessoas alimentam-se mais, mas pior: “*uma forma de subnutrição mascarada pela ingestão calórica excessiva*” (Peres, 1994:133).

De forma a alertar a população portuguesa para um consumo alimentar equilibrado, Peres (1994), enuncia não só os grandes erros alimentares praticados pelos portugueses

²⁶Relacionado com a transição epidemiológica, mudança do padrão de doença, melhoria das condições gerais de vida e conseqüente aumento da esperança média de vida: Jackson, 1999; Ferreira *et al.*, 2006; WHO, 2015.

como também apresenta ‘caminhos’ alimentares, para que a população, especificamente os idosos, possam viver os seus anos adicionais com satisfação e saúde. Indica que devemos usar todos os grupos alimentares na comida do dia-a-dia, visto que cada um têm uma acção nutritiva própria não devendo nenhum ser descartado nem substituído por outro. Refere ainda que a variedade ao longo da semana, dentro de cada grupo de alimentos, deve ser tomada em consideração, em especial nos idosos que apresentam uma maior necessidade de consumo de micronutrientes, sendo desfavorável a repetição de alimentos, mesmo que este seja um alimento muito nutritivo. Afirma ainda, no que concerne à alimentação: “*nunca é demasiado tarde para adoptar o padrão saudável*”, enunciando alguns cuidados que especialmente os mais velhos devem ter: não passar mais de três a quatro horas sem comer, atenção ao volume de cada refeição de acordo com a hora do dia e a sua composição; alimentos com pouca ou nenhuma adição de sal; prudência no tipo de gorduras usadas na confecção; ‘abusar’ no consumo de frutas e vegetais; manutenção da hidratação. (Peres, 1994:199)

Cabe-me, neste momento, fazer uma ressalva. Foi discutido até então os constrangimentos físicos que o desequilíbrio nutricional acarreta para o organismo dos indivíduos, concretamente no do idoso. No entanto, apesar de ser importante evidenciar as questões bio-fisiológicas que derivam do processo de alimentação, apenas estas não chegam para explicar a quantidade de processos que são ativados antes, durante e após a ingestão alimentar, tendo em conta que: “*o ser humano, [ao alimentar-se], põe em funcionamento processos fisiológicos, ecológicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais que condicionam o comportamento alimentar humano*” (Miranda, 2007:19). O que comemos, quando comemos e o porquê de comermos certo alimento em detrimento de outro, é mediado por diferentes factores: diferenças de género, isolamento social, redes de apoio social (emocional e instrumental), estado civil, viver e fazer refeições sozinho, habilidades culinárias, diminuição do apetite com o avançar idade, condições económicas, financeiras e de saúde, cada um deles contribuindo para a heterogeneidade no consumo e na qualidade alimentar ao envelhecer²⁷.

Esta variabilidade de experiências no envelhecimento, mais concretamente, a variação no estado de saúde de indivíduo para indivíduo e a forma como estes lidam com o processo de doença, está directamente relacionado com os designados determinantes sociais

²⁷Cfr., Marmot & Wilkinson, 1999; Hughes *et al.*, 2004; Dean *et al.*, 2008; Rugel&Carpiano, 2015; WHO, 2015.

de saúde (Marmot & Wilkinson, 2008). Apesar das condições sociais não poderem ser comparadas às condições de há 40 anos atrás, no caso Português, pois todos os indivíduos vivem melhor e com mais protecção, o fosso entre ricos e pobres continua a intensificar-se (Barreto,1996). Para melhor compreender como estes determinantes influenciam a saúde das populações e determinam as diferenças intra e inter-grupos dessas mesmas populações, faço referência ao modelo de Dahlgren e Whitehead (Buss& Filho, 2007).

Neste modelo Dahlgren e Whitehead, apresentam os determinantes sociais de saúde dispostos em camadas distintas, desde os determinantes com influência directa no indivíduo aos determinantes macro. As características individuais (a idade, o sexo e os factores hereditários), aparecem na base como as primeiras influências na saúde, seguidas dos determinantes de estilo de vida. Logo depois, é dado relevo à categoria redes comunitárias e de apoio, especialmente influente como determinante de saúde nos idosos, essencial para a *“saúde da sociedade como um todo”* (Buss& Filho, 2007:84).A categoria de condições de vida e de trabalho, que engloba o nível e oportunidades de educação, oportunidades de emprego, condições de habitação, condições de saneamento e o acesso a alimentos, é a categoria que se sucede que sugere que os indivíduos que apresentem algum tipo de dificuldade incorrem num risco particular para cada uma das condições apresentadas. A categoria socioeconómica, cultural e ambiental, apresenta-se como a macro categoria que exerce influência directa em todos os outros determinantes sociais, força dominante em crescente com o fenómeno da globalização (Buss & Filho, 2007).

Seguindo este raciocínio é certo, relativamente à alimentação e nutrição que ambos se encontram dependentes de factores que fazem parte da grande estrutura de determinantes sociais em saúde. A mudança no padrão de consumo, o sedentarismo, o baixo custo de alimentos nutritivamente fracos, em conjunto com todos os outros determinantes, contributivos para o aumento da prevalência das doenças crónicas nos grupos economicamente mais debilitados, permite a entrada no ciclo das desigualdades. Muitos estados ainda não estão preparados para responder a estas exigências a nível assistencial. Para ser possível quebrar este quadro de desigualdade é necessário: *“acções multisectoriais em todas as etapas do ciclo vital, já que o estado de saúde individual é um marcador das suas posições sociais passadas”* (Greib, 2012:131).

1.8. Viver, Envelhecer e o Meio: A Importância da Investigação em Ambiente Urbano e Rural

Apesar de serem poucos os estudos que dão enfoque à importância do envelhecer em ambiente rural e urbano, em vários pontos do mundo (Ásia, Europa e América), têm sido desenvolvidas, nos últimos anos, investigações dentro desta temática, com importantes conclusões que merecem ser discutidas e referenciadas quando reflectimos sobre a influência do meio e do contexto no envelhecimento²⁸.

Sequeira & Silva (2002), na sua investigação sublinham a importância do meio no qual o idoso se insere e conseqüentemente envelhece, que é fundamental no atenuar ou agravar das alterações físicas, psicológicas e sociais. Esta ideia é reforçada por Lima e Veigas que afirmam que: “*se a velhice é o destino biológico do homem, ela é vivida de forma muito variável consoante o contexto em que se inscreve*” (Lima & Viegas, 1988: 149). Sequeira & Silva (2002), discutem ainda que a satisfação dos idosos com a vida, está intimamente ligada com o meio onde vivem e que essa “*pressão ambiental*” (Sequeira & Silva, 2002: 511), positiva ou negativa, varia de pessoa para pessoa tendo em conta as suas características individuais. Em comparação com indivíduos mais jovens o meio tem uma maior influência na vida dos idosos (Sequeira & Silva, 2002).

Estudos importantes sobre o consumo alimentar de idosos, em ambiente urbano e rural, foram desenvolvidos na América do Norte. Apesar de termos de ter alguma cautela quando analisamos estas investigações, em comparação com as europeias, tendo em conta que a definição de rural e urbano não é a mesma para os dois continentes, as conclusões não deixam de ser uma mais valia para esta investigação²⁹. Variáveis como o acesso limitado a alimentos em determinados locais, denominados de “*rural fooddeserts*” (Smith & Morton, 2009:183), acesso restrito também a supermercados e à variedade alimentar, acentuam o impacto negativo da alimentação, ou da falta dela, na saúde destas populações (Smith & Morton, 2009).

Os investigadores Tucker & Buranapin (2001) realçam no seu estudo o impacto da relação entre aspectos biológicos, comportamentais, sociais e ambientais no comportamento alimentar e o conseqüente estado de saúde dos indivíduos. Refere-se ainda a importância

²⁸Cfr.,Smith & Morton, 2009; Sequeira& Silva, 2002; Hwang *et al.*, 2015.

²⁹Cfr.,Evans, 2009; Smith & Morton, 2009; Vitolins *et al.*, 2007.

dos comportamentos alimentares na infância que podem actuar como protectores ou promotores de doenças crónicas, dependendo da alimentação praticada dando maior ênfase às escolhas alimentares ao longo da vida, do que à biologia de cada indivíduo³⁰.

Comparações relativas à satisfação com a vida entre idosos em ambiente rural e urbano também são alvo de investigação apresentando resultados díspares³¹. Por um lado, existem estudos como o de Evans (2009), que apresenta diferenças na satisfação com a vida, em ambiente urbano ou ambiente rural justificadas com as particularidades ambientais e a heterogeneidade do envelhecimento. Nesta investigação, o apoio social foi percebido como o principal determinante do bem-estar atenuando as desvantagens económicas, de saúde e serviços dos idosos rurais, em comparação com idosos urbanos (Evans, 2009). Por outro, temos pesquisas que nos mostram que o facto de se residir em regiões geograficamente distintas, não influencia a qualidade de vida (Alencar *et al.*, 2010), nem a saúde e a felicidade (Pholphirul, 2014), dos idosos em questão, sendo a variável recursos económicos, aquela que mais interfere com a satisfação com a vida (Martins *et al.*, 2007).

Quando falamos sobre a relação envelhecimento e meio, não podemos deixar de fora a ideia de “envelhecimento no lugar” (Hwang *et al.*, 2015; Cook *et al.*, 2015). Este conceito pode ser definido como o tempo de residência na moradia que actualmente o indivíduo ocupa (Hwang *et al.*, 2015). Segundo diversas investigações, esta medida adquire grande importância tendo em conta que os idosos que permanecem mais tempo nas suas casas, apresentam também durante mais tempo, relações de apoio social mais fortes e um bem-estar físico e psicológico mais duradouro. Adiar o mais possível a transferência de um idoso do ambiente em que viveu durante toda a sua vida, para outro completamente diferente, geralmente uma instituição ou lar, resultante de limitações funcionais inevitáveis, é o que se pretende ao privilegiar o envelhecimento do idoso no lugar (Hwang *et al.*, 2015; Cook *et al.*, 2015). Os diferentes estudos realizados sobre o quotidiano de idosos institucionalizados, relatam uma vivência marcada por um quotidiano alimentar e de actividades padronizado e estratificado. Considerando estes estudos é premente o aprofundar das investigações sobre o envelhecimento no domicílio de maneira a chegar ao entendimento de como as suas redes de apoio social, as suas práticas alimentares e a sua trajectória de vida são importantes na gestão e promoção da saúde e do envelhecimento no lugar e como estas

³⁰Cfr., Vitolins *et al.*, 2007; Smith & Morton, 2009.

³¹Cfr., Martins *et al.*, 2007; Evans, 2009; Alencar *et al.*, 2010; Pholphirul, 2014; Cook *et al.*, 2015; Hwang *et al.*, 2015.

contribuem para a heterogeneidade do envelhecimento e para a singularidade da experiência³².

Neste sentido, a presente investigação que pretende explorar os hábitos alimentares, estado nutricional e saúde em ambiente rural e urbano, apresenta-se como pertinente pois, tendo em conta que o envelhecimento é caracterizado principalmente por ser um fenómeno multifactorial, uma comparação entre ambientes vai certamente enriquecer a nossa compreensão sobre este fenómeno. A escassez de estudos sobre o envelhecimento em ambiente rural tendo em conta a alta percentagem de idosos que vivem nesse ambiente torna ainda mais relevante este estudo.

1.9. Objectivos e Hipóteses

Partindo da contextualização apresentada os objectivos que norteiam este estudo passam pela necessidade de avaliar a relação entre os hábitos alimentares, ao longo da vida, de duas populações amostrais idosas e como estas se manifestam no seu estado de saúde presente, no distrito de Coimbra.

Relativamente às narrativas de curso de vida, é esperado que no contexto de vida dos idosos, as influências e transformações macroestruturais económicas, políticas e na sociedade portuguesa, na segunda metade do século XX, antes do 25 de Abril de 1974 e na década de 1980, com a entrada na sociedade de consumo, estejam intimamente relacionadas com as suas escolhas alimentares presentes e como os idosos falam sobre elas. É esperado ainda que a transformação das práticas alimentares do contexto em que os idosos em estudo cresceram para um padrão alimentar moderno se apresente como o reflexo do seu estado de saúde actual.

Através da análise intersubjetiva das narrativas dos idosos é expectável que os alimentos se apresentem como um meio a partir do qual os idosos se organizam no mundo social, espelhado nos seus gostos e aversões alimentares, reinventando e renegociando e apropriando-se destas no decurso da vida. A dimensão simbólica de pertença a um grupo e ao mesmo tempo de distinção é esperado que se faça sentir nos relatos. É ainda conjecturado que as dimensões micro e macro (características individuais, de estilo de vida, de redes

³²Cfr., Hughes *et al.*, 2004; Dean *et al.*, 2008; Cauduro *et al.*, 2013; Sixsmith *et al.*, 2014; Cook *et al.*, 2015; Hwang *et al.*, 2015.

sociais, de condições de vida, socioeconómicas, culturais e ambientais) se apresentem como determinantes nas escolhas alimentares e conseqüentemente no estado de saúde. É teorizada a importância da compreensão da velhice não apenas como um período que se manifesta aquando de um evento cronológico fixo no tempo, mas antes como uma etapa fortemente marcada pela heterogeneidade, pela aprendizagem e por o acumular de experiências que foram vividas nas etapas anteriores de vida.

Uma análise quantitativa será apresentada como auxiliadora para se tentar chegar ao entendimento da relação alimentação-saúde. Para tal são consideradas as variáveis sociodemográficas, de saúde e alimentares e como estas influenciam a auto-percepção do idoso relativamente à sua saúde. Após a análise das variáveis e tendo em conta os dados da literatura, é expectável que as variáveis em saúde utilizadas nesta amostra apresentem uma magnitude maior de associação com a auto-percepção em saúde.

Relativamente aos dois ambientes onde residem os idosos é hipotetizado que os idosos em ambiente rural se apresentem menos debilitados na sua saúde e façam uma avaliação mais positiva desta, tendo em conta a sua história passada como também presente de contínuo contacto com a agricultura. No entanto, como as diferenças em saúde não são lineares e apenas dependentes de uma variável como a produção e consumo de alimentos dos próprios idosos, não são esperadas diferenças acentuadas entre os dois ambientes tendo em conta que actualmente a divisão entre ambientes é cada vez mais ténue sendo ambos caracterizados mais pelas interdependências dos que por dissemelhanças.

PARTE II: METODOLOGIA, RESULTADOS e DISCUSSÃO

1. Material e Métodos

Tendo como objectivo principal a avaliação da relação entre os hábitos alimentares, da população idosa, ao longo da vida, e o seu estado de saúde actual, em ambiente rural e urbano, no distrito de Coimbra, através das suas narrativas de curso de vida, foi realizado, com recurso à “*metodologia mista*” (Axinn & Pearce, 2009:1), um estudo transversal. A metodologia quantitativa auxiliará nesta compreensão através da quantificação de variáveis sociodemográficas, alimentares e de saúde da amostra ilustrando o estado actual de saúde dos idosos. A metodologia qualitativa vai permitir procurar o entendimento de como as mudanças estruturais macro na sociedade portuguesa do século XX, actuaram no curso de vida dos agora idosos e influenciaram a forma como estes se relacionam com a alimentação e as consequências dessa relação no seu estado de saúde.

1.1. A Metodologia Quantitativa

Relativamente à metodologia quantitativa, todas as variáveis analisadas foram recolhidas a partir da realização de entrevistas a todos os indivíduos. Respeitando as entrevistas a condição de semi-estruturadas com perguntas de resposta aberta e fechada, foi possível, através dessas últimas, proceder à recolha de dados quantitativos.

Relativamente à técnica de amostragem usada neste estudo, recorreu-se à técnica não probabilística intitulada de amostra por bola de neve. Esta é uma técnica onde o entrevistador estabelece um contacto inicial com alguns indivíduos, atempadamente identificados como membros do grupo que se pretende estudar e a partir destes o entrevistador vai contactando com os restantes indivíduos pertencentes a esse grupo. Através desta técnica o tamanho da amostra vai crescendo à medida que são conhecidos e incluídos no estudo mais participantes. Quando a população alvo aparenta ser de difícil alcance para o investigador, como sucedeu nesta investigação, a técnica bola de neve é empregue (Vinuto, 2014).

1.1.1. Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas

A presente amostra foi constituída por 52 indivíduos, 15 do sexo masculino e 37 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 61 e os 86 anos, vivendo metade em

ambiente rural (n=26) e metade em ambiente urbano (n=26). Todas as entrevistas foram realizadas no distrito de Coimbra, 26 na cidade de Coimbra, ambiente urbano, e as restantes 26 na aldeia de Bruscos, pertencente à Freguesia de Vila Seca e Bendafé, concelho de Condeixa.

De forma a simplificar a leitura das análises realizadas, as diferentes questões colocadas aos indivíduos foram compiladas em três categorias de análise: avaliação sociodemográfica, avaliação do estado de saúde e do quotidiano alimentar. Para avançar para a consequente análise estatística destas avaliações, tendo em conta a variedade de respostas e a disparidade na distribuição destas dentro da amostra, as variáveis em investigação foram agrupadas e devidamente categorizadas.

No que toca à avaliação sociodemográfica, os participantes foram questionados sobre questões relativas ao seu local de residência, idade, estado civil, escolaridade, anos que vivem no local, último emprego, o rendimento mensal e a avaliação que fazem dos seus rendimentos. Relativamente à avaliação do estado de saúde, os indivíduos foram inquiridos sobre o número de morbilidades que apresentam, a quantidade de medicamentos tomada diariamente, a avaliação que fazem do seu estado de saúde e avaliação antropométrica (IMC e CC³³). Informações quantitativas sobre o quotidiano alimentar foram acedidas através de perguntas sobre o consumo de água, de refrigerantes, de fruta e de vegetais.

1.1.2. Caracterização do ambiente rural e urbano: Bruscos e Coimbra

A definição e escolha do rural e urbano, para proceder à investigação, não é uma escolha aleatória, tem que ter em conta critérios básicos definicionais, como por exemplo: *“o número de habitantes, a densidade populacional, a concentração de edifícios, serviços e o sector de actividade predominante”* (Sequeira & Silva, 2002:507). Seguindo as diretrizes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e da Base de Dados do Portugal Contemporâneo (PORDATA), quer o ambiente que defino como urbano quer o ambiente rural obedecem aos parâmetros estatísticos de classificação (INE, 2013; PORDATA, 2013).

Como é visível na figura 1, ambos os ambientes pertencem ao distrito de Coimbra. Apesar de partilharem o mesmo distrito apresentam discrepâncias tendo em conta as suas

³³IMC= Índice de Massa Corporal; CC= Circunferência da Cintura.

dimensões. No que toca à população residente, em 2013, o município de Coimbra contava com uma população de 138,058 habitantes (INE & PORDATA, 2013) enquanto que a aldeia de Bruscos no último estudo de caracterização da população de Condeixa-a-Nova, realizado pela respectiva Câmara Municipal (realizado em 2009, corrigido entre julho de 2012 e setembro de 2013), contava com cerca de 273 habitantes (Plural, 2009). Obedecendo à tendência dos países europeus, a população apresenta um aumento demográfico na direção do envelhecimento quer no concelho de Coimbra (23,1% em 2013) quer no de Condeixa ($\pm 19\%$ em 2009). Segundo o INE & PORDATA (2013), a cidade de Coimbra pode então ser classificada com a tipologia de espaço urbano e a aldeia de Bruscos (Anexo C) como espaço de ocupação, predominantemente, rural.

Os valores das taxas de natalidade e da população residente que têm apresentado um decréscimo não apenas na aldeia de Bruscos como também em todo o concelho de Condeixa-a-Nova, podem ser justificados pela atractividade das cidades, principalmente a cidade de Coimbra, o pólo urbano mais próximo (Plural, 2009). A relação de proximidade entre Coimbra e Condeixa-a-Nova aparece como uma das explicações para as fortes transformações que têm vindo a ocorrer no: “*concelho de Condeixa-a-Nova, um Concelho de génese rural*” (Plural, 2009:101), nos últimos 20 anos, a nível de urbanização, nas actividades predominantes que neste momento são as de sector secundário e terciário, destacando a importância das relações funcionais entre os dois locais. No entanto, as principais actividades praticadas na aldeia de Bruscos (Anexo C) são actividades de sector primário, realidade oposta à vivida na cidade de Coimbra (Plural, 2009).



Figura1. Distrito de Coimbra: Localização geográfica das duas amostras populacionais.

1.1.3. As Medidas Antropométricas

As medidas antropométricas foram realizadas no fim de cada entrevista, tendo sido recolhidas as medidas de peso (kg), estatura (cm) e circunferência da cintura (cm). Foram usados os seguintes equipamentos, respectivamente: uma balança digital portátil Seca 843, com precisão de 100gr; um estadiômetro portátil Seca Leicester, com a cabeça posicionada segundo o plano de Frankfurt; e uma fita métrica Seca. Foi pedido a todos os idosos que se descalçassem e que retirassem o máximo de camadas de roupa possível durante estes procedimentos. Todo o processo foi realizado pela autora do estudo, obedecendo a um método padrão (<http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/>).

Foi calculado o índice de massa corporal a partir dos valores de peso e estatura, através da seguinte equação: $IMC = \text{Peso(Kg)} / \text{Estatura(m}^2\text{)}$. Sendo este índice uma medida que relaciona a quantidade de massa corporal do indivíduo com a sua estatura, este valor será importante para evidenciar não só os casos de obesidade como também os de baixo peso. Os pontos de referência para se proceder à avaliação do *status nutricional* foram definidos pela Organização Mundial de Saúde. Segundos esses pontos de corte, os idosos são classificados como tendo Baixo Peso se o valor de IMC for inferior a 18,5; Peso Normal de 18,5 a 24,9; Pré-Obesidade, de 25,0 a 29,9 e Obesidade, valores superiores a 30 (WHO, 2016). Sendo a população-alvo deste estudo considerada população idosa acima dos 60 anos, a inexistência de dados de corte para o *status nutricional* desta faixa etária, faz com que neste estudo sejam usados os valores de referência para adultos (>18 anos).

Relativamente à circunferência da cintura os pontos de referência, foram também definidos pela OMS. De acordo com esses valores, o risco para complicações metabólicas em homens é aumentado se apresentar um valor superior ou igual a 94 cm e substancialmente aumentado se esse valor for superior ou igual a 102 cm. Para o sexo feminino esse risco é aumentado se o valor for superior ou igual a 80 cm e substancialmente aumentado se for superior ou igual a 88 cm.

1.1.4. Análise de Dados

O tratamento e análise de todos os dados quantitativos recolhidos nas entrevistas, foram organizados numa base de dados e analisados através do programa *IBMSPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 23.0.

1.1.4.1 Variáveis Dependentes (VD)

Na realização das análises estatísticas, foi definida como variável dependente a auto-avaliação da saúde dos indivíduos da amostra.

1.1.4.2. Variáveis Independentes (VI)

Foram definidas como variáveis independentes, aquando da realização dos testes estatísticos, as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, local de residência e escolaridade, rendimento mensal e auto-avaliação do rendimento), de saúde (morbilidades, medicamentos/dia, IMC e CC) e alimentares (consumo de água, refrigerantes, fruta e vegetais).

1.1.4.2.1. Variáveis Sociodemográficas, de Saúde e Alimentares

Como variáveis independentes, foram seleccionadas as informações sociodemográficas, informações relativas ao estado de saúde e ao quotidiano alimentarem. Dentro de cada um destes temas, as variáveis correspondentes foram divididas em categorias e as suas respostas agrupadas.

Dentro do grupo das informações sociodemográficas: Idade (60-69, 70-79, 80-89); Estado Civil (Solteiro(a), Casado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)); Escolaridade (Ensino Básico, Ensino Secundário, Ensino Superior); Anos Vivência no Local (<20, >20-40, >40); Último Emprego (Profissões das Forças Armadas, Especialistas das Actividades Intelectuais e Científicas, Técnicos e Profissões de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo, Trabalhadores de Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores, Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices, Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem, Trabalhadores Agrícolas Primário); Rendimento Mensal (Não recebe; ≤300; >300 a ≤500; >500 a ≤1000; >1000) e Auto-Avaliação Rendimentos (Boa, Suficiente, Má).

Relativamente às informações de Saúde: Medicamentos/dia (0, 1-5, 6-9, >10); Morbilidades (Distúrbios Endócrinos Nutricionais e Metabólicos, Doenças Mentais, Sistema Nervoso Central, Sistema cardiovascular, Sistema Respiratório, Sistema

Digestivo, Problemas Musculares, Sistema Geriturinário, Doente Oncológico); Morbilidades por pessoa (0, 1-5, >5) , Circunferência da Cintura (> igual 94 ou > igual 102 para homens e > igual 80 ou > igual 88 para mulheres) e Auto-Avaliação Saúde (Excelente, Muito Boa, Boa, Razoável, Mau).

Finalmente, no Quotidiano Alimentar: Consumo Água/litro (menos de 1 litro; mais de 1 litro); Consumo Água (Diário, Semanal, Esporádico); Consumo Refrigerantes (Diário, Semanal, Esporádico); Consumo Frutas (0, 1, 2 ou mais); Consumo Vegetais (Diário, Semanal, Esporádico).

Como condição para a realização do teste qui-quadrado e a posterior regressão logística binária, as variáveis em análise foram categorizadas em variáveis dicotómicas. Deste modo, as variáveis que sofreram alterações foram as seguintes: Idade (<70 anos, >71 anos); Escolaridade (< 4 anos; \geq 4 anos); Rendimento Mensal (< 365 euros, \geq 365 euros); Auto-avaliação rendimentos (Boa, Má); Morbilidades (até 3, >3); Medicamentos (0-5, >5); IMC (<30, \geq 30); Consumo água (Diário, Semanal); Refrigerantes (Sim, Não); Fruta/dia (1, 2 ou mais); Vegetais (Diário, Semanal).

Justificando estes agrupamentos começando pela idade, esta ao obedecer a uma distribuição normal (K-S=0,117 ver; p=0,073) foi utilizada a média para criar o ponto de coorte (M=71,48; DP= 6,6), assim como para a variável IMC (KS=0,068; p=0,200), partindo também da média para a criação do ponto de coorte (M=28,20;DP=4,56). Como a distribuição das seguintes variáveis não seguia uma distribuição normal: escolaridade (KS=0,444; p<0,001), rendimento (KS=0,188; P<0,001), morbidade (K-S=0,149; p=0,005) e medicamentos/dia (KS=0,14;p=0,012), os pontos de coorte foram estabelecidos a partir do valor da mediana, respectivamente: escolaridade (m=4,00; DP=2,34), rendimento (m=365,00; DP=270,56), morbilidades (m=3,00; DP=1,69) e medicamentos/dia (m=5,50; DP=3,24).

1.1.4.3. Análise Estatística

De forma a proceder à análise estatística dos dados quantitativos obtidos através das perguntas de resposta fechada realizadas nas entrevistas, foi efectuada, primeiramente, uma análise descritiva para ser possível proceder à caracterização da amostra. Após a ca-

racterização sociodemográfica da população amostral, foi ainda realizada uma análise descritiva para a caracterização antropométrica (IMC e CC³⁴). Uma posterior análise de frequências foi realizada de forma a compreender a distribuição da última actividade profissional desempenhada pelos indivíduos, na distribuição dos valores do *status nutricional*, da distribuição socioeconómica amostral, do seu estado de saúde, das suas morbilidades e da distribuição do consumo de água, refrigerantes, fruta e vegetais.

Com o objectivo de averiguar a associação entre as variáveis demográficas, de saúde e alimentares com a auto-avaliação em saúde foi realizado o teste estatístico de qui-quadrado. A variável circunferência da cintura não foi incluída neste teste por já existir uma variável de avaliação antropométrica inserida nesta associação, o índice de massa corporal. Existindo diferenças estatisticamente significativas entre a auto-avaliação em saúde e as variáveis: idade, local de residência, escolaridade, autoavaliação dos rendimentos, medicamentos/dia, IMC e consumo de vegetais, foi realizada uma regressão logística binária univariada e multivariada, de forma a que fosse possível perceber a magnitude da associação de cada uma das variáveis com a auto-avaliação da saúde. Foi considerado, para todos os testes, o intervalo de confiança (IC) de 95%.

1.2. A Metodologia Qualitativa

A recolha de dados para a presente investigação baseou-se, maioritariamente, na metodologia qualitativa. As entrevistas semi-estruturadas, foram o método chave para a recolha de informação relacionado com o estado de saúde, a alimentação e curso de vida de idosos do distrito de Coimbra.

1.2.1. Entrevista e Observação Participante

Foram realizadas, ao longo dos meses de Fevereiro, Março e Abril, do corrente ano, 55 entrevistas, 39 individuais e 8 compostas por grupos de 2 indivíduos (casais). Dos 55 participantes, apenas 52 foram considerados válidos, pois respeitavam os critérios de inclusão desta investigação: viver num dos ambientes em estudo, ser reformado, viver no seu

³⁴ CC= Circunferência da Cintura.

domicílio e, conseqüentemente, não residir em lares de terceira idade nem frequentar centros de dia. A observação participante foi realizada em diferentes momentos ao longo do trabalho de campo nos dois ambientes escolhidos para o estudo. As entrevistas foram realizadas, maioritariamente, no domicílio de cada um dos entrevistados, tendo existido um contacto prévio anterior à entrevista de modo a que a autora pudesse primeiro conhecer o local e posteriormente deslocar-se sozinha ao domicílio de cada participante. A duração das entrevistas rondou os 40 minutos e os 100 minutos. É possível consultar o guião da entrevista no Anexo A.

Seguindo a lógica de Russel (2006), em situações em que existe a impossibilidade de entrevistar os indivíduos mais do que uma vez, o uso da entrevista semi-estruturada é o método recomendado. Apesar de poder usufruir de muitos dos atributos da entrevista não-estruturada, a semiestruturada baseia-se no uso de um guião de entrevista, uma lista de questões e tópicos que devem ser endereçados numa ordem particular obedecendo a um determinado objectivo, sendo, por isso, este o modelo seguido neste estudo. Apesar desta ordem particular segundo o qual o guião da entrevista se encontra organizado, tendo em conta a singularidade de cada narrativa, nem sempre esta ordem foi seguida com rigor, sendo adaptada e moldada ao discurso de cada um dos intervenientes de forma a permitir o decorrer natural da conversa.

Com o objectivo de avaliar a relação entre os hábitos alimentares da população idosa, ao longo da vida, e o seu estado de saúde presente, a entrevista foi dividida em três grandes marcos temporais: passado, presente e futuro. Posteriormente, as narrativas foram submetidas a uma análise intersubjectiva e temática. Dentro destes 3 marcos temporais, os tópicos da entrevista passaram pelas práticas alimentares na infância, a aprendizagem da confecção dos alimentos, a vida laboral, casamento e filhos, os hábitos alimentares na vida adulta, as mudanças no presente com a transição para a reforma, mudanças na alimentação, o seu actual quotidiano alimentar e mudanças no seu estado de saúde. Perguntas sobre o futuro dos idosos passaram por questões relativas ao seu bem-estar subjectivo e sobre o envelhecer no lugar.

A necessidade da recolha, e posterior análise das narrativas de vida de idosos de forma a avaliar a sua saúde e hábitos alimentares, assenta no trabalho de diversos investi-

gadores³⁵ dentro da temática do envelhecimento que o classificam como o fenómeno fundamentalmente heterogéneo, e individual que apenas seguindo uma perspectiva de curso de vida poderemos tentar compreender a complexidade que envolve este processo. Ao adoptarmos esta perspectiva para falarmos do envelhecimento é importante conjugar a experiência individual os pontos de viragem importantes na vida de cada um, fundamentais no seu curso de vida, os diferentes modos de lidar com situações do quotidiano fortemente influenciados pelo seu `background` cultural e história passada (Morais *et al.*, 2012).

1.3. Considerações Éticas

A todos os participantes foi fornecido um consentimento informando, livre e esclarecido, previamente assinado pela autora e pelo orientador da investigação. O objectivo do trabalho foi explicado e as entrevistas gravadas com o consentimento dos seus intervenientes. A confidencialidade e a protecção da identidade de todos os participantes foi assegurada distinguindo as intervenções realizadas pelos indivíduos usadas nesta investigação pelo sexo, idade e local de residência. A investigação não envolveu qualquer risco para os idosos podendo estes recusar a participação ou abandoná-la em qualquer altura, estando todos os procedimentos de acordo com as orientações nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos, consoante a Declaração de Helsínquia. O consentimento informado, livre e esclarecido, encontra-se no Anexo B.

1.4. Limitações

A capacidade de um investigador reflectir sobre as dificuldades do seu estudo, enriquece automaticamente a sua investigação abrindo portas para novas investigações se estas mesmas limitações puderem ser contornadas e para que a replicação do estudo possa suceder. É certo, como em tantas outras investigações que recorrem à metodologia mista e à consequente análise dos dados quantitativos e qualitativos, que a natureza destes estudos tem associado a si limitações. É reservado este espaço para apresentação dos mesmos e sugestões para futuras investigações se certas limitações foram ultrapassadas.

O factor temporal é normalmente indicado como uma das limitações mais recorrentes

³⁵Cfr., Silva & Sequeira, 2002; Paz *et al.*, 2005; Lima, 2010; Risman, 2010.

deste tipo de estudo. Visto que a aplicação desta metodologia, apesar de extremamente rica em informação, ser de aplicação e recolha demorada e necessita de uma percentagem considerável de tempo disponível do entrevistado que, por vezes, pode não se demonstrar receptivo à demora da entrevista, acaba por condicionar o nosso tamanho amostral. A variável recursos financeiros, também limita este tipo de investigações quando estas envolvem deslocações constantes às diferentes residências dos entrevistados.

A diferença etária da entrevistadora em relação aos entrevistados, poderá ser considerada como limitação, mas também como vantagem. Inicialmente, aquando da entrada no campo, foi considerado 'estranho' pelos idosos o interesse de uma jovem, não tanto pelas temáticas alimentação e saúde, mas mais pelo impacto dessas duas no idoso. A vantagem idade notou-se principalmente quando era pedido aos idosos para falarem da infância e do seu passado, principalmente o contexto vivido e os hábitos alimentares vendo na entrevistadora uma forma da memória do passado se perpetuar sendo importante falar sobre ele para informar as gerações mais jovens o que se viveu e o que não pode ser esquecido, sendo aqui este trabalho visto com muita positividade.

Tendo em que conta que este foi o primeiro grande trabalho terreno da autora em questão, problemas relativos à dificuldade de distanciamento emocional em algumas situações mais emotivas foi sentido o que acabou por condicionar de certa forma a análise objectiva dessas narrativas sendo algumas delas retiradas da análise de conteúdo exactamente por essa dificuldade. Foi sentida uma maior dificuldade na entrada no campo em ambiente urbano, contrariando a expectativa inicial, tendo em conta o *background* de moradia da entrevistadora, contribuindo esta dificuldade para uma maior contribuição etnográfica dos idosos residentes em ambiente rural e uma entrada e recepção mais agradável nesse campo.

Após a saída de campo e a análise das entrevistas e do conteúdo teórico, manifestaram-se outras limitações que são de seguida enunciadas.

O uso das medidas antropométricas (peso e altura) como limitadora na análise do *status nutricional*, visto que esta é uma etapa marcada por diferenças fisiológicas heterogêneas de idoso para idoso. Seria importante em investigações futuras não apenas retirar outras medidas antropométricas mais informativas na avaliação do idoso (como a circunferência do braço e da panturrilha) como associar a esta análise a avaliação de exames bioquímicos devido a heterogeneidade do envelhecimento de cada indivíduo (Sampaio, 2004; Morais *et al.*, 2013).

A proporção amostral desigual de homens (n=15) e mulheres (n=37), não permite a realização comparações directas entre géneros nesta amostra como diferentes estudos demonstram, nos mais variados sectores que envolvem a sua experiência. Algumas variáveis que estão fortemente relacionadas com a forma como o idoso percepção a saúde e a doença não tiveram o destaque devido nesta investigação. No futuro, para aprofundarmos o nosso conhecimento da relação alimentação, estado de saúde e bem-estar ao envelhecimento as variáveis, religião (Delaney & McCarthy, 2014), actividade física (Afonso *et al.*, 2001) e condições habitacionais (Whitten & Kailis, 1999), merecem a devida recolha, análise e discussão.

De todos os factores ambientais que influenciam a saúde do idoso as suas redes de apoio social (emocional ou instrumental), é um dos determinantes sociais em saúde mais contributivos para as diferenças na satisfação com a vida e o seu bem-estar. O isolamento social, a viuvez, a não partilha de refeições, o sentimento de solidão e não sentir preocupação com o seu bem-estar por parte do seu núcleo social mais próximo, condiciona, inevitavelmente, o consumo alimentar e a saúde no envelhecimento. A não exploração desta variável neste estudo, visto que o estudo se centrou na história de vida de cada idoso e não nas suas redes sociais não tendo sido realizadas entrevistas com os indivíduos mais próximos do idoso de forma a avaliar esta dimensão, traduz-se numa das grandes limitações desta investigação (Marmot, 2008). Futuras investigações deverão incidir na análise das redes de apoio social do idoso como variável indispensável no seu estudo.

Toda a informação sobre a experiência alimentar dos idosos ao longo da vida, as principais mudanças que sentiram e que ainda sentem na alimentação e as características actuais do seu quotidiano alimentar, apenas foi possível aceder através das entrevistas semi-estruturadas realizadas. Não foi quantificado o número de alimentos consumido por refeição, a proporção das refeições nem o tipo de nutrientes ingeridos, visto que o objectivo não era o de uma quantificação alimentar, mas de percepção da experiência alimentar ao longo da vida, apesar da ingestão nutricional adequada nos idosos ser uma preocupação cada vez mais crescente. Os idosos foram sim questionados relativamente ao seu quotidiano alimentar, que alimentos normalmente costumam ingerir em cada refeição num dia habitual. De forma a aprofundar este conhecimento sobre o consumo alimentar dos idosos, em investigações futuras é sugerido a escolha de um inquérito alimentar (diário alimentar, 24 *hours recall*, história dietética e questionário de frequência alimentar), avaliando, previamente, os seus prós e contras, para analisar este consumo (Holanda & Filho, 2006).

2. Resultados

A amostra da presente investigação é constituída por 52 indivíduos, 15 do sexo masculino (28,8%) e 37 do sexo feminino (71,2%), apresentado metade da amostra (50%; nurbano=26), residência em ambiente urbano e a outra metade em ambiente rural (50%; nrural=26). O total amostral (n=52) apresenta idades compreendidas entre os 61 e os 86 anos (M=71,48; DP=6,59). A tabela 2 apresenta a distribuição dos dados da amostra relativos à caracterização sociodemográfica.

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

		Rural [Frequência (%)]	Urbano [Frequência (%)]
Sexo	Masculino	9 (34,6)	6 (23,1)
	Feminino	17 (65,4)	20 (76,9)
Idade	60-69	8 (30,8)	14 (53,8)
	70-79	12 (46,2)	9 (34,6)
	80-89	6 (23,1)	3 (11,5)
Estado Civil	Solteiro (a)	2 (7,7)	1 (3,8)
	Casado (a)	19 (73,1)	20 (76,9)
	Divorciado (a)	0 (0)	1 (3,8)
	Viúvo (a)	5 (19,2)	4 (15,4)
Escolaridade	Ensino Básico (1º, 2º, 3º Ciclo)	24 (92,3)	25 (96,2)
	Ensino Secundário	1 (3,8)	1 (3,8)
	Ensino Superior	1 (3,8)	0 (0)
Anos Reside no Local	Menos de 20 anos	1 (3,8)	0 (0)
	20 aos 40 anos	0 (0)	0 (0)
	Mais de 40 anos	25 (96,2)	26 (100)

Relativamente aos dados sociodemográficos podemos constatar que no total amostral, a sub-amostra referente aos idosos que vivem em ambiente rural, apresentam uma média de idades superior (M=72,96; DP=6,17) do que os seus homólogos que residem em ambiente urbano (M=70,00; DP=6,78).

No que toca ao estado civil, as duas sub-amostras apresentam uma frequência semelhante relativamente ao estado civil casado(a) (nrural=19; nurbano=20), seguindo-se com maior prevalência o estado civil viúvo(a) (nrural=5; nurbano=4), o solteiro(a) (nrural=2; nurbano=1) e por fim divorciado(a) (nrural=0; nurbano=1).

O nível de escolaridade do total amostral apresenta uma distribuição homogénea. Quarenta e nove indivíduos (nrural=24; nurbano=25) têm o Ensino Básico, apenas 2 indivíduos, um de cada sub-amostra, têm o Ensino Secundário e somente um residente em ambiente rural, apresenta formação superior. A amostra apresenta similaridades quando aludimos aos anos de residência no local. Cinquenta e um dos 52 indivíduos reside há mais de 40 anos no local (rural ou urbano), residindo apenas um (nrural=1) há menos de 20 anos.

Tabela 3. Distribuição da Última Situação Profissional da População Amostral (INE, 2010)

Último Emprego	Rural [Frequência (%)]	Urbano [Frequência (%)]
Profissões das Forças Armadas	1 (3,8)	0 (0)
Especialista das Actividades Intelectuais e Científicas	2 (7,7)	0 (0)
Técnicos e Profissões de Nível Intermediário	1 (3,8)	1 (3,8)
Pessoal Administrativo	2 (7,7)	1 (3,8)
Trabalhadores de Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores	3 (11,5)	2 (7,7)
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	2 (7,7)	16 (61,5)
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	1 (3,8)	1 (3,8)
Trabalhadores Agrícolas	14 (53,8)	5 (19,2)

No que concerne à última situação profissional desempenhada pelos indivíduos da amostra, representada na tabela 3, antes da aposentadoria, a sua distribuição pelas duas sub-amostras apresenta algumas particularidades. A maioria dos residentes em ambiente rural (nrural=14; 53,8%), desempenhavam serviços do sector primário sendo classificados como Trabalhadores Agrícolas. As restantes ocupações profissionais estão distribuídas por: Trabalhadores de Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores (nrural=3;11,5%); Pessoal Administrativo (nrural=2;7,7%) e Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices (nrural=2; 7,7%); e apenas 1 indivíduo (3,8%), a ocupar cada uma das seguintes categorias: Profissões das Forças Armadas, Técnicos e Profissões

de Nível Intermédio e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem.

Relativamente aos residentes em ambiente urbano, a sua maioria (nurbano=16; 61,5%), desempenhavam funções de trabalhadores fabris, constando na categoria de: Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices, seguindo-se funções como Trabalhadores não Qualificados (nurbano=5; 19,2%) e Trabalhadores de Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores (urbano=2; 7,7%). Cada uma das seguintes categorias: Técnicos e Profissões de Nível Intermédio, Pessoal Administrativo e Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem, é representada apenas por 1 indivíduo (3,8%).

A divisão pelas categorias correspondentes a cada situação profissional foi sustentada na Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010).

Tabela 4. Caracterização Socioeconómica da Amostra

		Rural [Frequência (%)]	Urbano [Frequência (%)]
Rendimento Mensal	Não Tem	1 (3,8)	0 (0)
	≤300 €	12 (46,2)	7 (26,9)
	> 300 - ≤ 500 €	4 (15,4)	14 (53,8)
	< 500 - ≤ 1000 €	7 (26,9)	5 (19,2)
	> 1000 €	2 (7,6)	0 (0)
Auto-Avaliação Rendimentos	Boa	4 (15,4)	4 (15,4)
	Suficiente	12 (46,2)	15 (57,7)
	Má	10 (38,5)	7 (26,9)

A tabela 4 apresenta os dados relativos à caracterização socioeconómica da população amostral. Podemos observar que no que concerne ao rendimento mensal, o grupo dos residentes em ambiente rural, apresenta rendimentos inferiores aos residentes em ambiente urbano. Enquanto que 46,2% (nrural=12), apresenta rendimentos menores ou iguais a 300 euros, 53,8% (nurbano=14), apresentam rendimentos entre os 300 e os 500 euros. No grupo de rendimentos entre os 500 e os 1000 euros, as sub-amostras apresentam alguma semelhança (nrural=7; nurbano=5), e apenas 2 moradores no total amostral reportam ter rendimentos superiores a mil euros.

Não deixa de ser curioso que apesar da maioria dos idosos em ambiente rural ter rendimentos mensais inferiores a maioria dos idosos em ambiente urbano, quando fazemos referência aos rendimentos mais elevados (acima de 500 euros e dos mil euros), temos

mais indivíduos em ambiente rural a auferir esses valores do que em comparação aos seus homólogos urbanos.

Apesar das discrepâncias dos rendimentos entre os idosos dos 2 locais, a maioria dos residentes em ambiente rural (nrural=12; 46,2%) e em ambiente urbano (nrubano=15; 57,7%), consideram que os seus rendimentos são suficientes para os seus gastos quotidianos. Ambas as sub-amostras apresentam a mesma frequência de indivíduos que auto-avaliam os seus rendimentos como bons (nrural e nrubano=4). A auto-avaliação de rendimentos como Má é superior no ambiente rural (nrural=10; nrubano=7).

Tabela 5. Características Antropométricas da Amostra

	Rural		Urbano	
	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Peso (Kg)	70,91	13,62	76,48	13,29
Altura (m)	1,62	0,09	1,61	0,09
IMC (Kg/m²)	27,02	4,65	29,37	4,22

Como se pode observar através da tabela 5, relativa às características antropométricas da amostra, a média do peso dos idosos em ambiente rural é de 70,91 (M=70,91; DP=13,62) e em ambiente urbano de 76,48 (M=76,48; DP=13,29). A média da estatura nos dois ambientes apresenta similaridades (Mrural=1,62; Murbano=1,61). O valor médio do Índice de Massa Corporal difere dos idosos de ambiente rural (M=27,02; DP=4,65) para os idosos em ambiente urbano (M=29,37; DP=4,22).

A distribuição dos idosos segundo o seu *status nutricional* encontra-se representada na tabela 6, informando que 1,9% dos idosos tem baixo peso (n=1), 17,3% tem peso normal (n=9), 50,0% excesso de peso (n=26) e 30,8% apresenta obesidade (n=16).

Tabela 6. *Status Nutricional* da Amostra de acordo com os valores de coorte definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016)

	Rural [Frequência (%)]	Urbano [Frequência (%)]	Total [Frequência (%)]
Baixo Peso	1 (3,8)	0 (0)	1 (1,9)
Eutrofia	7 (26,9)	2 (7,7)	9 (17,3)
Pré-Obesidade	11 (42,3)	15 (57,7)	26 (50,0)
Obesidade	7 (26,9)	9 (34,6)	16 (30,8)

A distribuição dos idosos da amostra tendo em conta a circunferência da cintura é visível na tabela 7. Segundo os pontos de coorte definidos pela Organização Mundial de Saúde, dos 16 homens da amostra, 10 encontram-se com um risco substancialmente aumentando para o desenvolvimento de complicações metabólicas (19,2%), apresentando uma circunferência maior ou superior que 102 centímetros e das 36 mulheres, 33 (63,5%) apresentam também esse risco ao terem uma circunferência de cintura acima de valores maiores ou iguais que 88 centímetros.

Tabela 7. Circunferência da Cintura da Amostra de acordo com valores de coorte definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000)

		Circunferência Cintura (cm)	N (%)
Risco para Complicações Metabólicas	HOMENS	Aumentado (≥ 94)	6 (11,5)
		Substancialmente Aumentado (≥ 102)	10 (19,2)
	MULHERES	Aumentado (≥ 80)	3 (5,8)
		Substancialmente Aumentado (≥ 88)	33 (63,5)

A tabela 8 diz respeito ao Estado de Saúde da Amostra em estudo. O número de morbilidades por indivíduo encontra-se dividido em três categorias: zero, entre uma e cinco e superior a cinco. Nos 2 ambientes, a segunda categoria é aquela que apresenta uma

maior prevalência (rural=96,2%; urbano=84,6%), seguido da categoria superior a 5 que apresenta apenas ocorrência em ambiente urbano (nurbano=4; 15,4%).

Relativamente ao número de medicamentos ingerido por dia por cada idoso, em ambiente rural, 57,7% (nrural=15) consomem entre 1 a 5 comprimidos, entre 6 a 9, apenas 26,9% dos idosos consomem e por fim 11,5% ingerem mais de 10. Apenas 1 idoso, em ambos os ambientes, não toma medicação. Em ambiente urbano, mais de metade (53,8%), consome entre 6 a 9 medicamentos, uma percentagem superior ao verificado em idosos em ambiente rural.

Quando fazem uma auto-avaliação ao seu estado de saúde, 2 idosos, em ambiente rural, avaliam a sua saúde como Muito Boa (7,7%) e 50% dos idosos deste local classificam-na como Boa (nrural=13). Dos restantes 11 indivíduos, 8 (30,8%) fazem uma avaliação Razoável e apenas 3 (11,5%) consideram Mau o seu estado de saúde. O ambiente urbano apresenta uma distribuição díspar. Nenhum dos idosos avalia a sua saúde como Muito Boa e apenas 8 (30,8%) fazem uma Boa auto-avaliação da mesma. Este ambiente apresenta uma maior representação de auto-avaliação Razoável (nurbano=9; 34,6%) e Má (nurbano=9; 34,6%), em comparação com os seus correspondentes rurais. Globalmente podemos dizer que os idosos residentes na aldeia de Bruscosestão mais satisfeitos com o seu estado de saúde que os idosos que vivem na cidade de Coimbra.

Tabela 8. Estado de Saúde da Amostra

		Rural [Frequência (%)]	Urbano [Frequência (%)]
Nº de Morbilidades/ idoso	0	1 (3,8%)	0 (0)
	1-5	25 (96,2%)	22 (84,6%)
	> 5	0 (0)	4 (15,4%)
Nº Medicamentos/ dia	0	1 (3,8 %)	1 (3,8%)
	1-5	15 (57,7%)	8 (30,8%)
	6-9	7 (26,9%)	14 (53,8%)
	> 10	3 (11,5%)	3 (11,5%)
Auto-Avaliação Saúde	Muito Boa	2 (7,7%)	0 (0)
	Boa	13 (50,0%)	8 (30,8%)
	Razoável	8 (30,8%)	9 (34,6%)
	Má	3 (11,5%)	9 (34,6%)

As morbilidades reportadas pelos idosos da amostra, foram fracionadas por nove categorias, representadas na Figura 2. A categoria 'Distúrbios Endócrinos Nutricionais Metabólicos', engloba problemas relativos ao pâncreas, tiróide, diabetes e outros proble-

mas metabólicos. A categoria 'Doenças Mentais', remete a todos os idosos que responderam ter problemas e conseqüentemente, tomam medicação para: "a cabeça". Os idosos que reportaram problemas como Epilepsia ou Parkinson, foram incluídos na categoria 'Sistema Nervoso Central'. No 'Sistema Circulatório' foram incluídas morbidades como: hipertensão, aneurisma, varizes, episódios de AVC (acidentes vasculares cerebrais), problemas de coração, má circulação, colesterol e triglicérides elevados. O 'Sistema Respiratório', apresenta problemas como: bronquite e apneia do sono e o 'Sistema Digestivo' engloba principalmente distúrbios intestinais e estomacais. 'Problemas do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo', manifestam-se em problemas na mobilidade, dores musculares, artroses e reumatismo. A categoria 'Sistema Geniturinário', compreende os seguintes problemas: ácido úrico, problemas nos rins, pedras na vesícula e problemas na próstata. Por último, a categoria 'Oncologia', diz respeito aos idosos que apresentam uma condição oncológica no momento em que a entrevista foi realizada. A categorização destes grupos foi baseada na Classificação Internacional de Doenças (WHO: ICD-10, 2016).

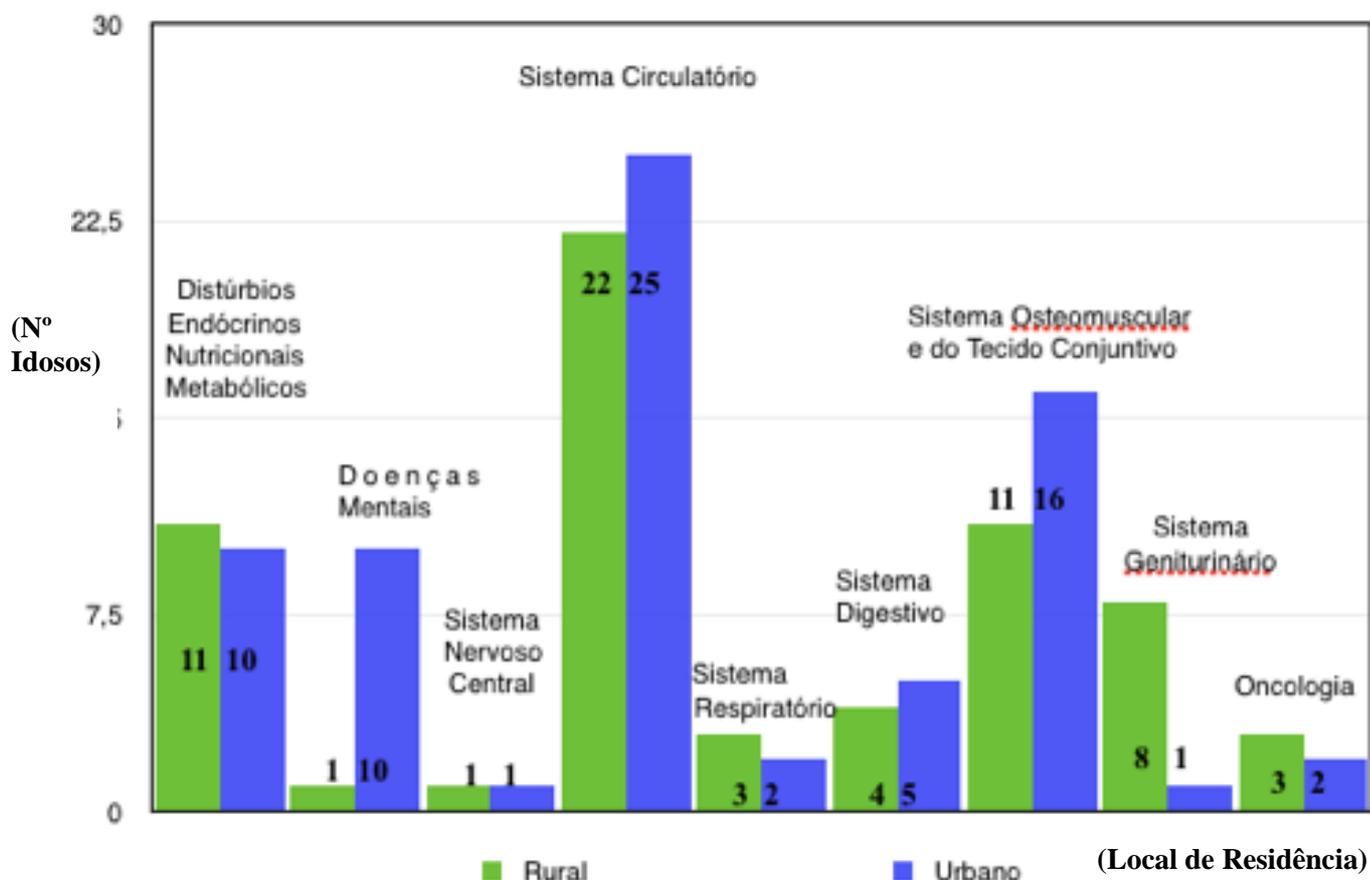


Figura 2. Frequência das Morbidades na Amostra

Como é visível na Figura 2, em ambos os ambientes, a maioria dos idosos sofre de problemas relativos ao sistema circulatório (nrural=22; nurbano=25), seguido de problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo (nrural=11; nurbano=16). Problemas relativos ao sistema geniturinário (nrural=8; nurbano=1) apresentam uma maior frequência em ambiente rural enquanto no que toca a doenças mentais, (nrural=1; nurbano=10) a prevalência é maior no ambiente urbano. Problemas do sistema respiratório (nrural=3; nurbano=2), do sistema digestivo (nrural=4; nurbano=5) e oncológicos (nrural=3; nurbano=2) apresentam uma frequência ligeira e por último, os problemas relativos ao sistema nervoso central apresentam a mesma frequência em ambos os locais (nrural=1; nurbano=1).

Tabela 9. Consumo de Água, Refrigerantes, Fruta e Vegetais da Amostra

		Rural [Frequência (%)]	Urbano [Frequência (%)]
Água	Menos 1 Litro	22 (84,6)	24 (92,3)
	Mais 1 Litro	4 (15,4)	2 (7,7)
	Diário	24 (92,3)	23 (88,5)
	Semanal	2 (7,7)	3 (11,5)
	Esporádico	0	0
Refrigerantes	Diário	1 (3,8)	0 (0)
	Semanal	5 (19,2)	6 (23,1)
	Esporádico	20 (76,9)	20 (76,9)
Vegetais	Diário	16 (61,5)	5 (19,2)
	Semanal	8 (30,8)	19 (73,1)
	Esporádico	2 (7,7)	2 (7,7)
Fruta	0	0 (0)	0 (0)
	1	2 (7,7)	7 (26,9)
	2 ou Mais	24 (92,3)	19 (73,1)

A distribuição do consumo de água, refrigerantes, vegetais e fruta é apresentado na tabela 9. Relativamente ao consumo de água, nos dois ambientes, a maioria ingere menos de 1 litro por dia (nrural=22; nurbano=24) e apresentam quase a mesma frequência diária de consumo (nrural=24; nurbano=23). Passando para o consumo de refrigerantes, 20 idosos de cada um dos locais em estudo, reporta consumir apenas esporadicamente, distribuindo-se o consumo semanal por 5 idosos em ambiente rural (19,2%) e 6 em ambiente urbano (23,1%), apresentado apenas 1 idoso, ambiente rural, (3,8%) consumo diário de refrigerantes.

No que concerne ao consumo de vegetais, a sua distribuição pelos 2 ambientes é díspar. O consumo diário em ambiente rural é de 61,5% (nrural=16) e de 19,2% (nurbano=5) em ambiente urbano. O consumo semanal em ambiente rural é de 30,8% (nrural=8) e de 73,1 (nurbano=19). No consumo esporádico de vegetais, a amostra apresenta a mesma frequência de consumo nos dois ambientes (nrural=2; nurbano=2).

Na frequência de consumo diário de fruta também existem discrepâncias consoante os ambientes. Nos dois ambientes existe consumo de fruta diário. O consumo de apenas uma peça de fruta é maior em ambiente urbano (nurbano=7; 26,9%) do que em ambiente rural (nrural=2; 7,7%), mas quando o consumo de fruta é de duas ou mais peças diárias, a frequência em ambiente rural já se apresenta superior (nrural=24; 92,3%), em comparação com o ambiente urbano (nurbano=19; 73,1%).

Tabela 10. Associação entre a Auto-Avaliação da Saúde e as variáveis demográficas, de saúde e alimentares

Variáveis	Auto-Avaliação da Saúde		Qui-Quadrado (X ²)	P-value	
	Boa	Má N (%)			
<u>Socio-demografia</u>					
Idade	<70 anos	16 (69,6)	10 (34,5)	6,32	0,01¹
	>71 anos	7 (30,4)	19 (65,5)		
Sexo	Masculino	8 (34,8)	7 (24,1)	0,71	0,40
	Feminino	15 (65,2)	22 (75,9)		
Residência	Rural	15 (65,2)	11 (37,9)	3,82	0,05¹
	Urbano	8 (34,8)	18 (62,1)		
Escolaridade	< 4 anos	2 (8,7) ²	10 (34,5)	4,81	0,05¹
	≥ 4 anos	21 (91,3)	19 (65,5)		
Rendimento Mensal	< 365 €	10 (43,5)	16 (55,2)	0,71	0,40
	> 365 €	13 (56,5)	13 (44,8)		
Avaliação Rendimento	Boa	19 (82,6)	16 (55,2)	4,39	0,04¹
	Má	4 (17,4) ²	13 (44,8)		
<u>Saúde</u>					
Morbilidades	até 3	16 (69,6)	14 (48,3)	2,39	0,13
	>3	7 (30,4)	15 (51,7)		
Medicamentos/Dia	0-5	18 (78,3)	5 (17,2)	19,37	0,00¹
	> 5	5 (21,7)	24 (82,8)		
IMC	<30	20 (87,0)	16 (55,2)	6,09	0,02¹
	> 30	3 (13,0) ²	13 (44,8)		
<u>Alimentação</u>					
Água	Diário	20 (87,0)	27 (93,1)	0,56	0,64
	Semanal	3 (13,0) ²	2 (6,9) ²		
Refrigerantes	Sim	4 (17,4) ²	8 (27,6)	0,76	0,52
	Não	19 (82,6)	21 (72,4)		
Fruta/dia	1	2 (8,7) ²	7 (24,1)	2,14	0,27
	2 ou Mais	21 (91,3)	22 (75,9)		

Vegetais	Diário	13 (56,5)	8 (27,6)	4,47	0,04¹
	Semanal	10 (43,5)	21 (72,4)		

¹Relação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

²Reportado o valor do teste de Fisher.

Na tabela 10, é possível encontrar os dados relativos à associação entre a a auto-avaliação da saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e alimentares. De forma a verificar a normalidade da VD (Auto-Avaliação Saúde), foi realizado o teste estatístico Kolmogorov-Smirnova partir do qual se concluiu que esta não segue uma distribuição normal ($K-S=0,369$; $p < 0,001$), possivelmente relacionado com o pequeno tamanho amostral ($N=52$). Não obstante, foi avaliada a relação das variáveis demográficas, económicas, de saúde e alimentares em relação à Auto-Avaliação da Saúde, tendo sido consideradas como variáveis independentes a idade, o sexo, a escolaridade, o local de residência, o rendimento mensal e auto-avaliação deste, as morbilidades, os medicamentos/dia, o IMC, o consumo de água, refrigerantes, fruta/dia e vegetais. Todas as variáveis em análise foram categorizadas em variáveis dicotómicas para se poder proceder ao teste estatístico do Qui-quadrado³⁶.

De acordo com os resultados do teste Qui-quadrado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis: sexo ($p=0,040$), rendimento mensal ($p=0,402$), morbilidades ($p=0,13$), consumo de água ($p=0,644$), refrigerantes ($p=0,513$) e fruta ($p=0,268$), tendo-se verificado o oposto, uma associação estatisticamente significativa, nas restantes variáveis: idade ($p=0,01$), local de residência ($p=0,05$), escolaridade ($p=0,046$), autoavaliação dos rendimentos ($p=0,043$), medicamentos por dia ($p < 0,001$), IMC ($p=0,017$) e consumo de vegetais ($p=0,035$). De modo a avaliar quais as variáveis dentro dos três campos de análise (sociodemográficas, de saúde e alimentares) que estão associados com a auto-avaliação em saúde dos idosos, recorreu-se à análise de regressão logística. Numa primeira fase, foi realizada a análise de regressão logística univariada, com as variáveis com relação estatisticamente significativa apresentadas após a realização do teste qui-quadrado, de forma a identificar quais as que devem ser incluídas no modelo multivariado, mantendo nesse modelo as variáveis que apresentam um valor $p < 0,25$. Os resultados da análise de regressão logística univariada e multivariada são apresentados na tabela 11.

³⁶Explicação da sua dicotomização para chegar os pontos de corte alcançados explicitado no ponto: 1.1.4.2.1. Variáveis Sociodemográficas, de Saúde e Alimentares.

Tabela 11. Análise da regressão univariada e multivariada da associação entre a auto-avaliação em saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e alimentação

	Modelo Univariado			Modelo Multivariado			
	OR ¹	P-value	95% IC ²	OR	P-value	95% IC	
<u>Socio-demografia</u>							
Idade ³	<70 anos	1		1			
	>71 anos	4,34	0,01	1,34-14,03	2,41	0,49	0,20 -28,93
Sexo ⁴	Masculino	1		1			
	Feminino	1,68	0,40	0,50- 5,61	0,72	0,70	0,10 - 4,83
Residência ³	Rural	1		1			
	Urbano	3,07	0,05	0,98 - 9,59	4,57	0,15	0,59 -35,88
Escolaridade ³	<4 anos	5,53	0,04	1,07–28,49	2,61	0,48	0,18 -37,64
	≥ 4 anos	1		1			
Avaliação Rendimento ³	Boa	1		1			
	Má	3,86	0,04	1,05-14,20	3,89	0,23	0,42 -35,84
<u>Saúde</u>							
Medicamentos ³	<5	1		1			
	>5	17,29	0,00	4,34-68,83	7,39	0,01 ⁵	1,50 - 36,31
IMC ³	<30	1		1			
	>30	5,42	0,02	1,32-22,34	3,96	0,19	0,50 - 30,88
<u>Alimentação</u>							
Vegetais ³	Diário	1		1			
	Semanal	3,42	0,04	1,07-10,87	1,48	0,70	0,25-8,94

¹OR=Odds Ratio

²95% IC= Intervalo de confiança de 95%

³Variáveis incluídas no modelo multivariado (p<0,25)

⁴Sexo incluído no modelo multivariado independentemente do valor-p, a fim de ajustar para factores de confundimento.

⁵Relação estatisticamente significativa (p≤0,05)

Cada uma das seguintes variáveis foi analisada individualmente no modelo univariado: idade, sexo, local de residência, escolaridade, avaliação rendimentos, medicamentos/dia, IMC e consumo de vegetais. Como todas apresentavam um valor-p inferior a 0,25, foram integradas no modelo multivariado, agora analisadas em simultâneo. A variável sexo, apesar de apresentar um valor-p superior ao valor definido para esta poder integrar o modelo multivariado (p=0,40), apresenta-se como uma variável fundamental no que toca à sua importância no ajuste de factores de confundimento sendo, por isso, incluída no modelo multivariado. Verifica-se então que os idosos que tomam mais de cinco medicamentos por dia, incorrem num risco 7,39 vezes maior em reportar um mau estado de saúde em comparação com aqueles que tomam menos de 5 medicamentos diariamente. O tamanho

amostral ($n=52$) é evidenciado aqui como uma grande limitação quando analisados os intervalos de confiança. A sua amplitude denuncia não apenas o pequeno tamanho da amostra como também ilustra que se essa limitação for ultrapassada facilmente seriam evidentes, pelo modelo multivariado, outros tipos de riscos aos quais esta faixa etária se poderá encontrar sujeita.

3. Discussão

A colecta e subsequente análise dos dados possibilitaram o acesso aos hábitos alimentares passados e presentes praticados pelos idosos em ambiente rural e urbano, assim como aceder ao seu estado de saúde e *status nutricional* actual através da análise das narrativas de curso de vida. Na presente discussão são articulados os dados resultantes da análise estatística com os dados das narrativas obtidos através das entrevistas realizadas. Excerptos das narrativas são enredados no decorrer da discussão. Esta exposição em contínua articulação obedecerá a uma ordem temática de forma a facilitar a compreensão e a fluidez da discussão. A discussão abrange assim 5 grandes temas: a Saúde e a Doença, a Experiência Alimentar; o Gosto, as preferências ou aversões alimentares; a Concepção de Corpo e por fim as Memórias do Passado e a Preocupação com o Futuro.

3.1.Saúde e Doença

No que toca ao índice de massa corporal (IMC), calculado após a recolha dos dados sobre o peso e altura dos idosos da amostra, foi possível verificar que este difere entre os idosos de ambiente rural (M=27,02; DP= 4,65) e os idosos de ambiente urbano (M=29,37; DP=4,22), indicando que os idosos urbanos são, em média, mais pesados (M=76,48; DP=13,29) que os rurais (M=70,91; DP=13,62). No todo amostral, o *status nutricional* informa que metade (50%) dos idosos se encontra entre o intervalo de excesso de peso (n=26) e 30,8% apresenta obesidade (n=16).

A diferença de IMC entre os idosos de ambos os ambientes pode ser justificada por duas vias. Podemos atribuir a menor média dos pesos no ambiente rural ao maior consumo de vegetais dos idosos em comparação com os seus homólogos urbanos. No entanto, é limitador usar apenas uma variável como justificativa desta diferença tendo em conta que o estado de saúde e o envelhecimento são dois processos e experiências multifactoriais. Será mais completa a nossa interpretação se inserirmos como variáveis as experiências e acontecimentos ao longo da trajectória pessoal. No caso dos idosos rurais um contacto mais vincado e duradouro com o trabalho da terra e conseqüente consumo desses produtos, relacionado também com a sua actividade laboral, poderá apresentar-se como justificação mais completa.

Numa perspectiva comparativa estes resultados vão ao encontro das conclusões de diferentes investigações que enunciam a preocupação com o aumento da prevalência

status nutricional entre o excesso de peso e obesidade³⁷. O presente estudo corrobora com os resultados da investigação de Santos & Sichieri (2005), apresentando a mesma percentagem de sobrepeso (50%) no seu total amostral que a presente investigação.

Juntando ao IMC os valores da circunferência da cintura (CC) da amostra, (19,2% dos homens com uma $CC \geq 102$ cm e 63,5% das mulheres com $CC \geq 88$ cm) condição esta contributiva para um risco aumentado de desenvolver complicações metabólicas, o resultado desta equação só pode ser preocupante, visível não só no tipo (maioria apresenta problemas de sistema circulatório, seguindo do sistema osteomuscular e distúrbios endócrinos nutricionais e metabólicos) como na quantidade (91,8% idosos apresentam entre 1 a 5 problemas saúde) de morbilidades apresentadas na amostra. A literatura reforça o crescimento deste tipo de problemas de saúde entre os idosos, como o estudo de Mota e colaboradores (2010), que reporta na sua investigação como problemas mais frequentes hipertensão, diabetes e doenças osteomusculares.

O estudo de Tucker & Buranapin (2001) discute a problemática da mudança dos padrões de dieta e de actividade física como estando fortemente relacionados com o aumento da morbilidade e dependência medicamentosa dos idosos, dependência esta também notória no presente estudo: 57,7% dos idosos rurais consomem entre 1 a 5 comprimidos/dia e dos urbanos 53,8% consomem entre 6 a 9/dia. Assim como é conhecida a interação prejudicial entre os próprios medicamentos com o organismo também é retratado na literatura, os efeitos adversos da interação alimentação-medicação, provocando oscilações no apetite e alterando a absorção de nutrientes que com o avançar da idade é essencial ser realizada da forma adequada³⁸. Na presente amostra, a toma medicamentosa (acima de 5 medicamentos) apresenta-se como principal factor de risco para os idosos reportarem um mau estado de saúde (OR= 7,39; IC=1,50 - 36,31).

É notório que neste cenário o destaque não incide nas diferenças nas variáveis em saúde entre os idosos de ambos os ambientes, pois apesar de existirem são diferenças ligeiras e não justificadas pela vivência num meio mais urbano ou num mais rural. O que importa salientar é que a população analisada no seu todo se apresenta como uma população com um quadro de saúde preocupante, evidente em variáveis como a circunferência da cintura, as morbilidades por idoso e os medicamentos/dia. Este quadro de saúde actual do idoso pode ser justificada pelas fortes mudanças estruturais que a sociedade portuguesa sofreu na segunda metade do século XX, especificamente a nível alimentar e como essas

³⁷Cfr., Sampaio, 2004; Wachhloz & Masuda, 2009; Silva, 2011.

³⁸Cfr., Carvalho *et al.*, 1998; Acuña & Cruz, 2004; Kamp *et al.*, 2010.

transformações, adoptadas pelos outrora jovens, agora idosos, foram inseridas nas suas práticas quotidianas, hábitos esses desajustados às suas necessidades agravando, no decorrer do tempo, a sua saúde.

É de esperar então que as suas narrativas de saúde evidenciem fragilidades relatando os idosos principalmente os momentos de mudança de uma vida de saúde para uma vida de doença. Quando os idosos são questionados sobre o seu estado de saúde quando jovens relatam, inevitavelmente, a discrepância sentida entre a saúde que outrora tinham e a sua condição actual:

“Olhe, eu graças a deus tinha uma dor de cabeça, assim que ela entrava também tinha logo de sair (...). Mas aí a partir dos 40 e tais, quando comecei a entrar na menopausa, aí é que eu comecei logo assim a ficar com certos problemas e hoje tomo uma camada de comprimidos! Agora tomo 10 comprimidos por dia está a ver? E até quase aos 50 não tomava nada!” (Feminino, 67 anos, Urbano)

“Em jovem era boa [a saúde] (...) agora é mais a tensão arterial porque tenho de tomar medicação (...). Tomo para a tensão, para os triglicéridos, para o ácido úrico, essas coisas que nós deixamos desenvolver assim não sabemos como e depois temos de nos agarrar nem sabemos a quê!” (Masculino, 69 anos, Rural).

“Ah, menina antes eu não tomava nada e era muito raro eu ir ao médico, muito raro, mas pronto as coisas foram chegando, um dia uma, outro dia outra, e agora olhe (...).”(Feminino, 74 anos, Urbano)

Estas narrativas podem-nos levar a analisar a auto-percepção e as representações do envelhecimento como negativas e marcadas pela doença. No entanto, é preciso ter em conta que esta etapa da vida não começa a ser construída a partir de um acontecimento programado pronto a ser desencadeado num período específico, pelo contrário, instala-se ao longo do tempo no indivíduo e na sociedade (Almeida *et al.*, 2013) não podendo esta fase ser reduzida à doença e debilidade se em fases anteriores da vida tal quadro não ocorreu (Uchôa *et al.*, 2002, Ferreira, 1990). No entanto, se o envelhecimento se pode traduzir num acumular de vantagens e desvantagens, em interação com a resposta do indivíduo e do todo social a esse acumular de experiências (Siegrist & Marmot, 2006; Marmot, 2008), os relatos destes idosos são a voz disso mesmo, da resposta individual a acontecimentos que foram marcantes na sua forma como no presente olham e pensam a sua saúde.

A capacidade de realizar as actividades de vida diária (AVD's) é um valioso instru-

mento utilizado na avaliação da saúde e bem-estar do idoso (Machado et al., 2006). Apesar desta variável não ter sido explorada intensivamente a nível quantitativo nesta investigação, os relatos ilustram os obstáculos aquando da tentativa de realização de AVD's. Os idosos expõem algumas dificuldades que atravessam no seu quotidiano devido a alguns condicionamentos físicos derivados da sua condição de saúde.

“Ah sim muitas, muitas dores! E na cama? E descer as minhas escadas que são tão grandes ou a subir? Agora as minhas pernas, é muito difícil, eu precisava de andar porque precisava, mas é muito difícil (...)”. (Feminino, 71 anos, Rural)

“Aqui em casa fazia as coisas de sempre (...) agora também ainda as faço, mas já é mal e porcamente, quer dizer, já não é como eu fazia! Eu desde que fiz quimioterapia a cabeça não...a quimio deu cabe de tudo, a cabeça nunca mais andou certa!” (Feminino, 64 anos, Urbano)

“Assim a casa para mim está bem, não fazia nada, agora as escadas é que me custa (...) a gente quando é novos também não pensa (...)” (Feminino, 71 anos, Rural)

Indo ao encontro do trabalho Mota e colaboradores (2010), os idosos da amostra apresentam insatisfação relativamente à sua velhice quando estes não são capazes de realizar de forma autónoma algumas das tarefas básicas do dia-a-dia, podendo a sua auto-percepção sobre a sua saúde ser classificada negativamente à medida que o cenário de dependência se vai instalando.

Três pontos importantes de discutir visto que estes estão intimamente relacionados com o estado de saúde do idoso, são as variáveis: escolaridade, última situação profissional e rendimentos económicos, factores que em articulação com a história e curso de vida condicionam as suas práticas, no que diz respeito à toma medicamentosa e às negociações entre as orientações médicas e o significado que estas adquirem na experiência individual e social.

A quase totalidade dos idosos (n=49) apresenta o ensino básico de escolaridade. A última situação profissional da maioria dos residentes em ambiente rural (nrural=14; 53,8%) foram funções do sector primário e a maioria em ambiente urbano (nurbano=16; 61,5%), trabalhadores fabris. No que toca aos rendimentos, os idosos rurais apresentam uma menor quantidade (46,2 %, menor ou igual a 300 euros) de rendimento mensal que os do urbano (53,8% entre os 300 e os 500 euros). Aqui as diferenças entre ambientes acentu-

am-se na variável rendimento mensal podendo esta ser explicada, como enunciado no trabalho de Ferreira (1989), pelas diferentes profissões que os idosos desempenharam ao longo de sua vida laboral sendo o trabalho fabril quantitativamente mais remunerado que o trabalho agrícola. Importante não esquecer também a forte influência do contexto social micro e macro em que estes idosos cresceram, num Portugal que na segunda metade do século XX, ainda era um país pobre, atrasado e estruturalmente fragilizado³⁹, tendo isso implicações profundas não apenas na remuneração passada como também no valor actual da sua reforma.

No entanto, é curioso observar que apesar das discrepâncias de rendimento entre os dois locais ambos fazem, na sua maioria, uma auto-avaliação satisfatória dos mesmos, podendo este justificar-se pelo facto dos idosos não terem como única fonte de rendimento a reforma. A grande maioria dos idosos em ambiente rural ainda pratica uma agricultura de subsistência, o que faz com que estes não tenham tantos encargos com alguns produtos, visto que os retiram das terras. Hábitos transmitidos pela sua rede social directa que os indivíduos mantiveram e prolongaram para este período de vida. Mais uma vez é aqui marcada a forte importância da compreensão desta etapa de vida não como um período isolado no espaço e no tempo que apenas se começa a manifestar a quando de um evento cronológico, como a transição para o período de aposentadoria, mas como uma etapa em que se manifestam todos os acontecimentos e aprendizagem praticados ao longo da trajectória de vida.

Apesar de podermos dizer que existem algumas diferenças entre a saúde e alimentação dos idosos dos dois ambientes, também é importante referir que esta diferença não acontece apenas por se tratarem de dois ambientes onde um é fundamentalmente urbano e o outro rural. Essas diferenças existentes são muito mais diferenças de contexto, de história de vida e ligações com as suas redes pessoais que se vão enfatizar nesta etapa. As diferenças que ainda se verificam entre ambos os locais já não são diferenças que se possam equiparar aquelas de há 50 anos atrás. Neste momento, o papel das diferenças de ambiente físico já não é tão relevante, bem mais substancial é o papel que as diferenças nas redes de apoio social apresentam na saúde e bem-estar do idoso (Fogelhlom *et al.*, 2006).

Como anteriormente referido, as variáveis escolaridade, profissão e rendimentos fazem parte do grande bolo dos determinantes sociais em saúde (Buss & Filho, 2007), sendo as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, as principais influenciadoras da sa-

³⁹Cfr., Nogueira, 1981; Rosas, 1990; França 1992; Rosas, 2004.

úde dos indivíduos e das populações agindo na forma de gradiente social (WHO Report, 2010; Grieb, 2012). A forma como o idoso lida e negocia o processo de influências micro e macro, estruturais e pessoais, ao longo da sua vida, vincar-se-ão nesta etapa.

A sua condição socioeconómica está intimamente relacionada com as atitudes e discurso que os entrevistados revelam relativamente à toma da medicação:

“Aí tomo, muita, até devia tomar mais, mas eu é que faço para não tomar! Olha agora ando a tomar um que é para o colesterol, para a tensão e para o estômago, então se é para isso tudo tirei os outros para não andar a repetir e tomo só este em vez dos outros (...). Mandaram-me tomar esse que é 3 em 1, um de manhã e um à noite. Quando eu andava com as crises tomava como eles mandavam, agora como ando melhorzinha já só tomo 1 de manhã.” (Feminino, 73 anos, Rural)

[Mostra 2 caixas de medicação]: *“Já viu isto tudo é só para mim...então comprando isto tudo de uma vez (...) e é que agora há medicamentos que eram comparticipados e agora são tão caros (...) a última vez que fui à farmácia a mulher nem me aviou esse, só me deu uma embalagem, e disse para eu ir ao meu médico para ele receitar outro medicamento que substitui este que é comparticipado porque eu não posso andar a pagar tanto.”*(Feminino, 81 anos, Rural)

“Porque é que acha que eu não tomo os medicamentos da noite? - Eu penso assim: bem, deixa-te estar que vais dormir e tomas de manhã e de noite dá-se folga- (...) tem de ser assim! Senão com o que eu ganho não dava!” (Feminino, 68 anos, Urbano)

No entanto, como nos apresenta o estudo de Vilarino & Lopes (2008), por muito que a educação para a saúde em idosos⁴⁰ possa actuar como influenciadora das suas práticas tentando disciplinar as condutas dos indivíduos relativas à saúde é certo que: *“essa tendência enfrenta a resistência de alguns sujeitos que, nem sempre, adoptam o que é tido como verdade no seu quotidiano”* (Vilarino & Lopes, 2008:74). Mais uma vez os costumes, a cultura, as relações sociais, a forma como as suas crenças e práticas fortificando o sentimento de pertença do idoso ao seu grupo social, vincadas e formadas ao longo de toda a sua vida, têm uma maior influência no indivíduo e nas suas condutas do que certas acções de intervenção ou prevenção presentes. A relação médico-paciente idoso, discurso médico

⁴⁰Educação para a saúde: umas das limitações nas políticas em saúde portuguesas.

e práticas quotidianas ilustram este raciocínio:

“Bebo pouca água, isso é que é o pecado maior! Portanto eu devia beber muita água porque sei que devia (...) por tudo, por causa dos diabetes e isso, mas bebo muita pouca (...). Ainda aqui há pouco tempo fui à médica e ela perguntou-me: “Então e água?”, E eu: “Tenho bebido Senhora Doutora” - e eu a pensar - Não estás lá para ver! (Gargalhadas), é verdade!” (Feminino, 67 anos, Rural)

“Os médicos mandam-me fazer as coisas e eu, fff...! [Falta paciência]. Eu tenho asma crónica, agora já ando um bocado melhor porque cheguei à conclusão que tenho de fazer as coisas direitas porque senão é uma chatice, mas de vez em quando olho para a caixa e fffuu, é que são tantos medicamentos que eu não me apetece, pronto! E depois daquilo tem lá a dizer: - até 2017-, então pronto eu faço para eles durarem! (Risos). Às vezes brinco um bocado com isto quando lá vou: “Então Doutora isto tem aqui o prazo por isso não é preciso tomar tudo já! “ (...). Sou assim um bocado desleixada.”(Feminino, 69 anos, Rural)

“Não, não tenho cuidado como de tudo, o médico diz-me e avisa-me, mas eu se pudesse passava só a sandes, se só me dessem sandes eu não queria mais nada, era sandes que queijo, de presunto, sandes de fiambre, era só sandes (risos)!” (Masculino, 72 anos, Rural)

“Eu comer de tudo como, mas não devia! Opá tenho diabetes, prontos devo evitar doces (...) A nível de quantidade e variedade há de tudo cá em casa! Cá em casa nunca falta aqueles queijos da serra, o presunto, os enchidos, e isso são tudo coisas que devia ser só uma vez por festa, não é? Mas aqui é sempre festa! (Gargalhada) A gente peca um bocado nisso...somos também pessoas de muito sustento!” (Masculino, 65 anos, Urbano)

3.2 A Experiência Alimentar

De maneira geral, os idosos da amostra narram um quotidiano alimentar passado marcado por períodos de fome, muita dificuldade e pouca variedade alimentar. Relatam ainda a prática de uma agricultura e criação de gado de subsistência sendo esta prática também a actividade laboral de uma grande percentagem dos entrevistados, tendo em conta que à época a actividade agrícola era a mais praticada pelos pais e onde os filhos, idosos de

agora, tinham de ajudar. Os relatos desta população amostral vão ao encontro de um estudo qualitativo de Morais e Colaboradores (2012), sobre a percepção relativamente às refeições ao longo da vida, tentando compreender estas na idade sénior reportando diferentes factores de curso de vida como influenciadores na relação dos idosos com a alimentação. É lembrado nesse estudo as refeições pobres da infância, a pobreza extrema vivida na época do racionamento que Portugal atravessou no decorrer e no pós-segunda guerra mundial. Eram lembradas ainda as refeições que eram confeccionadas em dias de festa ou aos domingos associado a lembranças positivas visto que esses eram alimentos consumidos em eventos/dias especiais. A marca de um passado fortemente sublinhado pela adversidade é muito clara nas narrativas e muito presente na memória colectiva destes idosos enquanto grupo.

“Olhe comia-se uma sardinha...ah...era assim: duas sardinhas, o rabo era para mim, outro rabo era para a minha irmã, e a cabeça era para a minha mãe e a outra cabeça para o meu irmão (...). Era assim (...) e o conduto era broa (...) cozia-se uma vez ou duas broa por semana. (...). Antigamente cultivava-se mais milho para fazer a broa (...) para haver milho com fartura para se fazer broa para os filhos porque não se ia ao pão... onde é que se ia ao pão? Não ia!”(Feminino, 81 anos, Rural)

“Foi na altura da segunda guerra mundial, tínhamos uma caderneta e nós íamos à mercearia e dantes era tudo a vulso! (...). Nós pedíamos um decilitro de azeite e diziam-nos que só podíamos levar meio decilitro porque aquilo era segundo o agregado familiar e não era o que a gente queria mesmo havendo dinheiro. (...). De manhã nem tínhamos pão, a minha tia dava-me das arrufadas que ela não tinha vendido, rijas, fazia-me sopas numa tigela, e eu comia as arrufadas molhadas na cevada e pronto.” (Masculino, 81 anos, Urbano)

“Epá era o que havia e quando havia...Lembro-me de comer mais peixe, frango era o que era mais barato e sopa, sopa, sopa! Frangos, feijoadas, dobradas, aos domingos era sempre a dobrada com feijão branco, andámos anos assim! (...). Nós chegávamos ao ponto de ir ao mercado comprar um quarto de galinha para fazer uma canja quando alguém estava doente (...). Tínhamos uma agricultura de subsistência, umas couvezecas, criavam-se galinhas, criavam-se porcos, mas os porcos não eram para nós comermos, nós criávamos os porcos para vender sempre, para o rendimento da casa.” (Masculino, 65 anos, Rural)

“Não havia casa nenhuma aqui que não matasse o seu porco anualmente, a grande reserva da proteína animal e as galinhas iam-se matando, muito poucas (...).”
(Masculino, 67 anos, Rural)

“Passei muita fome! E ainda me lembro de andar na escola e ver os outros a comer e eu com tanta fome, e ainda hoje me vem aquela coisa da fome que eu tinha nessa altura, que eu estava até com vontade de tirar o comer aos outros miúdos (...) ninguém me tinha dado nada para comer e então lá estava eu a olhar para eles a vê-los comer, era assim, muito triste.” (Feminino, 68 anos, Urbano)

Como nos transmite o trabalho de Leandro e colaboradores (2010), os alicerces da alimentação portuguesa durante muito tempo foram: *“o azeite, a farinha, o grão, o pão, as frutas, os legumes e o peixe”* (Leandro et al., 2010:62). Passando os olhos na história vemos que este tipo de alimentação surgiu como consequência da pobreza da própria região, no entanto, os alimentos que compunham esta dieta não deixavam de ser alimentos saudáveis, em quantidade e qualidade. Consequência da transição de tempos de restrição para tempos de excessos contemporâneos, foi a mudança prejudicial no padrão de dieta, Português e Mundial. A solução para uma vida longa com saúde seria voltar à tradição, o problema é que: *“a sociedade que criamos parece não respeitar a nossa própria natureza, e as consequências desse desrespeito [principalmente na saúde] estão demasiado à vista para serem ignoradas”* (Silva, 2011:47).

No que toca à sua rotina alimentar actual a maioria dos idosos reporta realizar cinco refeições diárias (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar), saltando, alguns, a refeição a meio da manhã, justificando com a hora já avançada a que se levantam nesta altura do ano⁴¹. Apesar desta ideia de 5 refeições diárias ser fundamentalmente contemporânea, a forma como a maioria dos idosos divide o seu quotidiano alimentar desta forma espelha essa mesma influência moderna nos hábitos alimentares. É ainda de salientar, reportando ao passado, que as mudanças sentidas por toda a população portuguesa, aquando da entrada na sociedade de consumo, designadamente, uma maior disponibilidade alimentar, melhoria nas condições de trabalho, salariais e mais tempo de lazer, possibilitou uma transformação na qualidade de consumo e a quantidade de refeições diárias, justificando esta mudança. Várias são as investigações que alertam para a importância da realização de todas as refeições diárias para que o idoso não permaneça mais de 3 horas sem co-

⁴¹Entrevistas realizadas no Inverno.

mer podendo este jejum ser prejudicial na manutenção do equilíbrio energético do organismo, mas também prejudicial se se tratar de um idoso polimedicado, como ocorre na maioria da amostra, afectando o seu estado geral de saúde (Barbosa, 2013).

No que toca aos alimentos consumidos, os idosos relatam por norma comer ao pequeno-almoço, leite simples ou leite com café e pão ou torradas. A meio da manhã, aqueles que reportam fazer esta refeição, referem comer na maioria fruta. Ao almoço, declaram comer sopa e o segundo prato que dizem alternar entre carne e peixe. Os idosos urbanos quantitativamente comem menos sopa e mais o segundo prato. A maioria ao lanche refere comer chá e torradas, mas também é referido o consumo de bolachas, leite, bolos variados e café, mais em ambiente urbano. Ao jantar em ambos os ambientes, relatam comer mais vezes o primeiro prato (sopa). Neste caso a diferença quantitativa do consumo de sopa entre os dois ambientes pode ser apresentada como mais uma das explicações da diferença do *status nutricional*, do estado de saúde (número de morbilidades por idosos e número de medicamentos/dia) e do consumo de vegetais mais preocupante entre os idosos urbanos. Ao analisarmos o consumo alimentar actual dos idosos este pode ser interpretado como um híbrido entre alguns dos consumos que advinham da sua juventude conjugados com novos alimentos introduzidos em Portugal nas décadas de 1970-1980⁴². O padrão alimentar actual do idoso é o espelho das transformações que este foi sofrendo ao longo do curso de vida.

No que concerne ao consumo de vegetais na amostra, a sua distribuição pelos 2 ambientes é díspar. O consumo diário em ambiente rural é de 61,5% e de 19,2% em ambiente urbano. É apontando pela OMS que a inadequação no seu consumo: “[contribui] *para aproximadamente, 5% de mortes em todo o mundo e [para um] maior risco de condições crónicas*” (Conklin *et al.*, 2014:248). Apesar desta diferença de consumo de vegetais na amostra poder contribuir para um melhor estado de saúde dos idosos em ambiente rural, esta interpretação deve ser feita com cautela.

Os idosos quando questionados sobre a alimentação que praticam actualmente, manifestam diferenças indiscutíveis relativamente ao seu passado alimentar:

“Oh menina agora está tudo modificado, a gente pode comprar de tudo, há muito mais coisas (...) Eu como de tudo, um dia arroz, outro dia feijoada, comemos assim (...) a sopa é que é quase sempre a mesma, ou há-de-ser sopa com feijão, hortaliça

⁴²Mais detalhes sobre alimentação portuguesa no enquadramento teórico nos pontos 1.4 e 1.7.

com feijão, ou também às vezes faço aquela sopa de tomate, cebola e cenoura, e couve branca (...) Mas mesmo com essa sopa que fica, a cada dia a gente faz coisas diferentes, ou uma feijoada, ou umas batatas cozidas com grelos, ou um cozidozinho. (Feminino, 74 anos, Urbano)

“Agora olha, agora é tudo! Come-se carne de galinha, de pato, de coelho e de vaca e tudo e de tudo! Não como todos os dias carne, hoje vou comer à noite porque tenho batatas guisadas com galinha, mas amanhã já como só peixe. À noite só como sopa. E é assim, um dia como carne outro dia como peixe, não posso comer carne todos os dias senão dou cabe do coração, não é?” (Feminino, 76 anos, Rural)

“Agora é iogurtes, é bananas, (...) é carne todos os dias, (...) é gelado, onde é que a gente antes tinha gelados? Agora se a gente quiser um doce é só pedir-lhe para ela [esposa] fazer e ela faz e antes para comermos um arroz doce, ui, às vezes nem em dias de festa!” (Masculino, 65 anos, Urbano)

O consumo de proteína animal (carne e peixe) encontra-se uniformemente distribuído pelos idosos de ambos os ambientes. No seu conjunto declaram realizar um consumo semanal de ambos. Declaram ainda alterações na quantidade de consumo com o passar do tempo e com o aumento, em alguns casos, da preocupação individual que o alto consumo de carne tem na saúde (Grieb, 2012). Referem que no passado era raro o consumo desta proteína, apenas aos domingos ou em algumas festividades, sendo mais frequente consoante os rendimentos económicos o consumo de peixe. Actualmente, apesar de referirem uma tentativa de alternar o consumo de ambos alguns evitando o consumo de carne na última refeição do dia (jantar), aludem para a realidade económica actual oposta à passada, onde o preço do peixe é mais elevado do que o da carne, influenciando as suas escolhas e consequentemente o seu consumo alimentar.

Algumas das conclusões do trabalho de Fogelholm e colaboradores (2006), auxiliamna reflexão sobre os resultados da presente amostra. Este estudo indica-nos que os baixos custos de alimentos de alto teor calórico acabam por se tornar mais propensos a ser consumidos em maior quantidade, pelos grupos sociais com menos recursos financeiros, podendo a obesidade aqui funcionar como um marcador social de carência nutricional (Fogelholm *et al.*, 2006;Grieb, 2012). No entanto, a nossa amostra releva o contrário. São os idosos de ambiente urbano, com mais recursos económicos, que apresentam uma percentagem de excesso de peso (57,7%) e obesidade (34,6%) mais elevada. Pode ser apresentado

como justificação o curso alimentar dos idosos e o facto, como já supracitado, da prática agrícola laboral da maioria dos idosos rurais tendo presente as cautelas já referidas quando fazemos este tipo de interpretações. É ainda apontado que tendo em conta que a remuneração para o trabalho agrícola é inferior à de trabalho industrial, os idosos encontraram na agricultura de subsistência outra fonte de rendimento⁴³. Fazendo os alimentos produzidos pelos idosos parte do grupo dos alimentos saudáveis (frutas, vegetais e legumes), estes acabaram por actuar como protectores da saúde destes em ambiente rural em relação aos de ambiente urbano e daí manifestarem-se diferenças no seu estado de saúde actual. Neste sentido é feita alusão aos estudos de Vitolins e colaboradores (2007) e ainda de Smith & Morton (2009) que dão ênfase à importância dos comportamentos alimentares na infância que podem actuar como protectores ou promotores de doenças crónicas, dependendo da alimentação praticada, dando maior destaque às escolhas alimentares, ao longo da vida, do que à biologia do indivíduo.

“Então o Natal naquele tempo era um frango ou carne de porco com arroz branco ou assim uma coisa...era um dia normal como outro qualquer...sempre lá tinha o nome de Natal (risos), sempre podia lá haver uma coisa diferenciada, um doce ou um bolo mas mais do que isso não.” (Feminino, 71 anos, Rural)

“Gosto mais de peixe do que carne, eu gosto de comer sim mas pouco muita quantidade não!” (Feminino, 73 anos, Urbano)

“Faço sempre sopa para a gente comer ao almoço e ao jantar. Ao jantar comemos só a sopa, ao almoço é que faço todos os dias um comer modificado para acompanhar, hoje fiz um arroz de carne amanhã já vou fazer um peixinho com batatas cozidas.” (Feminino, 73 anos, Rural)

“Eu não posso passar sem peixe não posso, já há dois dias que não comemos peixe e eu já estou a sentir muito a falta, amanhã é só peixe! Já estive a dizer a eles [filhos] e amanhã é bacalhau na brasa e batatas a murro com azeite mais a broa.” (Feminino, 67 anos, Urbano)

Quando lhes é pedido para fazerem uma comparação entre a alimentação no passado e a que fazem na actualidade é geral a concordância nas melhorias alimentares, apesar de

⁴³O trabalho de Susana Viegas (1988), realizado numa amostra de idosos do distrito de Coimbra, freguesia de Almalaguês, vai ao encontro das conclusões do presente estudo.

muitos salientarem a diferença entre alimentação em quantidade e de qualidade. Como salienta o trabalho de Vilarino & Lopes (2008), que procurar avaliar as concepções e atitudes dos idosos relativamente ao processo de saúde e doença verificou uma preocupação frequente com o tipo de alimentação consumida, relevando o predomínio da adopção da “dieta dos média” (Vilarino & Lopes, 2008: 68) como referem os autores que se encontra infelizmente a ganhar terreno à tradição cultural e social modificando o próprio gosto:

“Em algumas coisas estamos melhor, em outras piores. Nós evoluímos e a evolução é sempre positiva em qualquer sector, só que nós em termos de alimentação não evoluímos (...) quando alguém continuar a pregar, depois dos conhecimentos científicos que existem, que não há desvantagens em comer-se proteína animal, nós vamos continuar a consumi-la em doses maciças. Há um ditado francês que eu li que diz: - Comer menos para viver mais- Mas hoje não, hoje não é assim. Hoje comemos muito, hoje comemos de forma desmesurada.” (Feminino, 70 anos, Rural)

“Agora sim, agora come-se melhor, mas sem comparação alguma! Pode não fazer é tão bem com estes pratos, com estas coisas todas, não é tão bom, porque antigamente comia-se pouco mas era o puro, agora não! (...) E o problema agora é que a carne está mais barata que o peixe e isso está mal, está mal porque não é agora que isso se sente nem amanhã e só mais tarde, não é? Porque o peixe faz bem, faz melhor que a carne! (...). Por isso é que hoje andam todos gordos, anda tudo gordo!” (Masculino, 70 anos, Urbano)

“Quer dizer, não é por nós dizermos que comemos melhor que também comamos bem, por exemplo eu gosto muito de um pezinho de porco e uma orelha e a gente sabe que isso não é bom, mas cum caramba nem o meu pai nem a minha mãe morreram de nenhuma doença dessas que há agora! Os tempos também era outros e agora os tempos também são outros, temos de por tudo na balança.” (Masculino, 64 anos, Urbano)

É unânime nas narrativas dos idosos que uma alimentação saudável é considerada fundamental para uma vida saudável. Quando lhes é pedido para apresentarem uma noção de alimentação saudável, as suas ideias apresentam-se muito similares, relatando estes exemplos das suas práticas alimentares:

“Uma alimentação saudável é uma alimentação com poucos gorduras, poucos condimentos, os condimentos que eu ponho é tudo em cru não faço guisados já há muito ano (...) mas as comidas ficam saborosas na mesma, fazem mais devagarinho. Faço com menos sal, como verduras, gosto muito de verduras, sopa se eu puder todos os dias, e fritos muitos poucos.” (Feminino, 73 anos, Rural)

“Para mim o comer que é mais saudável, na minha ideia, é o feijão, o grão de bico, até aos chicharros, as couves, a sopa rica, bem feita. Aquilo que a gente devia comer mais nesta idade era a sopa, só que a gente agora estamos fidalgos e ricos, já não podemos comer sopa ao meio-dia e à noite, se comermos ao meio-dia já não podemos comer à noite e ao contrário também! Não é certo o que eu estou a dizer?” (Feminino, 73 anos, Rural)

“Olhe, eu acho que nós devíamos comer menos farináceos e mais saladas, não é? Eu quanto a mim penso isso, se calhar fazíamos melhor à saúde! Comer menos batatas, menos arroz, menos massa, eu massa nem lhe toco (...) mas pode até fazermos falta (...).” (Feminino, 64 anos, Urbano)

Em termos comparativos, o estudo de Bisogno (2012), vem reforçar a importância da metodologia qualitativa como fundamental na compreensão de como as categorias relacionadas com a alimentação saudável estão associadas com o contexto social e cultural de cada idoso e como estes interpretam as mudanças alimentares ao longo da vida. Reforça ainda o poder das investigações que tomam a perspectiva de curso de vida, sendo o presente estudo exemplo disso mesmo, focada nas continuidades e discontinuidades e como essas mudanças sociais, culturais, geográficas e históricas, ao longo da vida se vão acumular e fazer sentir nesta etapa. Partindo desta visão, quando os idosos falam de alimentação saudável e colam as suas práticas como definidoras desta mesma designação, os idosos estão a: *“construir e negociar a compreensão complexa e subjectiva da alimentação, do processo de comer e da saúde, através das suas próprias experiências pessoais e interações com outras pessoas e com o ambiente”*(Bisogno, 2012: 290).

Podemos considerar, relativamente aos rendimentos, visto que 50% da amostra afe-re mensalmente entre um valor igual ou inferior a 300 euros e igual ou inferior a 500 euros, que o seu poderio económico é limitado. É certo que esta limitação vai influenciar o acesso a alimentos e a qualidade destes, estando na linha dos determinantes sociais em saúde (Grieb, 2012). Como nos revela o estudo de Hunter & Worsley (2009), manter uma dieta

saudável com uma reforma reduzida prova ser um desafio resultando em mudanças prejudiciais nos consumos e hábitos alimentares dos idosos. Apesar da despesa com a alimentação ser uma despesa fixa é das primeiras a sofrer uma diminuição quando os rendimentos sofrem oscilações evitando-se os alimentos mais dispendiosos, neste caso os mais saudáveis como frutas e vegetais, porque uma proporção maior de seu orçamento é desviado para outros compromissos financeiros inalteráveis (Miranda, 2007; Conklin *et al.*, 2014). Aqui também o estatuto socioeconómico do indivíduo condiciona o tipo de alimentação que o mesmo pratica, condicionalismo que irá, invariavelmente, influenciar a sua saúde:

“A gente é um euro, é só um euro, mas 1 euro são 200 escudos, 200 escudos! E a gente agora anda a poupar os euros, porque não dá para nada, a gente quer ir a uma feira e não tem dinheiro para comprar nada. A gente chega a esta altura e já não tem dinheiro! Agora este mês foi o gás, que foram 80 e tal euros, é a luz que é sempre cento e tal, é uma feria logo que se vai embora! A gente vê-se e deseja-se para conseguir!” (Feminino, 67 anos, Urbano)

“Já vivi melhor (...). Hoje a gente às vezes come aquilo que nos dão, estás a perceber? Eu tenho noites que tenho muita dificuldade em adormecer, ainda hoje acordei eram umas 4 da manhã a pensar, pensar (...) não tenho noites de sono contínuas. Uma pessoa quando chega a velho pensa numa vida sossegada, numa vida tranquila, mas comigo não, isso não aconteceu.” (Masculino, 76 anos, Urbano)

“Oh menina, a gente não comprava porque não havia dinheiro. Havia a classe alta, a classe média e a classe pobre (...) mas agora já nem há média é só ricos e pobres, não é? Agora não, agora ou são ricos, ricos ou são pobres, pobres... nós antes ainda tínhamos trabalho, tínhamos tudo mais ou menos, e vinha o pobrezinho e nós até dávamos aquela esmolinha agora não, agora a gente dá pouco porque também está difícil para nós...” (Feminino, 73 anos, Rural)

3.3. O Gosto

Um entendimento mais aprofundando sobre o comportamento dos idosos tem de passar obrigatoriamente pela dimensão social e simbólica que esta adquire quando nos alimentamos, quando confeccionamos, quando nos sentamos à mesa e partilhamos o nosso gosto com o nosso mundo social (Bourdieu, 2006). Apesar da já conhecida importância dos as-

pectos nutricionais para compreender as necessidades do organismo, a dimensão social é fulcral no entender do próprio comportamento e escolhas alimentares (Bofill, 2004).

Os indivíduos servem-se da dimensão simbólica, neste caso o gosto alimentar, para se distinguirem de outros grupos sociais e, ao mesmo tempo, se identificarem com o seu e com as suas redes fundamentais (Bourdieu, 2006). No entanto, é necessário ter em consideração que apesar do gosto partilhado buscar identificação e uniformização, este também contribui para a distinção considerando o factor indivíduo, motivações individuais e a sua permissividade em obedecer, ou não, às regras impostas pela cultura (Bourdieu, 2006).

A variável alimentação é tão rica para nos fazer reflectir sobre a acção do homem visto que segundo Almeida e colaboradores (2013): *“alimentar-se é um ato vital, sem o qual não há vida possível, mas ao alimentar-se o homem atribui significados que vão além da utilização dos alimentos pelo organismo”*, (Almeida *et al.*, 2013:140), levando-nos a pensar sobre a relação entre cultura-natureza e simbólico-biológico (Leandro *et al.*, 2010).

O trabalho de Bofill (2004), ganha relevo neste ponto da discussão, visto que tenta compreender a experiência do envelhecimento através da análise do comportamento alimentar da relação dos indivíduos com os alimentos, partindo da hipótese que as práticas alimentares expressam e colocam em andamento: *“processos e relações sociais e afectivas, que têm significado dentro de um contexto histórico, social e pessoal específico”* (Bofill, 2004:386). A autora refere que nos testemunhos recolhidos na sua investigação, expressões como: *“perda de apetite”*, *“perda de interesse por cozinhar”* ou *“comer apenas por obrigação”* (Bofill, 2004:396), pode ser interpretado como um sentimento de insatisfação com as suas actuais relações sociais, podendo este fundamento ser apresentado como explicativo para a presente investigação quando os idosos relatam a falta de paciência, cansaço e solidão como justificação para a falta de prazer na confecção alimentar.

O gosto, a preferência ou a aversão, encontra-se espelhado nas narrativas dos idosos quando falamos de alimentação. Relativamente ao gosto por cozinhar, alguns idosos, maioria idosas, relatam que outrora gostavam muito de o fazer, mas que actualmente já não sentem o mesmo prazer seja por questões de cansaço, pelo facto de estarem sozinhas ou simplesmente pela falta de paciência que manifestam por terem ainda que lidar com essa preocupação:

“Sim, sim, sempre gostei muito de cozinhar sim. Agora já estou a ficar um pouco cansada, quer dizer, não é a ficar cansada é que a gente já não sabe o que é que há-de-fazer, é tanta comida, tanta refeição, que a gente nem sabe o que é que há-de co-

mer (...) para os doces eu também já não tenho paciência, quer dizer já tenho 67 anos e a gente vai perdendo a paciência para essas coisitas, também por outra, a gente não pode comer, tenho colesterol, também não me posso estar a meter muito em doces” (Feminino, 67 anos, Urbano).

Parece que já fico assim cansada e aborrecida de estar a fazer isto ou aquilo! E o meu neto às vezes diz que gostava que eu fizesse isto ou aquilo, mas eu digo logo que não, eu já não tenho paciência! (...) O meu filho já me tem dito que os bolos de bacalhau que eu compro não são nada como os que eu fazia, mas eu parece que olhe, não sei, também estou assim cansada, sabe? (...). Mas nunca é nada como a gente faz, nunca, não tem nada a ver! (Feminino, 74 anos, Urbano)

“Gosto muito de bacalhau cru, desfiado, com azeitonas e cebolas. Eu adoro isso! Prefiro isso que uma costeleta ou um bife! E gosto muito de caras de bacalhau, gosto mais do que uma posta de bacalhau cozida! O feijão, gosto de todo o tipo também, mas só para mim sozinha não estou para fazer essas coisas, faço coisas assim mais simples!” (Feminino, 64 anos, Urbano)

Muitas das preferências e aversões alimentares são justificadas pelos hábitos que os idosos praticaram desde crianças como também pelas mudanças que foi sofrendo a própria forma dos indivíduos se alimentarem e como estes vêm a alimentação. Apesar da maioria da nossa população, acima dos 60 anos, aderir à dieta ocidental processada e modificada, ‘esquecendo’ as suas práticas passadas, de certo modo relacionado com diferentes factores e determinantes sociais já discutidos, o gosto alimentar é apresentado como o gosto mais difícil de sofrer alterações (França *et al.*, 2010). Partindo desta ideia justificamos a prevalência amostrado gosto pela comida tradicional relacionado com o facto de este acompanhar o idoso desde o início da vida, trazendo estas práticas ligadas a si valores, simbologia e memórias que a contínua preferência traz à sua experiência actual (França *et al.*, 2010). De uma perspectiva nutricional é recomendado aos idosos o consumo de refeições ‘mais tradicionais’ visto que estas incluem diferentes produtos hortícolas e leguminosas, no entanto, muitos são os idosos que não precisam deste incentivo tendo em conta que as suas preferências alimentares, construídas ao longo da vida, vão ao encontro destes conselhos (Barbosa, 2013):

“Comida Tradicional Portuguesa! Nada de pizzas nem dessas coisas! Essas coisas agora da cozinha moderna, aqueles comeres que têm por base as manteigas, as

margarinas, não faço nada disso! (...). Eu não faço porque ele [marido] também não gosta, talvez deve ser por ele não gostar que eu não faço porque o difícil não é a gente adicionar essas coisas o difícil é a gente passar a gostar, e ele não gosta nada.” (Feminino, 63 Urbano)

“Eu por exemplo não como nada com manteiga nem margarina, não consigo! Leite nem vê-lo! E carne de vaca? Nem pensar, e se for cabra ou ovelha então adeus, isso não! E já tentei gostar, eu às vezes tenho pena de ver aí comer chanfana e eu não comer, tenho pena mesmo, eu acho o aspecto maravilhoso, mas só o cheiro (...). E se tiverem aqui a fazer pizza e a aquecer no microondas? Tenho de fugir de casa, é verdade! (...). Isto pode muito bem acontecer, se formos assim recuar um bocadinho no tempo, ao tempo em que eu nasci, não havia nada desses mimos e o leite, sem ser o materno, era todo para vender. (...). Agora, eu não posso levar a mal as novas gerações não gostarem porque os habituam a outros comeres (...) são outros tempos.” (Masculino, 64 anos, Urbano)

“Os meus filhos quando eram pequenos antes de irem para a cama eu dava-lhes um copo de leite e o meu filho mais velho também fez isso aos filhos dele mas hoje já não fazem isso, já evitam o leite, já evitam a carne, nem toda a gente assim é (...) Somos pessoas que nos tentamos esclarecer e informar, tentamos procurar respostas e quando abusamos procuramos depois compensar esse abuso. Nós temos consciência disso e isso é importante, já é alguma coisa! Não cortamos em tudo, mas já fazemos alguma coisa.” (Feminino, 70 anos, Rural)

3.4. A Concepção de Corpo

É natural, quando falamos de *status nutricional* e quando confrontamos os indivíduos com os seus números que tenhamos reacções díspares, sejam estas de espanto, vergonha ou apenas de confirmação de uma realidade quantitativa que diz muito a uns e pouco a outros. Os idosos não são excepção. Estes têm uma noção de corpo e de qual o lugar onde a sociedade o coloca: na margem, o corpo velho que foge da norma, do novo consumista (Minayo, 1998; Lima & Rivemales, 2013).

Como nos apresenta Lima & Rivemales (2013), o envelhecimento tem associado a si transformações corporais que junta preocupações relativas ao bem-estar, à saúde, à dor, à

doença, inerentes a este processo. No entanto, numa sociedade em que o corpo é *“um meio de expressão e de construção de identidades”* (Lima & Rivemales, 2013:160), em constante comparação com o modelo de corpo jovem e belo, o corpo velho apresenta-se em desvantagem apresentado a modernidade: *“uma utopia centrada no corpo, na saúde em aliança com a beleza”* (Lima & Rivemales, 2013; Aboim, 2014: 229).

Nesta investigação, as mulheres mostraram-se mais sensíveis a esta temática (Bassit, 2002). Mesmo quando não inquiridas directamente sobre o porquê do peso que apresentam, a maioria das idosas sente necessidade de justificar os valores apresentados na balança. Assim como no trabalho de Vilarino & Lopes (2008), as idosas mostraram preocupação com a sua imagem corporal e com a manutenção do peso corporal, exibindo sentimentos negativos de auto-percepção quando os valores de peso se apresentam elevados. Há quem atribua a justificação à transição entre a vida laboral e reforma que levou a uma paragem abrupta da sua rotina laboral, passando a ficar em casa acabando por reduzir a actividade física. Atribuem ainda ao período de gravidez e também ao tipo de medicação que se encontram a tomar:

“Olhe, eu quando me casei tinha à volta de 50 quilos, agora tenho 80, tá mau! Mas foi desde a altura que eu tive esse aborto foi quando eu comecei a ficar gorda porque eu trabalhava, trabalhava, andava sempre de um lado para o outro (...).” (Feminino, 73 anos, Rural)

“Eu até tenho vergonha de dizer quanto peso (...) eu devia pesar uns 60 ou 70, mas já não vou lá, já não lá chego (...). Eu quando era mais novinha era tão magrinha e comia tanto pão (...) a ver se engordava e não engordava nada! E agora quero emagrecer e não consigo! Eu sei o que é foi, eu tive os meus filhos e depois não me cuidei! Eu apetecia-me, comia! E eu acho que agora não consigo perder peso porque eu não faço ginástica nem nada disso, porque eu sofro muito dos meus joelhos e eu devia de fazer caminhadas e não faço.” (Feminino, 68 anos, Urbano)

“O meu médico já me disse que eu devia ter menos 10 quilos que eu tenho 77 quilos, mas isto também deve ser da medicação porque já houve um médico que me disse que o medicamento da cabeça tem influência, que abre o apetite e eu como agora estou em casa só me apetece andar a comer! Antes nem dava por isso porque também estava sempre ocupada, estava a trabalhar e isso tudo, agora como estou em casa pronto. Eu sei que estou forte, não devia estar tão forte!” (Feminino, 64 anos, Urbano)

no)

A modificação do corpo é sentida não apenas nas narrativas referentes ao seu peso, como também, nas narrativas de doença onde algumas idosas ressaltam preocupações como o receio de rejeição assim como também falam da saudade de uma juventude bonita e jovial contrastante com uma velhice onde essas características se vão, aos poucos, desvanecendo. O processo de envelhecimento acarreta principalmente para o gênero feminino uma perda de estatuto social devido, como já supracitado, à imagem que veicula a sociedade contemporânea de menos atratividade do ‘corpo velho’, numa sociedade: *“onde a atratividade é um dos aspetos que seguramente mais influência produz na valorização social da mulher”* (Minayo, 1998; Fonseca *et al.*, 2013):

“A minha Nora, quis-me juntar aí com um vizinho meu que na altura também ficou viúvo, estavam com aquele coiso de eu ficar sozinha (...) Mas ainda por cima isso agora tinha algum jeito eu sem um peito...a gente não sabe. O meu marido, que deus tem, nunca chegou a ver-me assim doente e depois sem a mama porque sei lá eu não sei como é que ele ia reagir porque muitos deixam as mulheres, há muitos maridos que deixam as mulheres...” (Feminino, 64 anos, Urbano)

“Eu digo-lhe uma coisa, eu tinha uns dentes que as pessoas chegavam perto de mim e perguntava-me o que é que eu lhes fazia porque eu tinha sempre branquinhos e eram bonitos, depois olhe foi uma miséria tanto que agora já não os tenho! Ainda ontem estava a comer um bocado de carne e a placa soltou-se logo do sítio.” (Feminino, 84 anos, Urbano)

A organização base das sociedades ocidentais em torno da idade, encontram-se relacionada com expectativas específicas para cada faixa etária reflectindo atitudes e escolhas que direccionam o nosso comportamento e que nos auxiliam na organização do conhecimento sobre nós e os outros (Lima, 2010). O problema destas ideias e atitudes em relação à idade prende-se com os papéis sociais que ao longo do tempo nos vão sendo impostos acabando os próprios idosos por interiorizar essas mesmas ideias como suas que acabam por moldar a nossa forma de conceber o envelhecimento e o idoso na sociedade: *“(...) atitudes negativas sobre o envelhecer e a velhice minam a confiança dos mais velhos em lidar com o mundo físico e social, tendo-se em menor conta”* (Lima, 2010:25).

Certamente que o universo conceptual relativamente à temática do corpo no idoso é

bem mais complexo do que a reflexão que aqui é discutida e apresentada, compreendida pelo facto de este ser apenas um ponto de discussão e não o foco principal da investigação, apesar da metodologia etnográfica ser bastante rica para percebermos outros parâmetros por onde seria possível explorarmos futuras investigações dentro desta questão.

3.5. Memórias de um Passado, preocupação com o Futuro

As vivências passadas podem quase ser classificadas como um segundo presente, pois são as experiências vividas ao longo do tempo e a forma como esses acontecimentos marcam o indivíduo, que se vão fazer sentir no seu presente influenciando as suas escolhas, atitudes e comportamentos actuais. É certo que a recordação melancólica de um passado jovem e despreocupado onde os cuidados com a alimentação e a saúde eram a última preocupação das outrora crianças, contrasta com um presente marcado pelo constante controlo da alimentação para que esta não prejudique a saúde. Com um quotidiano actual marcando pela doença na maioria dos idosos da amostra esta saudade de momentos tranquilos se levanta. Os idosos falam então com saudosismo desses tempos: saudades da época em que eram mais jovens e tinham mais saúde, saudades dos seus entes queridos, saudade da altura em que as pessoas conviviam mais, saudades da inocência, da sinceridade e honestidade que algumas pessoas acham que já se perdeu:

“Tenho saudades porque me sentia mais feliz porque não tinha mesmo nada [doença] e porque tinha saúde e era nova (...) tenho assim muitas saudades porque os meus pais eram bons, a minha mãe era santa, a minha mãe deve estar no Céu (...) a minha mãe está cá sempre dentro!” (Feminino, 68 anos, Urbano)

“Sim quando penso tenho saudade porque antigamente era diferente. Antigamente as pessoas comunicavam-se mais, estávamos mais juntos, era assim mais alegre. Hoje os miúdos parece que são mais individuais agora com essas coisas das ‘internetes’, tira um bocado essa coisa à maneira de convivemos uns com os outros, antigamente não, antigamente nós brincávamos todos juntos e era a nossa vida.” (Feminino, 73 anos, Urbano)

“Dantes tínhamos uma coisa, ao domingo à tarde, juntávamo-nos num banco que havia lá em baixo no largo, e sentávamo-nos lá a fazer renda, a fazer isto ou aquilo, na conversa (...). Agora? Não se vê ninguém, não se conversa com ninguém, eu cos-

tumo dizer que tenho tantas saudades desse tempo, acho que era tudo mais puro, mais sincero, a gente conversava tinha amigos (...) agora os amigos são todos falsos! Não vejo agora aquelas amizades cá do coração, eu não vejo! Mas pronto, era diferente (...). Era pobre, mas era alegre como diz o outro, a gente tinha mais alegria, não havia também tantas doenças nem tantas desgraças como agora, não é?”
(Feminino, 67 anos, Rural)

No que toca à perspectiva de futuro, poucos são os idosos interessados em falar sobre tópicos, existindo narrativas que demonstram entusiasmo e outras de incerteza em relação ao que ainda poderá vir. Falam abertamente sobre a morte e demonstram uma maior preocupação com o futuro dos seus filhos e netos e menos com o seu. De forma comparativa podemos fazer referência ao trabalho de Fonseca e colaboradores (2013), que demonstrou que os idosos não se encontravam preocupados com o avançar da idade, não atribuindo grande relevo ao facto de continuarem a envelhecer:

“Pois claro, vou viver aqui até morrer sim! (...). Mas olhe, eu acho que a área do terreno que ocupam os mortos fazia-se era casas para os vivos! (...). Os vivos devemos cuidar deles e estimar é quando eles cá estão! A última vez que a minha mãe fez anos dei-lhe um braçado de rosas que foram 80, toma lá 80 rosas! Pronto, e ela viu, não é?”(Feminino, 69 anos, Rural)

“Sim (...) sim sinto-me aqui bem e quero ficar aqui até puder (...) assusta-me ir para um lar porque se eu for para lá perco tudo aquilo que tenho! Eu aqui na minha casa faço o que quero, senão quero ver televisão não vejo! No lar sou obrigada a ver.”
(Feminino, 73 anos, Rural)

“Nós antigamente saíamos de um lado empregávamo-nos no outro, (...) agora estamos como estamos (...) está tudo a fechar, não há indústria, nós antes trabalhávamos mais na indústria. (...) Eles [filhos] deviam ter um emprego fixo para poderem fazer a vida deles porque senão estão sempre dependentes dos pais (...) Nesta questão está pior porque antigamente havia mais oportunidades e agora não (...) se as coisas já estão agora assim não sei como é que vais ser mais para a frente!” (Feminino, 61 anos, Urbano)

4. Conclusão

Através da objectiva da Antropologia Médica a presente investigação tentou compreender como as narrativas de vida são importantes no entendimento das mudanças alimentares ao longo da trajectória dos idosos e como estas influenciam o seu estado de saúde. Para tal além de terem sido mobilizadas diferentes áreas do conhecimento, foram também usadas duas metodologias de investigação, quantitativa e qualitativa, dentro da antropologia (sociocultural e biológica).

É obtida através da metodologia quantitativa uma percepção geral e descritiva de algumas características da amostra em estudo. A população amostral do distrito de Coimbra é apresentada como uma população com fracos rendimentos, com o ensino básico de escolaridade, com um *status nutricional* maioritariamente entre valores de excesso de peso e obesidade, polimedicada com alta frequência de morbilidades, com um baixo consumo diário de água e alguma ingestão de frutas e vegetais. O estado de saúde desta população amostral vai ao encontro das evidências de investigações nacionais e internacionais que apontam para um crescente aumento de condições crónicas em indivíduos a partir faixa etária em análise, em grande medida relacionado com o seu débil consumo alimentar e nutricional cada vez mais calórico, desequilibrado e desajustado (Conklin *et al.*, 2014).

A metodologia qualitativa vem demonstrar como este quadro acima descrito se espelha nas narrativas de vida dos idosos e como a análise intersubjectiva das mesmas nos pode apresentar algumas justificações para a influência da alimentação na saúde. Quando reportam aos seus hábitos alimentares presentes relatam-no em constante contraste com o passado, estejam estes a falar da quantidade de refeições diárias, o tipo de alimentos consumidos ou da quantidade ingerida. Isto decorre da forte marca do contexto social, económico e político vivido no Portugal do século XX em pleno Estado Novo. A maior disponibilidade alimentar aquando da entrada de Portugal na chamada sociedade de consumo é apresenta como outra macro influência na mudança alimentar. O padrão alimentar actual destes idosos é um 'híbrido' entre os hábitos passados e as transformações sofridas ao longo da trajectória de vida. A relação alimentação e saúde também é sentida nas narrativas. Para além do contraste expectável entre a tranquilidade com a saúde na juventude em comparação com a preocupação que agora ocupa no presente, os idosos relatam que as mudanças sentidas na alimentação com o passar dos anos como a grande causa de muitas doenças que 'não existiam' quando eram mais jovens. Apesar de reconhecerem as mudanças

positivas na alimentação não consideram que essas se tenham traduzido em qualidade alimentar, mas antes em quantidade. A persistência do gosto por certos alimentos e práticas alimentares passadas, sendo este gosto o mais difícil de sofrer alterações (França et al., 2010), é apresentada como justificação para a preferência da maioria dos idosos pela cozinha tradicional em comparação com a cozinha moderna. Os valores, significados e a memória fazem aqui também o seu papel de influenciadores. A concepção de corpo apresenta nestas narrativas também fortes relações com a alimentação. As idosas que apresentam excesso de peso associam-no primeiro ao abrandamento da actividade física com a transição para a reforma e depois com a suspensão de alguns cuidados alimentares que outrora tinham visto que agora algumas preferem comidas mais simples e rápidas de fazer.

Apesar da quantidade de estudos internacionais dentro da temática da antropologia do envelhecimento poucos são aqueles desenvolvidos em território nacional. No entanto, a zona centro já conta, nos últimos anos, com algumas investigações⁴⁴. O presente estudo apresenta-se como mais um importante contributo experimental que demonstra a tentativa da conjugação de duas visões distintas, uma mais descritiva e outra mais analítica em torno da interpretação de modo a compreender com maior detalhe a interface entre o consumo alimentar e como o contexto o pode influenciar e moldar.

O contributo desta investigação recai na necessidade de políticas de saúde que sejam eficazes no assegurar do acesso a um estilo de vida saudável a toda a população, principalmente aos grupos mais vulneráveis e/ou de baixos rendimentos, nos quais esta amostra se insere, reduzindo os custos dos alimentos saudáveis e promovendo o seu consumo. A promoção de educação para a saúde em idosos, uma limitação nas políticas em saúde portuguesas, apresenta-se como uma contribuição fundamental, visto que os indivíduos apesar de terem preferências das quais não pretendem abdicar, a educação sobre as formas como manter as suas preferências tornando essas mais saudáveis, poderão ser facilmente adaptadas integradas no seu quotidiano, que não é estático, que vai sofrendo influências durante todo o seu percurso de vida e mesmo nesta etapa, visto que nunca é tarde para aprender e para (re)começar a comer de forma equilibrada (Marmot & Wilkinson, 2008; Vilarino & Lopes, 2008).

⁴⁴Estudo de Susana Viegas (1988); Fernando Pereira (2014) e Joana Marques (2014).

A importância desta investigação e a necessidade de desenvolvimento de mais estudos que tenham em consideração as narrativas de vida parte da vantagem que esta abordagem apresenta ao investigar a forma como o contexto social, cultural, histórico, económico e político funciona como influenciador não apenas nas mudanças de consumo alimentar como também na saúde, ao longo da trajetória de vida.

Compreender como o mundo social (contexto, ambiente, comportamentos) influencia o nosso mundo biológico e como este, por sua vez, se torna parte desse mesmo mundo social, deve ser um aspecto medular a considerar de forma a auxiliar a nossa compreensão sobre as desigualdades em saúde e como estas poderão vir a ser reduzidas (Leon & Walt, 2001). Reforça também a riqueza de informação e conhecimento científico que adquirimos quando analisamos estes dois mundos como se apenas de um só mundo se tratasse. A capacidade de combinar diferentes disciplinas numa única análise, diferentes metodologias, quantitativa e qualitativa, olhando de forma holística para cada uma das experiências aqui exploradas faz com que a separação entre mundo social e mundo biológico se una através da mais humana das ciências, ao que podemos chamar de mundo antropológico.

5. Referências Bibliográficas

- Aboim, S. 2014. Narrativas do Envelhecimento: Ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social. Revista de sociologia da USP*, 26 (1): 207-232.
- Acuña, K; Cruz, T. 2004. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, 48 (3): 345-361.
- Afonso, C; Mendonça, D; Almeida, V.D.M. 2001. Saúde, actividade física e peso corporal: contributo para o seu conhecimento numa amostra da população adulta Portuguesa. *Revista Nutricias*, 1: 24-31.
- Alencar, A.N.; Aragão, B.C.J.; Ferreira, A.M.; Dantas, M.H.E. 2010. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 13(1):103-109.
- Almeida, C.I; Resende, C.D; Sette, S.R.2013. A etnografia: um modo de entender a alimentação da terceira idade. *Agroalimentaria*, 19(36): 127-145.
- Almeida, João. 1932. O estado novo. Lisboa, Parceria António Maria Pereira.
- Alves, P.C.; Rabelo, M.C. 1998. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Fiocruz, Rio de Janeiro: 107-122.
- Arking, R. 1991. *Biology of Aging: Observations and Principles*. Englewood Cliffs, New Jersey:Prentice Hall.
- Axinn, G.W.; Pearce, D.L. 2009. Motivations for Mixed Method Social Research. *Cambridge University Press*, 1-10.
- Baganha, B.J.M. 1994. As correntes emigratórias portuguesas no século xx e o seu impactona economia nacional. *Análise Social*, XXIX (128): 959-980.
- Barasi, E.M. 2003. *Human Nutrition: A health perspective*. Hodder Arnold Publisher. London.
- Barbosa, M. 2013. Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na Pessoa Idosa. *Associação Portuguesa de Nutricionistas*, 22-58.
- Barazzetti, R.; Siviero, J.; Bonatto, S. 2013. Estado Nutricional, Consumo de Calorias e Macronutrientes de Mulheres Participantes de uma Universidade da Terceira Idade no Sul do País. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 18(2): 331-347.
- Barreto, A. 1996. A situação social em Portugal, 1960-1999 Volume II. Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Bassit, A.Z. 2002 [2011]. História de Mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*, Fiocruz, Rio de Janeiro: 175-190.
- Bellamy, D. 1995. *Ageing: A Biomedical Perspective*. Chichester: John Wiley & Sons.

Bisogno, A.C; Jastran, M; Seligson, M; Thompson, A. 2012. How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44 (4): 282-301.

Bofill, S. 2004. Aging and Loneliness in Catalonia: The Social Dimension of Food Behavior. *AgeingInternational*, 29 (4): 385-398.

Bourdieu, P. 2006 [1979]. A Distinção: crítica social do julgamento. São Paulo, Zouk.

Brownie, S. 2006. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?.*International Journal of Nursing Practice*, 12: 110-118.

Buss, M.P; Filho, P.A. 2007. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Revista Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, 17(1): 77-93.

Cabral, M.V.; Ferreira, P.M.; Silva, P.A.; Jerónimo, P.; Marques, T. 2013. Processos de Envelhecimento em Portugal. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Carvalho, F.;Junior, T.R.; Machado, S.M.C.J. 1998. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, 14(3):617-621.

Casper, R.C. 1995. Nutrition and Its Relationship to Aging. *Experimental Gerontology*, 30 (3/4): 299-314.

Cauduro, A.; Gonçalves, J.A.; Cauduro, F.H.M. 2013. Factores Associados a Morar Sozinho e suas Diferenças Regionais em Idosos Residentes de Porto Alegre e Manaus. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 18(2): 349-365.

Center for DiseaseControlandPrevention: disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/> (consultado a 2/05/2016).

Chau, F.; Soares, C.; Fialho, J.A.S.; Sacadura, J.M. 2012. O envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa: Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Conklin, I.A.;Forouhi, G.N.; Suhrcke, M.; Surtees, P.; Wareham, J.N.; Monsivais, P. 2014.Variety more than quantity of fruit and vegetable intake varies by socioeconomic status and financial hardship. Findings from older adults in the EPIC cohort. *Appetite*, 83:248-255.

Cook, C.C.; Yearns, H.M.; Martin, P. 2005. Aging in Place: Home Modifications Among Rural and Urban Elderly. *HousingandSociety*, 32 (1): 85-106.

Cuche, D. 1999. A Noção de Cultura nas Ciências Sociais. Verbum. Editora Universidade do Sagrado Coração.

Dados Tabela 1: Apontamentos Demográficos Portugal 1991- 2015, (disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-7013&http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid>)

Dean, M.; Grunert, G.K.; Raats, M.M.; Nielsen, A.N.; Lumbers, M. 2008. The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly. *Appetite*, 50: 308-315.

Debert, G.G. 1994. Pressupostos da Reflexão Antropológica sobre a Velhice. Departamento de Antropologia do IFCH/ UNICAMP, 7-27.

Delaney, M.; McCarthy, B.M. 2014. Saints, sinners and non-believers: the moral space of food. A qualitative exploration of beliefs and perspectives on healthy eating of Irish adults aged 50–70. *Appetite*, 73 :105-113.

Deponi, N.R.; Acosta, F.A.M. 2010. Compreensão dos Idosos sobre os Factores que Influenciam no Envelhecimento Saudável. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 15(1): 33-52.

Devine, C.M. 2005. A Life Course Perspective : Understanding Food Choices in Time, Social Location, and History. *JournalofNutritionEducationandBehavior*, 37(3): 121-128.

Elias, N. 2001. A Solidão do Moribundos seguindo de Envelhecer e Morrer. Jorge Zahar Editor Ltda. Rio de Janeiro.

Evans, J.R. 2009. A Comparison of Rural and Urban Older Adults in Iowa on Specific Markers of Successful Aging. *JournalofGerontological Social Work*, 52: 423-438.

“Factos sobre o consumo em Portugal”: <http://www.comparaja.pt/>.

Ferreira, F.A.G. 1989. Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo. O caso Particular de Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, F.A.G. 1990. História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Lisboa, FundaçãoCalousteGulbenkian.

Fogelholm, M; Valve, R; Absetz, P; Heinonen, H; Uutela, A; Patja, K; Karisto, A; Konttinen, R; Makela, T; Nissinen, A; Jallinoja, P; Nummela, O; Talja, M.2006. Rural–urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 632-640.

Fonseca, M.A.; Duarte, D.; Moreira, S. 2013. Percepções de Envelhecimento e Regulação do Self. *Revista Electrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 3(1): 93-117, (disponível em: <http://www.epsi-revista.webnode.pt/>).

Foucault, Michel (1994 [1976]), História da Sexualidade I: a vontade de saber, Lisboa, Relógio de Água.

França, A. J. 1992. Os anos vinte em Portugal: estudo de factos socioculturais. Lisboa: Presença.

França, C.C.M.;Siveiro, J.; Guterres, S.L. 2010. Da Banha de Porco ao Leite Desnatado: Um Estudo Antropológico Sobre Percursos e Práticas Alimentares Entre Idosos de um Grupo de Terceira Idade. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 15(1):11-31.

- Gaspar, T.; Matos, G.M.; Luszczynska, A.; Baban, A.; Wit, J. 2014. The impact of a rural or urban context in eating awareness and self-regulation strategies in children and adolescents from eight European countries. *International Journal of Psychology*, 49 (3):158-166.
- Graça, P; Gregório, M.J. 2012. Evolução da Política Alimentar e de Nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. *Revista SPCNA*, 18 (3): 79-96.
- Graça, P; Gregório, J.M. 2015. Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal. *Revista da Direção Geral de Saúde*, 4: 37-41.
- Greib, C.T.L. 2012. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1):123-133.
- Grimberg, M. 1998. Relações entre epidemiologia e antropologia. *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Fiocruz, Rio de Janeiro: 95-106.
- Holanda, B.L.; Filho, B.A.A. 2006. Métodos aplicados em inquéritos alimentares. *Revista Paulista de Pediatria*, 24(1): 62-70.
- Hughes, G.; Bennett. M.K.; Hetherington, M.M. 2004. Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite*, 43 :269-276.
- Hunter, W; Worsley, T. 2009. Understanding the older food consumer. Present day behaviours and future expectations. *Appetite*, 52:147-154.
- Hwang, E.; Kwon, J.H.; Beamish, J.; Koh, S. 2015. Aging in Place: A Rural-Urban Comparison in Jeju Island, South Korea. *Housing and Society*, 41 (2): 229-245.
- INE & PORDATA. 2013. A Aplicação da Tipologia de áreas urbanas à região centro, (disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt).
- INE & PORDATA. 2013. Números dos municípios e regiões de Portugal. Quadro-resumo: Coimbra.
- INE & PORDATA. 2013. Números dos municípios e regiões de Portugal. Quadro-resumo: Condeixa-a-Nova.
- INE: Instituto Nacional de Estatística. 2010. Classificação Portuguesa das Profissões. 11ª Edição.
- Jarman, M.; Ogden, J.; Inskip, H.; Lawrence, W.; Baird, J.; Cooper, C.; Robinson, S.; Barker, M. 2015. How do mothers manage their preschool children's eating habits and does this change as children grow older? A longitudinal analysis. *Appetite*, 95:466-474.
- Jornal "O Público": <http://www.publico.pt/destaque/jornal/o-quotidiano-de-miseria-e-privacoes-no-ano-em-que-houve-um-superavit-25019399>.
- Kamp, J.B.; Wellman, S.N.; Russell, C. 2010. Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: Food and Nutrition Programs for Community-Residing Older Adults. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 42:72-82.

- Lains, P; Ferreira, E.N. 2007. Portugal em Análise Antologia. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Leandro, E.M; Leandro, S.S.A; Henriques, B.V. 2010. Alimentação Familiar: os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 62: 57-80.
- Leon, A. D; Walt, G. 2001. Poverty, inequality, and health: an international perspective. Oxford University Press.
- Lima, M.F.C; Rivemales, C.C.M. 2013. Corpo e Envelhecimento: Uma Reflexão – Artigo de Revisão. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*. Porto Alegre, 18(1): 153-166.
- Lima, P.A.; Viegas, M.S. 1988. A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. *Psicologia*, 6(1): 149-158.
- Lima, P.M. 2010. Envelhimentos. Imprensa Universidade de Coimbra.
- Lock, M. 1994. Encounters With Aging: Mythologies of Menopause on Japan and North America. University of California Press. Berkeley/ Los Angeles/ London.
- Lowenstein, F.W. 1986. Nutritional Requirements of the Elderly. *Nutrition Aging, and Health*, 9: 61- 90.
- Loewenstein, G.; Price, J.; Volpp, K.; 2016. Habit formation in children: Evidence from incentives for healthy eating. *Journal of Health Economics*, 45:47-54.
- Machado, S.J; Souza, V.V; Silva, O.S; Frank, A.A; Soares, A.E. 2006. Perfil nutricional de idosos atendidos em ambulatório de nutrição da policlínica José Paranhos Fontenelle na cidade do Rio de Janeiro. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*. Porto Alegre, 10:57-73.
- Manso, S.I.H. 2013. Factores que foram determinantes para a melhoria do nível de Saúde em Portugal. Dissertação apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências da Saúde.
- Marmot, M; Wilkinson, G.R. 2008. Social Determinants of health. Second Edition. Oxford, University Press.
- Marshall, D. 2005. Food as a ritual, routine or convention. *Consumption Markets & Culture*, 8(1): 69-85.
- Martins, R.C.; Albuquerque, B.J.F.; Gouveia, A.N.N.C.; Rodrigues, F.F.C.; Neves, S.T.M. 2007. Avaliação da Qualidade de Vida Subjectiva dos Idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 11:135-154.
- Matos, Helena. 2013. Os filhos do zip-zip. Portugal nos anos 70: A televisão, os brinquedos, os primeiros supermercados, a vida nas urbanizações dos subúrbios. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Meydani, M. 2001. Nutrition Interventions in Aging and Age-Associated Disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 928:226-35.

- Minayo, M.C.S. 1998. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Fiocruz, Rio de Janeiro: 29-46.
- Miranda, D.J.B. 2007. A cultura alimentar nos grupos domésticos: Cascais 1960-2005. Lisboa.
- Morais, C.; Afonso, C.; Lumbers, M.; Raats, M.; Almeida, M.D.V. 2012. From Childhood to old age - A qualitative approach to the study of portuguese elderly's perception of meals across the life cycle. *Revista Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*, 18(1): 8-18.
- Morais, C; Oliveira, B; Afonso, C, Lumbers; M, Raats; M, Almeida, V.D.M. 2013. Nutritional risk of European elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67:1215-1219.
- Mota, A.P.; Figueiredo, P.A.; Duarte, J.A. 2004. Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1):81-110.
- Mota, P.S.M.; Ferreira, M.C.; Janebro, I.D.; Queiroz, R.I.; Queiroz, R.S.M. 2010. Diagnóstico de uma População da Terceira Idade. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 15(2): 255-264.
- Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que “envelhecer bem deve ser prioridade global”, (disponível em :<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>).
- Myerhoff, B. 1980. *Number Our Days*. Simon & Schuster Publisher. New York.
- Nogueira, Franco. 1981. História de Portugal 1933:1974: II Suplemento. Porto, Civilização.
- Paz, A.A.; Santos, L.R.B.; Eidt, R.O. 2005. O Processo de Envelhecimento e a Vulnerabilidade Individual, Social e Programática. *Revista de Enfermagem*, 19-31.
- Paz, R.F.; Guterres, C.; Stanisquaski, L. 2009. “Isso eu Aprendi num Grupo da Terceira Idade”: Um Estudo Antropológico Sobre Práticas Alimentares e Envelhecimento. *Revista Multidisciplinar da UNIESP*, 7: 44-56.
- Peres, Emílio. 1994. *Saber comer para melhor viver, versão actualizada de Alimentação Saudável, Segunda Edição*. Lisboa: Caminho.
- Pinto, M.A. 2006. Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2(11): 74-86.
- Pholphirul, P. 2014. Healthier and Happier? The Urban-Rural Divide in Thailand. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(8): 973-985.
- Plural (Planeamento Urbano, Regional e de Transportes, Unipessoal, Lda). 2009. Estudo de Caracterização. 1ª Revisão do Plano Diretor Municipal de Condeixa-a-Nova. Volume 1. (corrigido em Julho de 2012/Setembro de 2013).
- Rabello, N.; Anderson, P.I.M. 2011. Hábitos Alimentares e Prática de Atividades física em escolares: relato de uma experiencia de educação em saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 14(2): 239-249.

“Retornados, uma história de sucesso para contar”
in: <https://www.publico.pt/temas/jornal/retornados-uma-historia-de-sucesso-por-contar-28145408>.

Risman, A. 2010. Envelhecimento: um processo multideterminado e multideterminante? *Revista Portal de Divulgação*, (disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>).

Risso, A. C. 2008. “A distinção: crítica social do julgamento”. *Matrizes*, 2(1): 252:256.

Roberto, José. 2010. Os anos 60: a era em que o mundo mudou: 1960-1969. Lisboa, Planeta DeAgostini.

Rosas, F. 1990. Portugal entre a paz e a guerra: Estudo do impacte da II guerra mundial na economia e na sociedade portuguesas (1939-1945). Lisboa, Estampa.

Rosas, F. 2004. Portugal Século XX (1890-1976): Pensamento e Acção Política. Lisboa, Editorial Notícias.

Rubinstein, L.R.; Keith, J.; Shenk, D.; Weiland, D. 1990. *Anthropology and Aging: Comprehensive Reviews*. Glummer Academic Publishers. Dordrecht/ Boston/ London.

Rugel, J; Carpiano, M.R. 2015. Gender differences in the roles for social support in ensuring adequate fruit and vegetable consumption among older adult Canadians. *Appetite*, 92: 102-109.

Russel, H.B. 2006. *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. ROWMAN & LITTLEFIELD PUBLISHERS. Oxford.

Salmazo-Silva, H; Lima-Silva, T.B; Barros, T.C; Oliveira, E.M; Ordonez, T.N; Carvalho, G; Almeida, E.B. 2012. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6): 97-116.

Sampaio, R.L. 2004. Avaliação Nutricional e Envelhecimento. *Revista de Nutrição, Campinas*, 17(4):507-514.

Santos, B.S. 1990. *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto. Edições Afrontamento.

Santos, M.D; Sichieri, R. 2005. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 39(2):163-168.

Santos, M.D.; Oliveira, M.P.M.B.; Rodrigues, P.S.S.; Almeida, V.D.M. 2014. Effect of sociodemographic variables and time on food group contribution to total food availability in portuguese elderly households. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18(5): 471-478.

Scholz, H.R. 2009. Habitus de classe expressado pelo capital simbólico: uma revisão da obra de Pierre Bourdieu A Distinção. *Ciências Sociais Unissinos*, 45(1): 88-91.

Sequeira, A.; Silva, N.M. 2002. O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 505-516.

- Sharps, M.; Robinson, E. 2015. Perceived eating norms and vegetable consumption in children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(135): 1-4.
- Shepard, R.J. 1986. Nutrition and the Physiology of Aging. *Nutrition Aging, and Health*, 9: 1-24.
- Siegrist, J; Marmot, M. 2006. Social Inequalities in health: New evidence and policy implications. Oxford, University Press.
- Silva, S.A.D. 2011. Perfil Sociodemográfico e Antropométrico de Idosos de Grupos de Convivência. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*. Porto Alegre, 16 (1):23-39.
- Smith, C.;Morton, W.L. 2009. Rural Food Deserts: Low-income Perspectives on Food Access in Minnesota and Iowa. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(3): 176-187.
- Sixsmith, J.; Sixsmith, A.; MalmgrenFänge, A.; Naumann, D.; Kucsera, C.; Tomsone, S.; Haak, M.; Dahlin-Ivanoff, S.; Woolrych, R. 2014. Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. *Social Science & Medicine*, 106:1-9.
- Sobczak, D. 2014. Population Ageing in Europe: Facts, Implications and policies. Directorate-General for Research and Innovation Socioeconomic sciences and humanities. European Commission.
- Trench, B; Costa Rosa, T.E. 2011. Velho outro? Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. *Instituto de Saúde, São Paulo*:17-20.
- Tucker, K.L.;Buranapin, S. 2001. Nutrition and Aging in Developing Countries. *Journal of Nutrition*, 131: 2417–2423.
- Uchôa, E.; Vidal, M.J. 1994. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 10 (4): 497-504
- Uchôa, E; Firmo, J.O.A.; Lima-Costa, M.F.F.2002 [2011]. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Fiocruz, Rio de Janeiro: 25-36.
- Viegas, M.S. 1994. Enigmas: experiência social do envelhecimento. Trabalho apresentado para a realização das Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica. Coimbra. Departamento de Antropologia.
- Viegas, M.S; Gomes, G.C.2007. A identidade na velhice. Porto. Ambar.
- Vilarino, M.A.M.; Lopes, M.J.M. 2008. Envelhecimento e Saúde nas Palavras de Idosos de Porto Alegre. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 13(1):63-77.
- Vinuto, J. 2014. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas, Campinas*: 22(44): 203-220.
- Vitolins, Z.M.;Tooze, A.J.; Golden, L.S.; Arcury, A.T.; Bell, A.R.; Davis, C.; Devellis, F.R.; Quandt, A.S. 2007. Older Adults in the Rural South Are Not Meeting Healthful Eating Guidelines. *Journal of the American Dietetic Association*, 107:265-272.

- Viude, A. 2009. Envelhecimento, cultura e sociedade. *Revista Kairós: Caderno Temático*, 4:59-70.
- Wachholz, A.P.; Masuda, Y.P. 2009. Caracterização e Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos Segundo dois Critérios Diagnósticos Diferentes. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, 14(1): 95-106.
- Whitten, P; Kailis, E. 1999. EUROSTAT. Housing Conditions of the Elderly of the EU.
- WHO. 2000. Technical Report: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva.
- WHO. 2002. Active Ageing: A policy Framework. World Health Organization.
- WHO. 1948. Health Definition, (disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>)
- WHO. 2010. Technical Report: Hidden Cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings.
- WHO. 2015. Ageing and Health, (disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>)
- WHO (Europe). 2016. Body Mass Index - Nutritional Status, (disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>).
- WHO. International Classification of Diseases. 2016. ICD-10 Version: 2016, (disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en - /XIV>).
- Wickens, P.A. 1998. The causes of aging. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Wiseman, G. 2002. Nutrition and Health. Taylor & Francis Publisher. London and New York.
- Young, A. 1986. Preface. *Nutrition Aging, and Health*. Alan R. Liss., New York , Volume 9.

6. Anexos

Anexo A – Guião das Entrevistas

Entrevista

Dados Biográficos

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Nº Filhos: _____ Local residência: _____ Anos residência local: _____

Anos vive casa actual: _____ Escolaridade: _____

Reformado: Sim: ___ Não: ___ Ano Reforma: _____ Último Emprego: _____

Rendimento mensal: _____ **Autoavaliação** dos seus rendimentos (boa/suficiente/má)

PASSADO

1. Fale-me um pouco da sua infância. Onde nasceu e cresceu

- Abundância /Dificuldade
- Anos criança.

Práticas alimentares da memória:

- O que mais costumava comer na infância? Quem preparava? O que se comia num dia normal?
- Em dias de festa (aniversários/natal/páscoa) o que se lembra de comer? O que mais gostava desses dias especiais? Juntava-se toda a família?
- Quais eram suas preferências e aversões alimentares em criança (ainda se mantêm)?
- Já tinha fogão/frigorífico? Se não, como faziam para preservar os alimentos?
- **Rural/ Urbano:** o que cultivavam? O que se comia da terra? É o mesmo que hoje? Quais as diferenças?
- Com quem vivia? Pai/mãe/irmãos/avós? Como era a relação com a família?

2. Cozinha

- Confeccção, aprendeu a cozinhar? Se sim, quem ensinou? Quais aqueles ensinamentos que não esquece?
- Se cozinava, gostava de o fazer? Gostava de cozinhar para família e amigos? Que receitas gostava mais/menos de cozinhar?
- Quando fazia refeições sozinho(a) cozinava ou comia alguma coisa rápida? E actualmente?
- Quais são os cozinhados dos quais tem mais saudades quando era criança? Quais são os que guarda recordações (boas e más)? Pode partilhar essas recordações?
- Existia diferença na comida feita durante a semana e ao fim de semana? Porquê? O fim-de-semana é quando se junta a família? Domingo é um dia especial?

3. A Vida Laboral

- Profissões que exerceu durante a vida laboral.
- Teve de migrar? Porquê? Como foi esse período da sua vida? Quando voltou?
- Tinha tempo para comer? Coisas rápidas? Fazia pausa almoço? O que comia?
- Durante as horas de trabalho o que comia? Quantas horas trabalho/dia? Como geria o seu tempo?
- Influência trabalho na rotina diária - tinha de deixar tudo pronto antes de ir trabalhar? (Homem/**Mulher**).

4. Casamento e Filhos

- Casou? Se sim, mudou de casa ou não? Como foi esse período? Mudou-se para longe família/amigos?
- Se não casou, continuou a viver com os seus pais (pessoas criaram) ou saiu de casa? Quando ocorreu essa mudança e porquê? Mudou-se para longe da família/amigos?
- Quando saiu casa como se sentiu nesta fase? Mais responsabilidades/ser mãe/pai?
- Quando começou a cozinhar para companheiro(a) e filhos, os seus hábitos mudaram? Cozinhava o que gostava ou o que eles pediam?
- Evitava fazer alguma comida? Qual(ais) e porquê? (exemplo, porque não achava saudável, não gostava...)
- Em termos de **rendimentos**, havia dinheiro para todos os gastos ou passou dificuldades?
- Quando o dinheiro apertava onde é que cortava? (alimentação?) O que é que se comia mais/menos?

5. Hábitos Alimentares na Vida Adulta

- Teve algum episódio de doença na vida adulta que o tivesse feito mudar de hábitos alimentares? Se sim, qual e o que mudou?
- Mesmo sem episódio de doença adoptou alguns cuidados na vida adulta relativos à alimentação? Se sim quais e porquê? (exemplo: para controlar colesterol, para me sentir melhor comigo...)
- Passou por algum episódio marcante na vida adulta que tivesse feito mudar os seus hábitos, a sua forma de viver? (perdas amigos/familiares/acidentes...) O que mudou?
- Perda companheiro - mudança de hábitos? O que mudou na sua vida aquando desta perda? Passou a viver sozinho(a)?

PRESENTE

Antropometria

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Circunferência da Cintura (cm): _____

Saúde

Medicação _____ (nº) _____ **medicamentos/dia:** _____

Morbilidades _____ (doença(s)): _____

Mobilidade: **Reduzida:** _____ **Auxílio Instrumental** (Bengala/Cadeira-rodas): _____ **Normal:** _____

Autoavaliação do estado de saúde (Excelente/Muito Bom/Bom/Razoável/Mau)

1. Na Actualidade

- Com quem vive? (Cônjuge, Filhos, sozinho ...)

- Vive perto família e amigos?
- Frequência que fala familiares e amigos? Frequência que se reúne com a família?
- Relação actual com a família e amigos.
- Auxílio para realizar as **actividades de vida diárias (AVD)**: usar transportes, fazer compras, tomar medicação, gerir dinheiro, preparar refeições, tarefas casa, comer, levantar, deitar, andar e tomar banho.
- Principal pessoa que a/o ajuda no quotidiano.
- Quais são as dificuldades que enfrenta no seu quotidiano que fazem com que necessite de ajuda de outrem?
- Satisfação com a localização (rural/urbano)?
- Em comparação com a casa da sua infância e adultez sente que vive em melhores ou piores condições?
- O que gosta do sítio onde vive? Há quanto tempo aqui vive? Tem família/amigos que dão apoio se precisar?
- **Reformado** - como foi quando deixou de trabalhar? Sentiu mudanças na transição trabalho-reforma? Foi um tempo difícil ou era algo que já desejava há muito? Agora que é reformado, que actividades realiza para se manter ocupado?

2. Alimentação

- Acha importante ter uma boa alimentação? Porquê?
- O que é para si ter uma alimentação saudável?
- Faz refeições sozinho/ acompanhado?
- Come por prazer/ necessidade ou ambos?
- Sente que come mais quando (está sozinho/ acompanhado/ em família? quando se sente triste?)
- Consumo frutas e vegetais (quantidade e regularidade)
- Cozinhar/ Não cozinha (antes não cozinha e agora cozinha - porquê? e vice versa) quais as diferenças que sente? gosta mais/menos? é mais/menos cansativo?
- Come o que quer/gosta ou escolhem por si? Quem é que faz a sua alimentação? E gosta? Se pudesse o que mudava? Acha que come melhor ou pior que antes?
- Com quem tem o hábito de fazer refeições.
- Ainda costuma fazer/comer as comidas que gostava? Se NÃO, porquê? (saúde/por não saber fazer)
- Quando é que vai ao médico? quando é preciso/ frequentemente
- Obedece às orientações relativas à dieta indicadas pelo **médico**? nos dias de festa costuma abusar? o que é que costuma comer, mas sabe que não pode? faz alguma coisa para compensar esse abuso?
- Opinião sobre a alimentação que os mais novos praticam hoje pedir para fazer uma comparação para a alimentação que fazia quando era mais jovem.
- A sua saúde trouxe mudanças na sua alimentação? Se sim que mudanças e quais as doenças responsáveis.
- O que é que já não pode comer que antes comia? Sente falta desses alimentos?
- Teve de mudar a alimentação por causa de familiares? questões saúde? Perda de dentes (comidas duras) / problema gengivas/problemas cardíacos/diabetes (...)
- Qual é a sua comida preferida? Ainda pode ou já não pode comer?

- Os seus filhos/netos/familiares mostram-se preocupados com os seus hábitos alimentares?
- Quais são aqueles produtos, que se recorda, que não havia na sua infância e hoje consome?

2.1 HÁBITOS ALIMENTARES

Pequeno- almoço: O _____ que _____ come

Meio da manhã: O que come

Almoço: O que come

Meio da tarde: O que come

Jantar: O que come

- Tem o hábito de beber água diariamente? 1.1.Quantidade: <1 litro:___ > 1litro:___ (COPOS):

- Consome bebidas alcoólicas? Se SIM, com que frequência?: (Diária/ Semanal/Esporádico)
- Consome de refrigerantes (Sumos)? Com que frequência?: (Diária/ Semanal/Esporádico)
- Quantas porções de fruta come diariamente? (0,1,2, ou mais)
- Com que frequência come vegetais?: (Diária/ Semanal/Esporádico)

3. Festividades

- Como são agora? Ainda cozinha, ajuda na preparação das refeições? Do que é que tem saudades que fazia antigamente nestas alturas em família que agora já não faz?
- Costuma ainda estar com a sua família (filhos/netos) - nas festividades juntam-se?
- Como se sente quando partilha essas refeições? Faz voltar ao passado? Gosta de comer acompanhado? O que sente quando está em família a partilhar uma refeição?
- Se já não cozinha, tem pena? O que sente quando pensa nisso?
- Continua a ter o mesmo prazer pela comida? e por partilhar esses momentos em família?

FUTURO

1. Bem-estar subjectivo e optimismo (satisfação com a vida/ felicidade e optimismo em relação ao futuro)

- Preocupações em relação ao futuro
- Pensa em manter os mesmos hábitos alimentares?
- Sente-se uma pessoa feliz e realizada?
- Sente-se uma pessoa saudável para a sua idade e para os problemas que tem?

- O que sente quando pensa na sua história? Saudades?
- Sentimentos de solidão
- No futuro pensa continuar a viver no mesmo local?
- Sente que o lugar onde vive é bom? Sente falta de algum serviço que acha que devia estar mais perto de si? (exemplo: farmácia/supermercado)

Anexo B – Consentimento Livre Esclarecido e Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação⁴⁵

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

A presente investigação: “*Avaliação do estado nutricional e hábitos alimentares na população sénior em ambiente rural e urbano*”, realizada no âmbito do projecto de dissertação, para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, pela Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Jorge Varanda, pretende avaliar o estado de saúde e os hábitos alimentares, ao longo da vida, da população sénior do distrito de Coimbra.

Para a realização da mesma, é pedido ao participante a realização de uma **entrevista** e a autorização para a recolha de **dados antropométricos** (peso, altura, circunferência da cintura).

A aluna responsável, garante a **confidencialidade** de todos os participantes na investigação e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, assegurando que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Ao assinar este consentimento, o participante declara-se ciente dos objectivos e metodologia, **concordando** em participar na presente pesquisa, autorizando a aluna a utilizar as avaliações realizadas em investigação académico-científica.

Agradecemos a sua colaboração na presente investigação.

O orientador

Assinatura:

A aluna responsável

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. 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 pela investigadora.

Nome:

Assinatura: Data:
/...../.....

Se não for o próprio a assinar por incapacidade

Nome:

BI/CD N°: Data ou Validade /..... /.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura _

**Este documento é composto por 1 página e feito em duplicado:
Uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente**

⁴⁵ Baseado no modelo: http://portal.arsnorte.min-sau-de.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

Anexo C – Aldeia de Bruscos – Vista Geral

Aldeia de Bruscos – Vista Geral⁴⁶



⁴⁶ Imagem retirada do último estudo de caracterização da população de Condeixa-a-Nova, realizado pela respectiva Câmara Municipal, corrigido entre julho de 2012 e setembro de 2013 (Plural, 2009).