



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

“Adesão a recomendações de ingestão de água, em idosos: Preditores psicossociais e efeitos da comunicação de informação com uso de âncoras de referência”

Melina Sofia da Silva Caldeira

Orientação: Professor Doutor Rui Gaspar de Carvalho

Mestrado em PSICOLOGIA

Área de especialização: *Psicologia da Educação*

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia da Educação

**“Adesão a recomendações de ingestão de água, em idosos:
Preditores psicossociais e efeitos da comunicação de informação com
uso de âncoras de referência”**

Melina Sofia da Silva Caldeira

Orientador:
Prof. Doutor Rui Gaspar de Carvalho

Maio de 2016

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor Rui Gaspar de Carvalho, pela paciência, dedicação, compreensão, transmissão de conhecimentos e atitude única para comigo.

Ao Samuel Domingos, que tão prontamente me ajudou na recolha de dados e dúvidas respeitantes a todo o processo.

Aos idosos que se voluntariaram na recolha de dados, e nos pré-testes, os meus tios-avós e a avó Maria Guerreiro, bem como à Associação de Reformados e Pensionistas Idosos de Évora, e aos colegas de licenciatura que me facultaram o acesso a estes. À Associação de Reformados e Pensionistas Idosos da Freguesia Senhora da Saúde, Associação de Reformados e Pensionistas Idosos da Freguesia dos Canaviais, Associação de Reformados e Pensionistas Idosos de Montemor, Associação de Reformados e Pensionistas Idosos da Freguesia da Horta das Figueiras, Associação de Reformados Idosos da Freguesia da Malagueira e aos idosos de Arraiolos.

Um muito obrigada a todos os que também contribuíram por intermédio do meu colega Samuel, à minha mãe e à Anna que me ajudaram a recolher mais dados com outros participantes, cujo acesso poderia ser dificultado sem a sua ajuda.

À professora Sílvia Luís agradeço toda a atenção que me deu e a sua boa vontade em nos ajudar. Fica este sincero obrigado por tudo.

Aos autores dos testes que utilizei no meu procedimento, que ao mos permitirem utilizar tornaram este estudo mais robusto, como atualmente se apresenta. Obrigada também ao Professor Diniz, à Vanessa Santos, à Patrícia Demétrio e ao Samuel Domingos, que, com os seus conhecimentos, respetivas dissertações e conselhos me familiarizaram com o nível de conhecimento que tinha de adquirir para realizar esta tese.

À minha família, pelo empenho em tornar possível esta longa caminhada e por acreditarem nas minhas capacidades em alturas tão difíceis. À minha avó, Melina, que mesmo não estando mais cá, esteve sempre comigo nos meus momentos de dura provação, quando mais precisei da sua inspiração de vida para continuar.

Um obrigada aos meus amigos que estiveram comigo sobretudo neste tempo tão atribulado, dando-me ânimo, celebrando comigo, nunca me deixando falhar a força, pela paciência e compreensão.

Obrigada aos meus colegas de mestrado que, por se encontrarem na mesma fase que eu, partilhámos momentos de angústia, dúvida e inquietação com tudo o que circunda o processo de constituição de uma dissertação de mestrado.

Aos colegas e pessoas que se interessaram pela minha tese, manifestando alguma curiosidade no que poderiam ser possíveis conclusões e transposições deste estudo para as minhas atividades futuras.

Aos meus estudantes estrangeiros Erasmus, Emmasia e tantos outros que foram responsáveis pela inspiração prática da realização deste estudo, que creio que facilitaria imensamente o trabalho de qualquer mestrando, e que toda a tese deveria ter. Por me instigarem a crença que o trabalho que estava a desenvolver era determinante para a vida dos envolvidos, para a minha, e também dos futuros grupos com os quais viria a trabalhar.

A todos os que contribuíram de algum modo para que este passo pudesse ser dado da forma como foi, pelos ensinamentos transmitidos, pelo interesse e carinho. Um sincero Obrigada a todos!

“Adesão a recomendações de ingestão de água, em idosos: Preditores psicossociais e efeitos da comunicação de informação com uso de âncoras de referência”

Resumo

Sendo os idosos um grupo de risco face a desidratação, torna-se particularmente relevante desenvolver estratégias eficazes de comunicação em saúde para o incremento da adesão a recomendações médicas para ingestão de água. Com este objetivo procurámos avaliar os efeitos da comunicação de uma recomendação, com recurso a uma referência familiar (e.g. garrafa de 1.5 Litros) na qual os idosos pudessem “ancorar” o seu julgamento e decisão de adesão à recomendação, com base numa mais eficaz compreensão de informação de quantidade. Dos 70 idosos que participaram no estudo, apenas 56 foram considerados na análise, por cumprirem os critérios de inclusão na amostra. Esta amostra incluiu idosos autónomos, não institucionalizados, responsáveis pelas suas escolhas alimentares e com indicadores de hidratação aceitáveis. Os resultados mostraram que numa condição com âncora familiar (mas não na condição sem), a adesão associada ao próprio nível de consumo existente, do idoso aumentou após a recomendação. Análises adicionais identificaram as crenças face à água e as suas várias funções, como um preditor psicossocial positivo da adesão, o mesmo não acontecendo com atitudes face à água, evitamento de informação alimentar negativa e numeracia.

Palavras-chave: Idosos, consumo de água, comunicação em saúde, adesão a recomendações de saúde

"Adherence to water intake recommendations in the elderly: psychosocial predictors and effects of information communication with the use of reference anchors"

Abstract

Being the elderly a risk group with regard to dehydration it is necessary to develop effective health communication strategies to increase adherence to health recommendations concerning water intake. Accordingly, we aimed to assess the effects of communicating a recommendation with the addition of a familiar reference (e.g. bottle of 1.5 Liters) in which the elderly could anchor their judgment and decision making to adhere to the recommendation, based on a better comprehension of the quantified information presented. From the 70 older adults that have participated in the study, only 56 were considered in the analysis, for fulfilling the sample inclusion criteria. This sample included older adults considered to be autonomous, non-institutionalized, responsible for their good choices and with acceptable hydration levels. Results showed that in a condition with a familiar anchor (but not in a condition without) the adherence in line with the elderly own current consumption level, increased after the recommendation. Additional analysis identified beliefs concerning water and its various functions as a positive psychosocial predictor of adherence, the same not happening for attitudes towards water, avoidance of negative food information and numeracy.

Keywords: Elderly, water consumption, health communication, adherence to health recommendations

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	5
2.1. Fatores contextuais	14
2.2. Fatores individuais	19
3. Questões de Investigação	23
4. Metodologia	27
4.1. Participantes	27
4.2. Instrumentos e tarefas experimentais	28
4.3. Procedimento	34
5. Resultados e Discussão	35
6. Discussão Geral	45
7. Conclusão	49
8. Referências Bibliográficas	53
9. Anexos	63

Índice de tabelas

Tabela 1. Design do estudo	25
Tabela 2. Média e desvio-padrão das estimativas dos participantes face à quantidade presente nos objetos e precisão das mesmas estimativas individuais e global (das 3)	36
Tabela 3. Média e desvio-padrão da adesão dos participantes à recomendação da ingestão de quantidades específicas de água, atitude face ao estudo, complexidade e credibilidade da recomendação para os participantes	37
Tabela 4. Média e desvio-padrão das condições nos níveis (antes e depois) da adesão	42
Tabela 5. Média e desvio-padrão da adesão por condição e nível de consumo prévio de água estimado, acima ou abaixo dos 2 litros em ambos os níveis (antes e depois)	42
Tabela 6. Média e desvio-padrão da adesão global por condição e consumo de água registado acima ou abaixo dos 2 litros em ambos os níveis (antes e depois)	43

1. Introdução

Atualmente os idosos são um grupo etário com grande expressão em Portugal. Os dados do INE (n.d.) respeitantes ao ano de 2010 davam conta de 191 177 mil idosos com 85 anos e mais em Portugal. Em 2020 o valor avançará para 283 273 mil, e em 2060 aumentará para 722 362 mil indivíduos com 85 anos ou mais em Portugal. Assim, constituindo uma grande parte da população total do país, tornou-se prioritário melhorar a qualidade de vida deste grupo (Caldas, 2003; Garrido & Menezes, 2002; Ramos, Veras, & Kalache, 1987). A qualidade de vida também engloba a alimentação, mais especificamente a água, que, como elemento indispensável à vida, potencia melhorias na saúde a todos os níveis.

Este é um grupo mais vulnerável aos efeitos da desidratação, quer pelas doenças que daqui podem resultar, como pela sua limitada autonomia motora, que pode ficar comprometida (IHS, 2009; Shirrefs, 2005). Assim, deve ser dada uma especial atenção a estes, dadas as consequências serem imediatas e visíveis. À medida que o indivíduo envelhece, a sensação de dor, a temperatura, o paladar, a visão e o toque ficam mais imprecisos, ou diminuídos (De Boer et al., 2013). Por este motivo surgiu a questão na Escala de Rastreio da Desidratação se o indivíduo deixou cair algum objeto nas últimas duas semanas.

Os dados de Santos, Gonçalves e Loff (2009) afirmaram que no Alentejo, o consumo de água por ingestão direta, em adultos, atingiu uma média de 1.32 litros (DP=.61), enquanto a nível nacional foi consumida uma média de 1.58 litros por dia (DP=.69). Outros estudos foram igualmente realizados. Santos, Gonçalves e Loff (2009) concluíram que os sujeitos dos 51 aos 70 consumiam 1.1 l por ingestão direta. Em Santos e Loff (2010) na mesma faixa etária consumiam 1.2 l por ingestão direta. Os dados de Demétrio (2015) dão conta de 1.30 l por ingestão direta em maiores de 65 anos, 1.17 l por ingestão direta em mulheres idosas e 1.40 l nos homens idosos. Volkert, Kreuel e Stehle (2005) concluíram que a ingestão direta em mulheres situava-se nos 1.40 l e nos homens 1.57 l. No estudo SENECA (Haveman-Nies, de Groot, & Van Staveren, 1997; Ferry, Hininger-Favier, Sidobre, & Mathey, 2001) concluiu-se que o consumo direto nas mulheres situava-se no 1.64 l e nos homens 2.11 l. Estas informações adquiriram ainda maior importância com o facto de as amplitudes térmicas no Alentejo serem bastante elevadas. Assim, tornou-se crucial incentivar a

um maior consumo de água, de modo direto (água e bebidas) mas também indireto (proveniente de sopas, frutas e afins).

As consequências da desidratação podem ser variadas: uma desidratação de apenas 2% do peso corporal pode provocar exaustão por calor (IHS, 2010); conduz a hipertermia perante temperaturas elevadas (Sawka, 1992), aumenta o risco de quedas (Grandjean & Campbell, 2004), confusão, delírio e insuficiência renal (Mentes & Culp, 2003; Bennett, Thomas, & Riegel, 2004), podendo também originar cálculos renais (IHS, n.d.) e estando também associada ao aumento da mortalidade nos idosos hospitalizados (Bennet et al, 2004; Chassagne, Druet, Capet, Ménard, & Bercoff, 2006; Ferry, 2005; Warren, et al., 1994; Thomas, Tariq, Makhdomm, Haddad, & Moinuddin, 2003). Em casos de desidratação continuada pode provocar infeções urinárias, hipertensão e enfarte (Manz & Wentz, 2005), bem como o aparecimento de certos tipos de cancros (Shannon, White, Shattuck, & Potter, 1996). No que toca a doenças coronárias, existe uma relação inversa entre o consumo de água e o risco de doença coronária (IHS, n.d.). Na cognição, afeta a atenção (os reflexos de condução alteram-se, por exemplo), concentração e memória, aumentando o tempo de tomada de decisão e diminuindo a eficácia na resolução de problemas aritméticos (IHS, 2009). Dores de cabeça e mal-estar generalizado também se incluem como consequências da desidratação (Atlas da saúde, 2014). Assim, justifica-se a inclusão do questionário da desidratação, com perguntas específicas como o número de dores de cabeça que o idoso teve e a existência de dores de modo simples, ou que afetem o desempenho das tarefas diárias.

Segundo Santos e Loff (2010) 81.3% dos inquiridos num estudo afirmaram beber água apenas quando sentem sede, o que pode provocar um forte défice hídrico no seu organismo, aumentando a possibilidade de aparecimento de algum ou vários daqueles problemas acima enunciados.

Sabe-se que nesta fase desenvolvimental ocorrem processos únicos. A um nível fisiológico, por exemplo, o idoso está sujeito a mecanismos homeostáticos: como a diminuição da sensação de sede, que, mediante os casos individuais de cada idoso, pode levar a um risco de desidratação (Phillips et al, 1984); e também à diminuição do consumo regular de alimentos, que, dão origem a 70% dos fluidos diários (Kant, Graubard, & Atchison, 2009; Shipman & Hooten, 2007). A um nível psicossocial, é importante atender a certos fatores de vulnerabilidade, como o isolamento social, se o idoso vive sozinho (Eisele et al., 2012; Gille, 2010). A este propósito, uma das

perguntas no questionário sociodemográfico avalia se o idoso vive sozinho, o seu estado civil, se é viúvo ou divorciado há quanto tempo.

A proposta de Russel, Rasmussen e Lichtenstein (1999) revelou-se particularmente importante, pois, estes inserem a água na base da pirâmide alimentar, considerando-a uma necessidade alimentar vital. Principalmente, de entre as várias entidades que se pronunciam face à água, até à atualidade, estes são os únicos que atribuem uma quantidade recomendada especificamente para idosos. Outras entidades como a European Food Safety Authority (EFSA), por exemplo, incluem os idosos nas suas recomendações, porém, não diferenciam as suas necessidades das dos adultos (European Food Safety Authority [EFSA] 2010).

Deste modo, este estudo procurou identificar quais os fatores - atitude face à água, crenças face à água, evitamento de informação alimentar negativa e numeracia - que permitem prever a adesão a recomendações de ingestão de água emitida por profissionais e organizações de saúde. Como segundo objetivo, procurou avaliar o papel determinante dos fatores contextuais associados à comunicação de recomendações de saúde, sobre essa mesma adesão, nomeadamente o efeito do formato em que a informação é comunicada e se é possível torna-la mais eficaz no incremento da adesão à recomendação que é comunicada, ao torna-la mais compreensível. Para esse efeito, procurou-se estudar o efeito da familiaridade do formato de comunicação da recomendação, para atingir esse objetivo, esperando-se que os indivíduos usassem esse formato como âncora para o seu julgamento e tomada de decisão, no que se refere ao ajustamento do seu consumo pessoal ao consumo recomendado.

Espera-se que por um lado a identificação de preditores da adesão à recomendação de saúde referentes à ingestão de água e a comunicação de uma recomendação de saúde, num formato mais familiar para os idosos, permita contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação em saúde mais eficazes de incremento da adesão a recomendações de ingestão de água. Isto poderá igualmente tornar uma comunicação mais adaptada aos idosos, através de uma linguagem mais “familiar” para os mesmos. O presente estudo pretende assim contribuir para a área de comunicação de saúde em idosos, particularmente no que se refere à adesão a recomendações de saúde, emitidas por profissionais ou organizações de saúde.

2. Enquadramento teórico

De acordo com DiMatteo (2004) a adesão a recomendações de saúde implica que os utentes façam o que os profissionais de saúde lhes recomendam. Para que tal aconteça neste contexto é necessário ter atenção aos aspetos contextuais e individuais (Gaspar, Domingos, Diniz, & Falanga, in press). O nível contextual abarca a linguagem utilizada, que pode ser demasiado complexa nos seus termos, mas também no recurso a tabelas ou números que não são as opções mais adequadas para indivíduos com baixos níveis de literacia/numeracia. Em diversos estudos surgiram evidências que demonstraram que o uso de objetos familiares aos indivíduos (copos, taças, canecas) são um poderoso auxílio para quantificar porções (Chaudry, Connelly, Siek, & Welch, 2011; Faulkner et al, 2012; Riley, Beasley, Sowell, & Behar, 2007). Relativamente ao valor da recomendação, por exemplo, dar esta em termos de copos pode motivar mais o idoso, por lhe soar mais familiar e simples, possível de atingir.

Quanto à esfera individual de cada um, existem crenças, atitudes, níveis de aptidão (numeracia) e de evitamento de um comportamento que podem funcionar quer como facilitadores quer como obstáculos na adesão à ingestão de água (Demétrio, 2015). Assim, a presente investigação procurará avaliar esses aspetos e explicar a sua influência na adesão.

O modo de comunicação utilizado pelos profissionais de saúde não tem demonstrado ser muito eficaz, pois estima-se que muitas das informações que envolvem cuidados de saúde são complexas, pouco familiares aos utentes e com números, o que só é útil para indivíduos com altos níveis de literacia/numeracia (Peters, Hibbard, Slovic, & Dieckmann, 2007). Atendendo a essas informações, tentámos aperfeiçoar, tornar mais clara, simples e adaptada ao indivíduo em questão a recomendação que lhe seria dada. Incluímos o que é recomendável para indivíduos daquelas idades e género, tentando comprometer o idoso com o processo de adesão à recomendação. Por outro lado também se incutiu no estudo desta tese o recurso a objetos familiares ao idoso (copos, taças, canecas) de preferência que este possua em casa, que lhe facilitem a noção do que é a recomendação (seja em garrafas, recipientes com medidas concretas, ou copos, o que lhe seja mais fácil apreender).

A não adesão às recomendações médicas tem consequências para o indivíduo que assim decide agir, pondo em risco a sua saúde, mas também para o próprio sistema de saúde. São gastos serviços, recursos humanos e materiais, que possuem

um custo, e que poderiam ser poupados. No estudo de DiMatteo (2004) a não adesão rondou os 24.8%. Muitas vezes tal sucede devido a fatores como a autodeterminação do paciente, depressão, falta de suporte social (DiMatteo, 2004) e também por evitamento de estímulos negativos para si (ver mais à frente Escala de Evitamento da Informação Alimentar Negativa, que incide no evitamento de situações ou comportamentos que lhes pareçam custosos, envolvendo um grande esforço da sua parte para realizar, ou como a resistência à mudança de algum hábito, ou comportamento que deveria ter, que lhe traria benefícios). Mais à frente, nas hipóteses de estudo será proposto analisar se o evitamento pode ser um preditor da adesão. A não adesão também pode ocorrer por fatores externos ao sujeito, como a forma de transmissão da recomendação de saúde à pessoa, que é o nosso foco neste estudo (Gaspar, Domingos, Diniz, & Falanga, in press).

A importância desta temática em especial com os idosos prende-se não apenas com a sua representatividade no país, mas também com o facto de a esperança média de vida ter aumentado e com ela as doenças crónicas (Bauer, Briss, Goodman, & Bowman, 2014; Sabate, 2003). Destas, uma percentagem pode estar relacionada com o consumo inadequado de água, acarretando diversas consequências, mediante o nível de hidratação do indivíduo, como foi anteriormente abordado. Também é apontado que os idosos são um dos grupos mais pobres ao nível de cuidados de saúde (Gilleard & Higgs, 1998).

Sendo o assunto a ingestão de água, com o papel que desempenha na saúde, é fulcral investigar os motivos que podem estar por detrás de um consumo insuficiente e trabalhá-los. Por exemplo, antes de ouvirem a informação, os indivíduos podem automaticamente evitar escutar essa informação, por escolha própria (Gaspar et al, in press). Por exemplo se o assunto lhes desagradar, ou não for consistente com as crenças pré-existentes. Foi demonstrado que algumas pessoas revelam uma tendência para evitar a informação que os profissionais de saúde lhes comunicam (Brashers, Goldsmith, & Hsieh, 2002). O evitamento de estímulos negativos insere-se aqui também, pois claramente há uma rejeição da informação dada em detrimento do desagrado do tema ou ação proposta pelo profissional de saúde.

Perante uma inconsistência de informação os idosos não só não procurarão mais informação relativa à situação, como provavelmente vão evitá-la, mantendo a sua opinião sobre o assunto (Gaspar, Luís et al, in press). Em suma, poderá ser complicado promover a adesão ao consumo de água num idoso que considere pouco

importante ingerir uma quantidade aceitável, se a informação dada não for clara ou lhe parecer ambiciosa.

Ao nível dos fatores contextuais, o modo de comunicação da recomendação e o envolvimento médico-utente no processo também atuam sobre a adesão e não têm sido o foco dos profissionais de saúde até o presente momento, o que à partida pode enviesar o comprometimento do utente para com o processo. Ainda assim quando considerados focam-se maioritariamente na relação entre utente - profissional de saúde e o conteúdo da informação (Gaspar et al, in press). Não sendo os fatores psicológicos como a motivação para a adesão abrangidos, justifica-se assim a criação e inclusão da Escala de Adesão ao Consumo de Água no presente estudo. Através de um processo de comunicação de duas vias, onde o utente participa, espera-se envolvê-lo mais no percurso, ao contrário dos processos unidirecionais, onde o profissional realiza a prescrição e espera que o utente a siga, sem ter em conta as barreiras existentes em torno deste (Gaspar et al, in press).

Segundo Branin (2001) os idosos tendem a seguir menos as recomendações dadas pelos profissionais de saúde, a ser menos ativos no modo como olham a sua saúde e a pedir menos esclarecimentos quando não entendem alguma informação, o que torna a recomendação muito importante, devendo atender a tudo o que foi referido anteriormente. Fundamentalmente aconselha-se a adaptação da forma de comunicação ao idoso, reduzindo a complexidade de informação, incluindo apenas as partes de informação que lhe interessam, procurando motivá-lo e envolvê-lo (Gaspar et al, in press). Hall, Camacho, Dugan e Balkrishnan (2002) afirmaram que a confiança que os utentes depositam nos profissionais de saúde assenta em cinco fatores: lealdade, competência, honestidade, confidencialidade e confiança global que estes inspiram.

Estes fatores individuais (como a intenção da pessoa, a quantidade de esforço que está disposta a fazer para realizar determinado comportamento), parecem ser a chave para comprometer o idoso com o processo que o espera. Face à dificuldade que alguns expressem, é positivo e adaptativo articular com as estratégias que estes possam enunciar ou com as quais estejam de acordo, que não coloquem obstáculos, portanto. As necessidades diárias de água de cada indivíduo são influenciadas por diversos fatores ambientais e individuais (a humidade do ar, temperatura, realização de exercício físico, metabolismo, sudação, situação de doença aguda ou crónica - IHS, 2010). Situações como febres, vômitos ou diarreia, a presença de um ar condicionado quente no Inverno, a realização de viagens aéreas, ou gravidez ou aleitamento

também requerem o aumento da ingestão de água (IHS, n.d.). A altura do sujeito, a sua composição corporal, o ambiente e os níveis de atividade física também exercem a sua influência (Araújo, 2013).

A quantidade de água que cada sujeito deve ingerir é variável consoante o que já consome, e torna-se pertinente tentar dar a cada um uma quantidade base, que não lhes pareça impossível cumprir, mas que os motive a aumentar o seu consumo diário. A este respeito há informações distintas a ressaltar. Aquando da realização deste estudo foi realizada uma listagem das variadas organizações que se pronunciavam sobre o que era o consumo de água recomendado. A maior parte centrava-se na ingestão indireta, incluindo a água, mas também bebidas, sopas, etc. O presente estudo valoriza as outras fontes de ingestão de água, porém, o foco é na água - consumo direto e exclusivo, pelo que foram realizados cálculos para encontrar o valor recomendado de água, consumo direto, consoante a organização pela qual nos guiámos na recomendação. Optou-se pela Organização Mundial de Saúde, cujo valor de consumo indireto para as mulheres era de 2.7 litros, e para homens 3.7 litros (WHO, 2012). Multiplicaram-se estes valores por 0.75, que simbolizavam o restante consumo derivado das outras fontes ricas em água, isto resultou em 2.0 litros para as mulheres e 2.8 litros para os homens. Paralelamente foram realizados outros estudos pela OMS, especificando situações concretas, nas quais o consumo difere. Para adultos sedentários em ambiente temperado é recomendado às mulheres 2.2 litros, e aos homens 2.9 litros (Howard & Bartram, 2003).

De salientar que esta organização não distingue os idosos nas suas necessidades de consumo, considerando que estes devem beber o mesmo que os adolescentes e adultos. Assim, tomou-se em conta igualmente a proposta de Russel, Rasmussen e Lichtenstein (1999), anteriormente referida, que recomendava os 2 litros para idosos em específico. Durante a recolha de dados referiram-se os 2 litros de ingestão diária, especificando no fim com o participante os 2.0 litros para mulher e os 2.8 litros para homem. As reações dos participantes aos valores eram similares, em grande parte não lhes agradando um valor tão alto. Assim, tendo em conta este valor de Russel, Rasmussen e Lichtenstein (1999) e o facto de a recomendação da OMS situar-se nos 2.2 litros e 2.9 litros, em condições mais próximas dos participantes deste estudo, futuramente as menções no texto ao consumo direto de água serão os 2 litros. Principalmente também devido ao facto de na experiência do estudo pedir-se aos participantes para identificar quanto continham as duas garrafas de 1.5 litros (os 2 litros exatos e não outra quantidade).

O consumo de água é conhecido pelo seu efeito no bem-estar e qualidade de vida, pelo que, fomentando a adesão a um consumo adequado, os efeitos seriam amplos. Assim, consoante a rotina do indivíduo ou as suas características pessoais e o que consome, deve ajustar a sua ingestão para uma quantidade razoável. É importante informar os idosos sobre a necessidade de beber o suficiente, mesmo que achem que não é necessário, ou que não sintam sede, devido à redução da sede com o envelhecimento (Demétrio, 2015), incentivando também o consumo de outros alimentos ou líquidos que auxiliam os níveis hídricos de cada sujeito.

O teor de água presente nos alimentos é geralmente inferior a 40% nos produtos de panificação, entre 40% e 70% em refeições quentes, superior a 80% em frutas e legumes e cerca de 90% no leite (Panel & Nda, 2010). Apesar de não substituírem a água, os alimentos ou bebidas como o chá, sumos de frutas, infusões, leite e sopa (Ferry, 2005) devem ser considerados, especialmente para pessoas sedentárias, como a maioria dos idosos (Mckiernan, Houchins, & Mattes, 2009), pois ajudam a regular os níveis hídricos do organismo.

Por tudo o que foi mencionado anteriormente é importante envolver o idoso no processo de ingestão de água, regularmente, ao longo do dia. Salientando principalmente os processos fisiológicos que este enfrenta, como a diminuição da sensação de sede (Phillips et al, 1984), aliado às barreiras que pode percecionar a um nível individual (Demétrio, 2015) é importante realçar que a água é essencial à vida, influenciando o bem-estar do idoso. Como foi explicitado antes, um consumo pouco adequado tem consequências imediatas, mas principalmente a longo prazo também. A água constitui perto de 60% do nosso peso (IHS, n.d.). Fornece o meio aquoso essencial à ocorrência das várias reações bioquímicas, funcionando como reagente às diversas reações metabólicas (Akram & Hamid, 2012). Um consumo mais constante confere ao idoso melhores noites de sono, um maior equilíbrio e sensação de bem-estar (IHS, 2010). Assim, torna-se importante sublinhar todos estes aspetos para o idoso e apurar qual o tipo de relação que tem com a água.

Para um comportamento saudável ocorrer, há duas fases que o indivíduo precisa experienciar – fase motivacional e a volitiva (Schwarzer, 2014). Na fase motivacional aborda-se o que o indivíduo escolhe fazer, ou quando demonstra intenção de realizar um dado comportamento. As crenças de autoeficácia e expectativas de resultado são os instrumentos privilegiados aqui. Estão relacionadas, pois se um indivíduo não se considerar capaz de adotar um certo comportamento, não o terá no futuro. De realçar que quanto mais desconhecido, fora do comum for o

comportamento para o indivíduo, maior a influência das crenças de autoeficácia e expectativas de resultado sobre a ação (Schwarzer, 2014). Já a fase volitiva nem sempre ocorre, pois implica passar do pensamento à ação concreta. Relaciona-se com o tempo e força que o indivíduo persiste num comportamento. Requer uma monitorização e ajuste do comportamento aos obstáculos que lhe vão surgindo gradualmente. Envolve um planeamento e revisão da ação em tudo o que nela ocorre. No caso específico dos 2 litros de água, para o concretizar o sujeito precisa consumir 4 garrafas de 0.5 l ao longo de um dia. Se, por exemplo, o nível financeiro não o permitir, este pode tentar recorrer à água da torneira. É este raciocínio que permitirá fazer face aos obstáculos que lhe apareçam e manter o comportamento (Schwarzer, 2014). Como é visível, estas fases exigem estratégias de autorregulação nos domínios afetivos, cognitivos e comportamentais (Schwarzer, 2014).

DiMatteo (2004) demonstra que a adesão pode estar comprometida quando o sofrimento, ou o produto resultante da não adesão é pouco alarmante (as consequências não parecem muito evidentes, ou prejudiciais). O autor também destaca a relação entre a escolaridade e a adesão ao nível de doentes crónicos, bem como a influência do status socioeconómico ou do rendimento na adesão, principalmente com adultos. Este ainda afirma que a adesão atinge maiores níveis com mulheres, em regimes circunscritos, mais específicos e concretos (como a toma de um medicamento), ao contrário de regimes generalizados, na qual o consumo de água se pode inserir, a menos que lhe sejam dadas instruções concretas, conceptualizáveis, de ações diretas.

A diferença aqui, no que é realizado e o que deveria ser realizado prende-se com a simples indicação ao idoso de beber 2 litros de água, ou 8 copos diariamente ao invés de lhe dizer que ele deve beber mais água. Se lhe for dada uma meta em particular, o comportamento torna-se menos abstrato, mais sistemático e praticável. Se o sujeito expressar dificuldades, vão-se construindo pontes com menores valores de ingestão que vão aumentando gradualmente, consoante o sujeito os atingir.

A adesão antes de 1980 era de 62.6% e após esse ano passou a 76.3% (DiMatteo, 2004). A eficácia, melhoras no serviço de saúde, podem ser fatores chave para este aumento (DiMatteo, 2004). Ainda em DiMatteo (2004) a adesão foi maior nos casos de VIH SIDA (88.3%), artrites (81.2%), problemas gastrointestinais (80.4%), câncer (79.1%), convulsões (78.4%), problemas genitais/urinários e doenças sexualmente transmissíveis (77.0%), problemas de pele (76.9%), problemas cardiovasculares (76.6%), problemas nos ouvidos, nariz, garganta, boca (76.1%),

problemas de sangue, exceto leucemia (75.6%), problemas de obstetrícia/ginecologia (74.8%), doenças infetocontagiosas (74.0%), doenças dos olhos (72.6%), doença renal terminal (70.0%), doenças dos pulmões (68.8%), diabetes (67.5%), problemas de sono (65.5%). Nesta amostra de indivíduos os resultados ainda assim foram altos, sempre superiores a 65%. De salientar os 70% de adesão na doença renal terminal, que relaciona-se com o consumo de água.

Segundo Peters (2008), aquando de uma decisão há duas vias privilegiadas: a deliberativa e a afetiva/existencial. A deliberativa prima pelo lado consciente, analítico, baseado na razão, verbal e relativamente lento. Por outro lado, a existencial é intuitiva, automática, associativa e rápida. É baseada nos sentimentos afetivos ou emocionais, sublinhando a informação importante que justifique uma análise mais aprofundada. Esta via fornece significado, motivação e informação para a escolha de processos, podendo influenciar as decisões independentemente do juízo deliberativo (Peters, 2008). Estes fatores juntos são importantes para a perceção de risco, comunicação e boas escolhas. É fundamental ter a informação em conta e entendê-la, sentindo-se motivado pelo que esta significa (Peters, 2008). Se todas as decisões que concernem à adesão fossem tomadas pelos utentes deste modo, mais consciente, representaria um fator de peso na adesão. Tendo em conta que o profissional dá informação ao utente em forma de recomendação, ao garantir que esta seria compreendida na sua importância, eliminar-se-ia a hipótese do utente não aderir por interferência do fator emocional/afetivo - falta de confiança no profissional, ou resistência/desagrado ou evitamento à recomendação. Torna-se vital apelar aos benefícios de determinada conduta, ou às consequências provenientes daí, contemplando também os obstáculos que o sujeito enuncia, tentando contorná-los. Sobretudo, interligando com o que foi dito acima, a conjugação da vertente deliberativa com a afetiva permitiria passar da fase motivacional à volitiva. Não apenas pensar em fazer, mas concretizar efetivamente.

Incorporando todas as influências que interagem sobre um indivíduo (domínio individual e social), sugeria-se uma possibilidade de intervenção, fazendo jus ao cariz comunitário que esta tese poderia ter: a educação inter-pares. Ao recorrer a sujeitos próximos do indivíduo alvo da recomendação, incutia-se um determinado pensamento, comportamento, um hábito, que lhe estimulasse o consumo de água (Zienoly & International Planned Parenthood Federation European Network, 2008). Assim, através de uma intervenção universal (Ysseldyke, Burns, & Rosenfield, 2009), ou em contexto mais alargado aumentar-se-iam as hipóteses de adesão, especialmente recorrendo à influência social (Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen, 1991);

mediante o apoio desses indivíduos seria possível uma ingestão mais regulada, situada próxima dos valores recomendados diariamente. A perspectiva sistêmica de Bronfenbrenner (1979) modelo bio-ecológico (todos os sistemas poderiam desempenhar um papel na aquisição deste novo hábito, especialmente os pares que estão situados mais perto do indivíduo – beber água regularmente), bem como a influência social, através da Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1991). Juntas reconhecem a importância e o poder da sociedade em torno do indivíduo, no que toca à propagação de algum comportamento. Destaca-se o papel do profissional de saúde, mas também de familiares, amigos próximos do indivíduo alvo da recomendação. Ainda assim, há que lembrar que a determinação do próprio detém um papel preponderante na adesão ou não adesão. Aqui, tratando-se de idosos, possuem um conjunto de crenças e atitude perante a água já estabelecidas, cristalizadas, de modo positivo ou negativo.

A este respeito, o trabalho de Demétrio (2015) procurou identificar um conjunto de preditores da ingestão de água em idosos. No entanto, esse estudo demonstrou que os mesmos eram fracos preditores do comportamento de ingestão. Posto isto, pode colocar-se a questão de existirem mediadores dessa relação, tornando-se necessário estudar primeiro determinantes de variáveis proximais do comportamento, para que estudos futuros possam avaliar esse potencial mediador, com variáveis critério comportamentais. Por essa razão, o presente estudo procurou avaliar os preditores da adesão a recomendações de saúde, especificamente no que se refere à ingestão de água. Neste âmbito, a adesão pode ser classificada como fator motivacional antecedente à realização do comportamento, o que parte de um pressuposto conceptual da sua equivalência ao conceito de intenção comportamental, igualmente antecedente do comportamento (ver Teoria do Comportamento Planeado, Ajzen, 1991).

Esta Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) concebe a existência de normas sociais percebidas, atitudes e intenção sendo que as primeiras influenciam a última. As normas sociais percebidas referem-se à percepção da opinião das outras pessoas no ambiente social direto, a respeito de um dado comportamento. Já as atitudes podem se desenvolver acidentalmente por uma mera exposição repetida (Zajonc, 1968), ou por aprendizagem associativa (De Houwer, Thomas, & Baeyens, 2001; Olson & Fazio, 2001), podendo ser ativadas de modo automático na presença do objeto de atitude, sem necessidade de pensar sobre a avaliação, ou até sem se dar conta que está a realizar uma avaliação (Fazio, Sanbonmatsu, Powell, & Kardes,

1986; Gaspar & Garrido, 2016). As atitudes podem ser pessoais, ou partilhadas socialmente, sendo associadas a membros de grupos em particular (normativas – conteúdo das normas do grupo; ver Luís, 2011). Os indivíduos com um *self* coletivo forte revelam as cognições de membro do grupo mais proeminentes que as cognições dos próprios traços e estados (Trafimow & Finlay, 1996), mostrando-se mais expostos à influência social normativa. As intenções comportamentais referem-se à quantidade de esforço que os sujeitos sentem-se dispostos a fazer para realizar dado comportamento, contemplando certos fatores motivacionais que atuam nesse comportamento (Ajzen, 1991). Assim, quanto mais forte a intenção de adotar determinado comportamento, mais provável é a sua realização.

De acordo com Demétrio (2015) foram identificadas um conjunto de barreiras e facilitadores inerentes à ingestão de água. Constituem barreiras: as temperaturas baixas; sentir-se mal, desconfortável; necessidade de ir mais vezes à casa de banho; ingestão de alimentos com pouco sal; ingerir água quente; esquecimento; mas também o isolamento social, a falta de conhecimento e equívocos respeitantes aos efeitos do consumo. A necessidade de ir à casa de banho mais vezes foi, de facto, a mais enunciada. Não apenas pelo esforço de andar sempre a ir à casa de banho, mas também porque se não puderem ir logo, passam mal. O medo da incontinência também estava relacionado, no estudo (Demétrio, 2015). Já as situações, comportamentos ou estratégias identificadas como facilitadores foram as seguintes (Demétrio, 2015): 1) beber água por uma garrafa, que serve como referência de quantidade; 2) fazer chá; 3) condições de saúde que requeiram uma maior ingestão de água; 4) ingerir alimentos doces ou salgados; 5) a existência de temperaturas elevadas; 6) ingerir pequenas quantidades de água à vez; 7) registar num papel toda a vez que bebe água; 8) consciencializar-se que tem de beber água; 9) ingerir água fresca; 10) ingerir alimentos ricos em água; 11) encontrar-se em situações sociais.

A estratégia mais utilizada pelos idosos foi o fazer chá, e em seguida a ingestão de alimentos doces ou salgados (Demétrio, 2015). É necessário fazer uma chamada de atenção para esta última, que, pode ser perigosa para os idosos. Uma das questões incluídas na Escala de Crenças perguntava precisamente se o indivíduo alguma vez recorreu a alimentos com maior teor de sal para aumentar o seu consumo de água. No questionário sociodemográfico também consta uma questão para apurar se o indivíduo é hipertenso e diabético. Assim, se existir algum idoso hipertenso, ou diabético que utilize esta estratégia de consumir maiores níveis de sal ou de açúcar, para ingerir água, corre riscos de agravar o seu problema.

Também são apontadas como possíveis barreiras ao consumo: a baixa literacia e/ou numeracia, fatores económicos, a existência de padrões de alimentação irregulares, o sabor, o tempo disponível, as interações sociais, bem como o fraco conhecimento nutritivo ou evitamento da informação disponível, levando o idoso a considerar que a água não é importante (Faulkner et al, 2012). Estas constituem barreiras a vários níveis: a baixa literacia e/ou numeracia dificulta a noção da quantidade que deve ingerir; os fatores económicos podem impedir o indivíduo de comprar água se necessário, porém é contornável se a água da torneira for uma opção; o sabor prende-se com este fator, se a água na casa do sujeito é potável; o tempo disponível ou atividades diárias podem não ser favoráveis a um consumo regular de água, como deveria ser; as interações sociais aqui relacionam-se com o suporte social, que podem não valorizar, ou priorizar a ingestão de água. Outra condicionante é a experiência e hábito do indivíduo. Se, relativamente aos pratos há a tendência de comer a quantidade que lá está (Faulkner et al, 2012), se se tentasse que o sujeito bebesse uma garrafa maior com água, este poderia ser um motivador. Isto é, aplicando a mesma lógica, recipientes maiores motivam os indivíduos a comer mais, uma garrafa maior poderia influenciá-los a beber mais água.

Posto isto, tendo em conta o problema enunciado, por questões de melhor organização e diferenciação dos processos, é sugerida a seguinte abordagem: fatores contextuais e individuais, que, juntos abrangem as possíveis vertentes que possam interferir com a adesão ou não adesão à recomendação de ingestão de água.

2. 1 Fatores contextuais

Um aspeto relevante identificado na literatura ao nível do julgamento e tomada de decisão dos indivíduos a partir da informação que lhes é apresentada, é o processo de ancoragem – Anchoring. Este assim é apelidado, porque o indivíduo baseia-se em informação irrelevante, como referência para avaliar, ou estimar valores, ou informação desconhecida. Os indivíduos baseiam as suas decisões, ou estimativas em eventos, ou valores conhecidos dos mesmos, ainda que esses factos não sejam passíveis de comparar naquele exemplo em específico. Isto é, a âncora serve de base para inferir factos, ou algo que seja requerido ao sujeito. O modo como percebemos as quantidades influi na interpretação que fazemos do mundo e a forma como o organizamos (Paritosh & Klenk, 2006). É-nos dito por Tversky e Kahneman (1974) que, quando numa situação que requer estimativas de quantidades, os sujeitos recorrem ao processo de ancoragem e ajustamento. Há um dado conhecimento prévio

que o sujeito possui, realizando analogias com base nas semelhanças deste com o que lhe é pedido, para estimar o que não sabe (Paritosh & Klenk, 2006). Estes ajustes encontram-se presentes em variados exemplos do dia-a-dia. Por exemplo, imaginando que se pede a um idoso para fazer uma estimativa de quanto contém um jarro de vinho e posteriormente meio jarro, este terá de subtrair metade da quantidade do jarro para achar a porção final pedida.

Faulkner et al (2012) afirmam que os indivíduos geralmente têm mais facilidade em estimar um valor não com base no seu peso real mas nas medidas que possuem em casa e, portanto, que lhe são mais familiares. Para complementar este aspeto, também no estudo de Santos, Gonçalves e Loff (2009), quando se questionava o sujeito sobre a quantidade que teria ingerido no dia anterior, no caso de este não saber, eram-lhe exibidas fotografias dos recipientes para o auxiliar na inferência da quantidade. O mesmo raciocínio esteve presente ao longo desta investigação, quando os participantes não sabiam a quantidade que tinham ingerido e questionávamo-los em termos de copos, garrafas e por vezes goles. Toda a lógica aqui presente demonstra que o recurso a recipientes familiares ao indivíduo (copos, canecas, chávenas, taças, garrafas) cumpre um efeito de âncora, orientando-os e auxiliando-os na quantificação das medidas. Naturalmente, esses elementos exercem a sua influência no que se refere a atingir ou persistir num determinado consumo. É importante para os profissionais de saúde terem este aspeto em atenção, a fim de comprometer o utente com as recomendações, nomeadamente com a ingestão de água, como elemento essencial à vida que é.

De salientar que, a estimativa de quantidades tem duas vertentes pela qual pode ser encarada: uma fonte rica de informação, com base no mundo real (Northcraft & Neale, 1987) mas também uma pobre suposição, que parte de bases pouco lógicas ou sequer verdadeiras (Tversky & Kahneman, 1974). Porém esta também pode ser intuitiva, com base em outros aspetos diferenciais, como a variabilidade ao invés da precisão da estimativa/inferência (Peterson & Beach, 1967).

As inferências de acordo com Bayes (Griffiths, Kemp, & Tenenbaum, 2008) partem da existência de alguma informação a respeito do mundo, fazendo com que a mente retire conclusões sobre o processo, ou a estrutura que deu origem a essas informações, e em seguida usa esse conhecimento para fazer juízos preditivos para novos casos. Têm, portanto, um carácter indutivo, que, face ao incerto tenta encontrar respostas com base no que são casos pessoais e particulares, de vivências suas. O

conhecimento prévio do sujeito em questão desempenha um papel fulcral nas inferências que este realizará (Griffiths, Kemp, & Tenenbaum, 2008).

O processo de ancoragem ocorre quando se dá um ponto de partida a um indivíduo para estimar um dado valor, mas também quando este baseia a sua estimativa no resultado de um cálculo incompleto (Tversky & Kahneman, 1974). É visível uma tendência para a ancoragem, implicando que o sujeito faça uma comparação com um número que lhe é concedido (âncora), revelando uma inclinação na resposta para o valor que lhe foi concedido inicialmente (Tversky & Kahneman, 1974). Temos o seguinte estudo como base (Mussweiler & Strack, 2001): após pedir-se a um conjunto de sujeitos para estimar a quantidade de países africanos que existem nas Nações Unidas, tendo sido dada anteriormente uma âncora de 10% ou 65%, neste último caso os sujeitos estimaram que havia 45% de países africanos, posteriormente afirmando que África é um grande continente. Pode-se dizer que o uso de uma âncora induz a pessoa a fazer estimativas relacionadas e consistentes com esta, que advêm dela, portanto (Mussweiler & Strack, 2001). Esta desenvolve um efeito de priming nos sujeitos (Paritosh & Klenk, 2006), levando-os a adotar um comportamento concomitante com o que foi o estímulo inicial, tal como foi visível na frase enunciada de acordo com a âncora. O objetivo da inclusão da âncora nos estudos prende-se com o facto de funcionarem como uma ajuda, condicionando a resposta final do sujeito. Numa experiência de Brown e Siegler (1993) foi desenvolvido um procedimento semelhante ao incorporado na presente tese. Primeiramente era pedido aos indivíduos que estimassem a população de um conjunto de países (os 99 mais populosos), em seguida era dado um feedback a respeito de um subconjunto de países que tinham aspetos em comum com aqueles em questão, pedindo de seguida que os mesmos voltassem a estimar os países inicialmente apresentados. A posição de ancoragem assume que os participantes irão ajustar as suas estimativas iniciais às âncoras. O que se comprovou é que as estimativas melhoraram por interferência da âncora fornecida (Brown & Siegler, 2001).

Os autores (Brown & Siegler, 1993, 2001) diferenciaram dois tipos de conhecimento que podem originar as estimativas: 1) conhecimento métrico – correspondente à informação de tipo numérica nas quantidades, como as propriedades estatísticas que permitem mensurar algo (média, mediana, variância, etc.); 2) conhecimento mapeado – referente à informação não-numérica, particular do domínio, que envolve uma relação ordinal entre as entidades individuais no domínio. Com base em outras informações que podem auxiliar a chegar ao que o sujeito quer

saber, este configura a resposta. Daí a palavra que alude a mapa. À semelhança de um puzzle, o sujeito recorre a uma ponte de ideias para estimar o que deseja saber. De salientar a ligação entre o conhecimento mapeado e as heurísticas, bem como o domínio específico do conhecimento, que será abordado de seguida (Brown & Siegler, 1993).

O processo de estimação de quantidades envolve variados tipos de raciocínio e conhecimento (Paritosh & Klenk, 2006). De entre estes encontram-se: 1) a estimação direta, que refere-se à tentativa de estimar diretamente uma quantidade; 2) a transformação, que, na impossibilidade de estimar, cria-se um problema novo, mais simples que seja semelhante ao anterior e cuja resposta seja conhecida, podendo ocorrer por duas vias – a) transformações gerais de um domínio, que recorrem a uma situação semelhante (analogia), transformando informações de cariz mais global, recorrendo à parte/todo para decompor um objeto, usando protótipos; b) transformações específicas do domínio, que utilizam as leis que são exclusivas do domínio (Paritosh & Klenk, 2006). Assim, a estimação envolve a extração de informação global, mas também específica, de exemplos conhecidos para inferir informação para a qual não se tem a resposta.

As analogias permitem-nos assim fazer inferências de um exemplo já conhecido para um menos conhecido. As estimativas analógicas são um tipo específico de inferências analógicas, que inferem um valor quantitativo de um valor desconhecido baseado num conhecido de um exemplo semelhante (Paritosh & Klenk, 2006). Fala-se em âncora analógica, porque as analogias funcionam como âncoras na vida dos sujeitos. Diariamente o ser humano é confrontado com situações para as quais desconhece a resposta e é-lhe intrínseco tentar prever o que pode acontecer. Neste caso, há uma avaliação das semelhanças e diferenças de um exemplo e do outro, ou seja, um ajuste entre o que é a âncora e o problema apresentado (Paritosh & Klenk, 2006). Quando o exemplo conhecido é diferente do problema apresentado é efetuado todo um ajuste com base em aspetos lógicos, que, podem ser ajustes causais. Se, por exemplo for colocado um problema em que se comparam duas casas, porém de zonas diferentes, se a casa enunciada situar-se numa zona da cidade mais prestigiada, a avaliação vai incidir sobre esse fator, aumentando o possível valor estimado da renda. Assim, realiza-se um ajuste com base no aspeto em que diferem, neste caso a zona geográfica onde se situa. Este ajuste lógico de, quanto maior uma casa, maior a sua renda pode ser apelidado de proporcionalidade qualitativa, que

designa uma relação simples entre dois fatores e está presente no ajustamento causal (Paritosh & Klenk, 2006).

As estimativas analógicas compreendem um processo que vai desde a procura e busca na memória de exemplos que sejam semelhantes ao problema que é colocado, plausíveis portanto para estimar a quantidade solicitada (Paritosh & Klenk, 2006). Esta plausibilidade é afetada também por outro fator chamado projetabilidade (Goodman, 1955). Os dois exemplos usados para comparar podem ter aspetos em comum, mas se tiverem um que seja diferente, a estimativa deve incorporar esses mesmos aspetos. Deve ser passível de projeção, com todas as características generalizáveis. A estimativa depende da centralidade das características presentes, pois esta só é central quando as outras características dependem dela (Paritosh & Forbus, 2005). Exemplificando, é importante para os jogadores de basket possuírem uma determinada estatura, mas não para o treinador (Paritosh & Forbus, 2005). Respetivamente ao tema da tese, dois copos de água podem ter a mesma altura, mas se um for mais largo, decerto que a quantidade de água irá variar. Então em ambos os exemplos a altura não é central, pois existem outras características que conduzem a uma situação não comparável (no basket o facto de ser treinador ou jogador, e nos copos a largura destes).

Todos estes estudos anteriormente enunciados, entre outros (Chaudry, Connelly, Siek, & Welch, 2011; Riley, Beasley, Sowell, & Behar, 2007) tentam demonstrar que a literacia/numeracia influi nas estimativas, ou no modo como os sujeitos inferem um facto, ou informação. Porém no estudo de Chaudry, Connelly, Siek e Welch (2011) o confronto dos resultados em pessoas com pouca ou maior literacia, no que concerne à água, esclareceu que este fator não era determinante, pois em 10 indivíduos, 7 estimaram corretamente as quantidades nos diferentes recipientes. A exposição a determinados experimentos, nos quais é solicitado aos sujeitos que façam inferências de quantidades presentes em recipientes, ou através do computador, espelham as suas noções a este nível. Funcionam como um treino, ao colocar os indivíduos em contacto com quantidades que não lhes eram familiares. Inclusive em alguns estudos eram facultados conhecimentos concretos aos indivíduos, para que pudessem inferir as informações que não sabiam, com base em outras similares, seja com líquidos (Riley et al, 2007), ou outros aspetos (Brown & Siegler, 1993, 2001). Para além disto a experiência de Riley, Beasley, Sowell e Behar (2007), bem como a de Chaudry et al (2011) confirmaram que o recurso a objetos familiares ao sujeito (um prato, por exemplo) conduz a estimativas mais precisas. Sabe-se que existem

recipientes de vários tamanhos, e quanto maior a semelhança entre aqueles que os indivíduos mais frequentemente utilizam, mais fácil será para o mesmo controlar e autorregular o seu consumo.

Por exemplo, no que se refere a contas de somar e subtrair, é mais usual ver um indivíduo a utilizar um valor de base inteiro ($250 + 20 = 270$) para chegar a um resultado, do que operações mais complexas como $253 + 17 = 270$. Os idosos podiam ter um desafio neste sentido, pelo que, no estudo testámo-lo. Isto é, na recomendação, quando perguntámos ao indivíduo quanto estava nas duas garrafas (1 garrafa de 1.5 l cheia e outra igual com apenas 0.5 l), podíamos ter optado por distribuir os 2 l por garrafas diferentes (uma de 1.5 l cheia e outra de 0.5 l cheia também). Era mais fácil para o idoso deste modo, pois percebia os 2 l com as duas garrafas. No entanto, ao colocarmos 0.5 l numa garrafa de 1.5 l quisemos tornar a tarefa mais complexa, para não ser óbvio o volume.

2. 2 Fatores individuais

Os fatores individuais, como as atitudes, evitamento, crenças face à água e numeracia, são tratados de modo diferente. Pretendia-se com este estudo provar que os mesmos são preditores da ingestão de água. As atitudes, crenças de um indivíduo face à água e evitamento da informação alimentar negativa iriam influir na probabilidade de adesão a um maior consumo de água. A numeracia, por outro lado, iria influenciar o modo como o indivíduo lê a realidade e as informações, pelo que, toda a recomendação dada deve ter este aspeto em conta, para garantir que o sujeito compreende a informação e as suas implicações. Se se controlassem estas dimensões podiam-se detetar entraves ao consumo, e quem sabe direcioná-los para o objetivo máximo, incentivando o idoso a manter-se num determinado nível de consumo.

As crenças segundo Kreitler e Kreitler (2013) englobam uma cognição, que culmina num comportamento. Estes afirmaram que há um conjunto de significados e operações com significado que levam a uma ação. Para cada comportamento, há antes uma intenção e previamente uma crença que o orienta. Estas possuem um potencial de orientação, que se torna mais forte em conjunção com outras crenças (Kreitler & Kreitler, 2013). Em suma, são cognições e afetam o comportamento (Kreitler & Kreitler, 2013).

Os mesmos autores ainda distinguiram quatro tipos de crenças: crenças sobre objetivos, crenças sobre as regras e normas, crenças sobre o *self* e crenças gerais. As

crenças sobre objetivos revelam informação sobre ações, estados ou objetos desejados ou indesejados pelo indivíduo. As crenças sobre regras e normas remetem para ações, estados ou objetos permitidos ou proibidos, necessários ou desnecessários para o indivíduo. As crenças sobre o *self* dão informação acerca do indivíduo sobre os seus hábitos, ações, sentimentos e habilidades, do modo como o indivíduo vê o passado, presente e futuro. Por fim as crenças gerais relacionam-se com a percepção que se tem dos outros e do ambiente, como estados, eventos, objetos, relações (Kreitler & Kreitler, 2013). Como referido anteriormente, as crenças orientam o pensamento e conseqüente atitude e comportamento do idoso, pelo que, não se pode tentar inculcar um hábito ou comportamento, colocando à parte as crenças a respeito do tema em questão.

Quanto à numeracia, esta é uma variável interessante para o estudo, pois, está contemplada não apenas na sua própria escala, que avalia as preferências das pessoas por números ou letras, mas também nas estimativas, ou na recomendação, por exemplo, avaliando o conhecimento do indivíduo das quantidades presentes num copo, chávena ou gole ou numa garrafa de 1.5 l com apenas 0.5 l lá dentro.

A numeracia também está relacionada com a capacidade do indivíduo interpretar informação numérica (números, gráficos, tabelas), resolver problemas, compreendendo e explicitando as soluções, processando probabilidades básicas e conceitos numéricos em diversos contextos, podendo ser avaliada objetiva ou subjetivamente consoante a percepção que a própria pessoa tem das suas capacidades e preferência por informação em registo numérico (Ceschi, Dorofeeva, & Sartori, 2013; Lipkus & Peters, 2009; Peters, 2006; Peters et al., 2007). Reflete-se no seu estilo de comunicação, podendo este ser mais direcionado para as palavras, ou para os números (Domingos, 2014).

Os indivíduos com bons níveis de numeracia parecem prestar mais atenção aos números, entender melhor a informação que assim lhes é transmitida, traduzindo-a em informação significativa e utilizá-la mais nos seus raciocínios no dia-a-dia e em decisões que se prendem com a avaliação de riscos (Peters, 2008). Já os sujeitos com baixos níveis de numeracia parecem guiar-se por outros fatores que não numéricos, como emoções, estados de humor, confiança/desconfiança na ciência, o governo e especialistas (Peters, 2008).

Para os indivíduos com menores níveis de numeracia, a forma como se apresenta a informação é fulcral, pois fará a ponte para a sua compreensão e uso da informação numérica nas suas decisões. Deste modo, o desafio não é dar informação

precisa, mas adaptada, de modo que possa ser utilizada em decisões de importância (Peters, 2008). A componente física, social e econômica têm sempre a sua influência na decisão final tomada. Quer a favor, ou contra essa decisão (Peters, 2008). Os estudos demonstram que uma fraca habilidade numérica está relacionada com uma pobre compreensão e uso da informação numérica (Peters, 2008). Quando analisadas as estratégias que permitem reduzir a complexidade da informação aos indivíduos com menores níveis de numeracia, concluiu-se que apenas se deve apresentar a informação mais importante, de modo simples, reduzindo assim o esforço cognitivo exigido (Peters, 2008). Assim, aconselha-se o realce da informação mais importante, de modo transparente e claro para o sujeito.

O estudo de Huizinga et al (2009) associou a baixa escolaridade e baixos níveis de numeracia com a baixa precisão em termos de estimativas. Foram realizados testes com um grupo de indivíduos com baixa literacia/numeracia (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine e o Wide Range Achievement Test, third edition), sendo posteriormente apresentados aos indivíduos três itens sólidos e um líquido, pedindo-lhes para servirem uma porção única com um peso e um volume em particular. Os dados relativos às bebidas avaliadas dão conta de uma precisão de 53% quando pedido para servirem uma porção individual, com determinadas medidas.

A confusão dos utentes relativamente às quantidades pode originar um consumo errado, com consequências para a sua saúde (Huizinga et al, 2009). Assim, se justifica a realização desta investigação, que, pretende averiguar a noção que os idosos têm de quanto são 2 litros de ingestão diária de água e avaliar a sua atitude face a este comportamento e possíveis entraves.

De realçar que, os indivíduos com baixos níveis de literacia/numeracia fazem uma leitura da informação de acordo com o que o seu conhecimento e compreensão lhes permite. Uma fraca habilidade numérica está relacionada com uma pobre compreensão e uso da informação numérica (Peters, 2008). Estes indivíduos parecem guiar-se por outros fatores, que não numéricos, como emoções, estados de humor, confiança/desconfiança na ciência, entidades com conhecimento (Peters, 2008). Por outro lado, sujeitos com maiores níveis de numeracia absorvem mais a informação numérica, dando-lhe sentido e importância em decisões de risco. Como já foi dito anteriormente, face a informação complexa, que o indivíduo não compreenda, que não esteja em concordância com as suas crenças (Gaspar et al, in press), ou em situações nas quais as consequências não parecem muito prejudiciais, quando o sofrimento é menor (DiMatteo, 2004), maior o risco de evitamento da informação, por parte do

sujeito alvo da recomendação. Assim, esta variável tem uma importância fulcral, pois, o modo como se apresenta a informação deve estar adaptado ao sujeito a quem se destina, aliando os elementos que lhe são mais familiares (copos por exemplo), ao invés de lhe recomendar os 2 litros simplesmente (8 copos de água), como foi dito anteriormente.

Por conseguinte, atendendo a tudo o que foi descrito anteriormente, o que são barreiras e facilitadores que os idosos possuem, e através de uma linguagem cuidada, clara e adaptada com cada idoso (mostrando-lhes a âncora – uma garrafa de 1.5 l), espera-se sensibilizá-los para aderirem à ingestão de uma quantidade de água razoável para os mesmos, de acordo com as suas necessidades hídricas.

3. Questões de Investigação

Este estudo pretendeu avaliar em primeiro lugar, quais os preditores psicossociais da adesão às recomendações de ingestão de água tendo em conta variáveis de carácter individual, como as crenças, atitudes da face à água, evitamento de informação negativa e numeracia. A este respeito, ao atendermos aos fatores intrínsecos e idiossincráticos de cada sujeito (crenças e atitudes face à água) podemos avaliar qual o tipo de relação que demonstra ter com a água. O evitamento da informação alimentar negativa por exemplo, adquire especial importância, pois crê-se que pode funcionar como preditor da adesão, ao questionar o sujeito se prefere ter conhecimento dos riscos, ou consequências de ingerir determinadas comidas/bebidas. Se o indivíduo preferir ignorar a informação, porque lhe exigiria algum esforço para executar, prevê-se que não adira à recomendação. No mesmo sentido, tal como referido no enquadramento teórico, as atitudes, as crenças, são variáveis que podem estar na base do desenvolvimento de uma intenção de ingestão de água, sendo potenciais preditores da adesão, por essa razão. Por último, a numeracia adquire aqui um carácter exploratório, onde se procurará avaliar o seu potencial preditor, dado que poderá ser uma competência necessária à compreensão da quantidade que é recomendada, i.e. da informação em formato numérico.

Em segundo lugar, pretendeu avaliar o efeito de variáveis contextuais, sobre essa mesma adesão a recomendações, tendo por base a apresentação da recomendação numa linguagem familiar, adaptada aos idosos. Em particular no que se refere a este segundo objetivo, procurámos analisar se poderíamos aumentar a eficácia da comunicação no incremento do nível de adesão às recomendações, comparando uma comunicação de uma recomendação num formato numérico comparado com uma comunicação nesse mesmo formato, ancorado numa referência familiar para os idosos, i.e. comunicação de informação com vs. sem uma âncora ou referência familiar. Para este efeito, o estudo foi realizado manipulando a forma como a informação era comunicada ao participante. Na condição/grupo de controlo, era apresentada apenas a recomendação com base numa informação numérica: “a quantidade de água que deve ser bebida por mulheres/homens da sua idade é de 2 litros por dia”. Na condição/grupo experimental, a mesma informação era apresentada mas com a adição de uma âncora de referência em que a informação correspondente aos 2 litros era acompanhada de uma referência visual através da apresentação de

duas garrafas de 1.5 litros, uma cheia e outra correspondente a 0.5 litros no seu conteúdo, correspondendo no total a 2 litros. A opção pela garrafa de 1.5 litros como referência base, justifica-se pelo seu formato e dimensão familiar e cuja comercialização é frequente encontrar na maioria dos estabelecimentos comerciais, nomeadamente supermercados. Mais ainda, a realização de um pré-teste inicial permitiu verificar que este formato era familiar para os idosos, tendo por isso sido selecionado.

Com base na hipótese de estudo previa-se que, a apresentação da referência familiar (garrafa de água) permitiria ao participante “ancorar-se” ou basear-se na referência apresentada para permitir compreender a informação que lhe era transmitida, resultando num aumento da adesão. O fornecimento de uma referência à qual os participantes se podem “ancorar”, com base em elementos familiares ao idoso, poderá permitir tornar mais concretas e menos abstratas as recomendações, as próprias quantidades referidas em termos numéricos, que por si, já são abstratas. O objetivo desta manipulação teve por base a ideia de que poderá aumentar a eficácia da comunicação de recomendações de saúde, promovendo escolhas informadas, guiadas pela informação e adaptadas ao recetor da informação, particularmente no estudo, os idosos. No entanto, este formato e a própria recomendação apenas farão sentido no incremento da adesão de indivíduos que tenham baixos níveis de ingestão de água. Naqueles que tiverem níveis altos, não se espera o efeito, pois já seguem aquilo que é recomendado. Por esta razão, procurou-se avaliar a manipulação referida mas tendo por base o efeito mediador do nível de consumo já existente, que foi igualmente avaliado com base nas estimativas feitas pelos indivíduos sobre o seu próprio consumo. A este respeito, tomou-se como base os valores de referência dos estudos realizados pelo Instituto de Hidratação e Saúde (Santos & Loff, 2010).

Com base no referido, o estudo teve por base o seguinte design experimental (tabela 1), com um fator entre-participantes e dois fatores intra-participantes, respetivamente: 2 (formato de comunicação da recomendação: com vs. sem âncora familiar de referência) x 2 (nível de consumo estimado de água: abaixo vs. acima do recomendado) x 2 (momento de medição da adesão à recomendação: antes vs. depois da apresentação da recomendação de saúde) = Quatro células/grupos avaliados em dois momentos do estudo (antes vs. depois da recomendação)

Tabela 1. Design do estudo

	Com âncora	Sem âncora
Consumo abaixo do recomendado	Grupo 1	Grupo 2
Consumo acima do recomendado	Grupo 3	Grupo 4

A variável dependente em estudo foi a adesão à recomendação, analisada em dois momentos, antes e depois da comunicação da recomendação. Como variáveis independentes e tal como referido acima, temos 1) o formato de apresentação da recomendação e 2) o nível inicial de consumo de água estimado. Tendo por base estas variáveis, procurou-se estudar a seguinte hipótese:

Hipótese 1: Espera-se um maior nível de adesão após a comunicação da recomendação com âncora familiar, do que após uma apresentação da mesma informação, sem âncora.

Mais ainda, de forma exploratória, procurou responder-se à seguinte questão:

Questão 1: As atitudes, crenças, evitamento de informação e numeracia são preditores da adesão a recomendações?

Neste sentido, para além da variável de contexto referente ao formato de apresentação, procurou-se ainda, de forma exploratória identificar preditores da adesão, tendo por base as variáveis individuais: crenças, atitudes, evitamento de informação e numeracia.

Também de forma exploratória, procurou-se avaliar o nível de precisão das estimativas calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Nível de precisão das estimativas} = \text{Estimativa} - \text{quantidade real}$$

Em baixo podem ser encontrados alguns exemplos ilustrativos indicativos de diferentes níveis de precisão, nomeadamente: subestimação (imprecisão); estimação correta (precisão); sobrestimação (imprecisão).

E.g. 0.5 litros – 1.5 litros = – 1 litros >>> a pessoa subestimou a quantidade real, estimando 1 litros abaixo do valor real

E.g. 1.5 litros – 1.5 litros = 0 >>> a pessoa estimou com precisão a quantidade real

E.g. 1.5 litros – 0.5 litros = + 1 litros >>> a pessoa sobestimou a quantidade real, estimando 1 litros acima do valor real

4. Metodologia

4.1 Participantes

Dos 70 idosos do distrito de Évora que participaram no estudo, apenas 56 foram considerados na análise, por cumprirem os critérios de inclusão na amostra. Estes foram selecionados através de um processo de amostragem não probabilística (conveniência, intencional tipo bola-de-neve; Garson, 2012). A amostra final obedeceu a critérios de inclusão específicos (Almiron-Roig, Solis-Trapala, Dodd & Jebb, 2013): idades superiores a 60 anos (devido à dificuldade em obter participantes que quisessem participar e cumprissem todos os critérios de inclusão, foram incluídos participantes entre os 60 e 65 anos), garantindo que eram autónomos, não institucionalizados, responsáveis pelas suas escolhas alimentares e residiam em Portugal há mais de 30 anos (sendo que um deles ausentou-se de Portugal por algum tempo, tendo retornado há 19 anos, mas sempre viveu no país). Foram também controlados os indicadores de *deficit* cognitivo (demência) com a versão portuguesa do *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; versão portuguesa Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994), bem como os indicadores de depressão com a versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale – Short Form* (GDS-15; Yesavage & Sheikh, 1986; versão portuguesa de Diniz, 2007).

Por conseguinte, constituíram critérios de exclusão do estudo: a apresentação de um *deficit* cognitivo ou indicadores de depressão; a realização de exercício físico superior a 10h semanais; a existência de uma condição que lhe afete o apetite e/ou a sede; a toma de medicamentos que lhe afetem o apetite e/ou a sede (Almiron-Roig et al, 2013). Assim foram excluídos 14 participantes, 6 não se encontravam nas suas plenas capacidades para a realização do estudo, tanto a nível do *Mini-Mental State Examination* como da *Geriatric Depression Scale – Short Form*; para 2 o tempo não foi suficiente para completar a totalidade da aplicação (desistência por parte dos participantes); 1 por grande dificuldade de audição e outro por existência de uma condição que lhe alterava o consumo de água. Os restantes 4 eram outliers, sendo eliminados por se situarem 2 desvios-padrão acima/abaixo da média, na análise da normalidade.

Assim, dos 56 participantes 64.3% eram homens e 35.7% eram mulheres, com idades compreendidas entre os 60 e os 98 anos, cuja média era 73.32 anos. 60.7%

com o 1º ciclo do ensino básico, 62.5% casados e acompanhados. 30.4% eram viúvos/as, à tempos diferentes, embora 1 há menos de 1 ano e os restantes até há 19 anos. 7.1% eram divorciados/as, todos há mais de 10 anos. 55.4% costuma cozinhar, e 85.7% costuma ir as compras. Todos viviam há mais de 1 ano no local de residência, e exceto um participante que retornou a Portugal há perto de 20 anos, todos viviam cá há mais de 30 anos. Nenhum dos participantes sofria de nenhuma condição que lhe afetasse o apetite e/ou sede. 55.4% não foi alvo de recomendações alimentares e 69.6% não foi alvo de recomendações de bebida. 98.2% não tomavam medicação que lhes afetasse o apetite e nenhum dos participantes tomava medicação que lhe afetasse a sede. 32.1% dos participantes continha diabetes tipo II e 3.6% diabetes tipo I. 57.1% dos participantes possuíam problemas de tensão e/ou cardiovasculares. Nenhum dos participantes tiveram eles mesmos ou familiares com problemas de saúde ligados à alimentação nos últimos 5 anos. 80.4% praticava exercício físico inferior a 10h semanais e 71.4% tinha um consumo de água inferior a 2 litros diários.

De referir que, na Escala de Rastreio da Desidratação a pontuação média foi de 6.66. Este resultado a um nível geral é razoável, pois quanto menor a pontuação maior será o índice de desidratação. O valor ultrapassa os 5.5 de valor de despiste, então pode-se dizer que o valor médio não é preocupante. Não obstante, 40 indivíduos têm um consumo de água diário inferior a 2 litros. Na secção dos resultados mais à frente serão analisados os valores em pormenor.

4.2 Instrumentos e tarefas experimentais

Questionário Sociodemográfico – este caracteriza de modo geral a amostra. Dá informação a respeito do género, idade, localidade, estado civil do participante e ainda a respeito de alguns critérios de inclusão, como o tempo de residência em Portugal, a existência de condições que afetem a sede ou de medicamentos que a alterem, bem como o número de horas de exercício semanalmente.

Mini-Mental State Examination (MMSE) – foi utilizada a versão portuguesa do MMSE (Folstein et al, 1975; Guerreiro et al., 1994), que como instrumento de despiste que é, avalia o estado mental do participante, se existe algum *deficit* cognitivo (e.g. demência). Possui 30 questões organizadas ao longo de seis domínios cognitivos – Orientação, Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e Habilidade Construtiva. Por cada resposta correta o participante obtém 1 ponto. Os pontos de corte funcionam do seguinte modo: 1) 15 pontos ou menos para participantes

analfabetos; 2) 22 pontos ou menos para participantes até 11 anos de escolaridade; 3) 27 pontos ou menos para participantes com escolaridade superior a 11 anos.

Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) – A EDG-15 (Diniz, 2007) é a versão reduzida da versão portuguesa da GDS-15 (Yesavage & Sheikh, 1986). Esta pretende detetar a existência de indicadores de depressão na população idosa. É composta por 15 itens pontuados numa escala dicotómica, em que a resposta “Sim” indica a presença de sintomas depressivos e “Não” a ausência de sintomas depressivos. Nos itens 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 o “Sim” indica a presença de sintomas depressivos, ao passo que “Não” nas restantes perguntas indica a presença do mesmo. Uma pontuação igual ou superior a 10 pontos (em 15) indica depressão. Porém, uma pontuação superior a 5 pontos também é merecedora de atenção pois pode sugerir o mesmo.

Escala de Atitudes face à Água – Esta escala foi adaptada da escala de atitudes face à carne vermelha (Gaspar, Luís & colaboradores, under review) e surgiu com o propósito de avaliar a atitude dos participantes face à água. Existe uma questão estímulo “Quando pensa em beber água, o que é que isso o/a faz sentir?” organizada em 4 tipos de resposta diferentes – mal/bem; insatisfeito/satisfeito; desagradável/gradável; negativo/positivo – com uma Escala Visual Analógica (EVA). Aqui e em muitos outros instrumentos optou-se por esta, pelas múltiplas vantagens que tem face à escala de *Likert* (Jensen, 2008). As EVA possuem uma infinidade de categorias de resposta, o que não limita a pessoa, dando-lhe liberdade de escolha, esperando-se refletir melhor a sua situação pessoal (Jensen, 2008). Por outro lado, também é apontado que a média de pontuações de grupos podem ser tratados como dados rácio, sendo esta a maior diferença entre as escalas de *Likert* e as EVA.

Para além de que existem boas evidências de validade (Jensen, 2008). Esta consistia numa linha reta com 100 mm, variando a pontuação da escala entre os dois extremos da linha, num mínimo de 0 mm e máximo de 100 mm. Não se colocou nenhum ponto intermédio para não influenciar a resposta do participante (Santos, 2014). O objetivo era que o participante colocasse o traço onde achava que se situava a sua opinião, de um modo livre e diferenciado, de pessoa para pessoa. Quanto mais nos extremos mais vincada é a sua opinião. Já uma resposta no centro reflete uma postura de não implicação, pois nem concorda nem discorda muito.

Calculou-se o Alpha de Cronbach para esta escala, entre outras. A fiabilidade da Escala de Atitude face à Água foi boa (.808), pois devia situar-se entre os valores 7 e 8 (Field, 2009). No quadro Inter-Item todas as correlações com a atitude face à água

questão 1 foram fracas (0.162, 0.165 e 0.194) pois deviam ser ≥ 0.3 (Field, 2009). Na coluna Alpha Cronbach sem o item apenas a atitude face à água nº 1 teve um valor superior a Alpha (0.921 para 0.808). Assim este não foi incluído na análise, dado que a fiabilidade da escala era maior sem este item (Field, 2009). Na coluna correlação do item com o total do questionário, mais uma vez a Atitude face à água 1 pontuou 0.186, sendo inferior a 0.3, devendo ser eliminado por fraca correlação com a escala (Field, 2009).

Questionário de Evitamento de Informação Alimentar Negativa (QEIAN) – este questionário é uma adaptação realizada por Gaspar, Carmona e Diniz (2013) da *Negative Information Avoidance About Red Meat Scale* (Gaspar et al, 2014) para hétero-administração. Este questionário avalia o grau de evitamento da pessoa relativamente à informação alimentar negativa, desde o baixo evitamento (0 mm) até ao elevado evitamento (100mm). As perguntas focavam-se precisamente em saber se a pessoa prefere saber de uma comida ou bebida, que tem um impacto negativo na sua vida, ou ignorar tal facto. Porém, a inclusão deste estudo prendeu-se também com a possibilidade de ser preditor da adesão à ingestão de água. Se um indivíduo não gostasse de beber água e lhe fosse recomendado que bebesse mais, seria importante saber se, face a estímulos desagradáveis preferia evitá-los ou tomá-los em consideração.

Aqui também foi calculado o Alpha de Cronbach, dado o facto de esta variável ser testada como um possível preditor da adesão à recomendação de consumo de água. O Alpha foi de .941, o que é um valor bastante alto. No quadro Inter-Item todas as correlações situaram-se acima dos 0.3 (0.786, 0.793, 0.944) que eram desejáveis (Field, 2009). Na correlação do item com o total do questionário nenhuma das variáveis pontuou abaixo de 0.3 (Field, 2009).

Escala de Crenças face à Água – A escala de Crenças foi criada com o intuito de englobar os mais variados tipos de crenças que um sujeito pode ter face à água. Inclui um conjunto de afirmações formuladas na primeira pessoa, com uma vertente hedónica, funcional, vital e onerosa. O tipo de resposta é com Escalas Visuais Analógicas, com valores desde 0 mm até 100mm, representando os valores elevados a concordância com as afirmações.

Integrando um dos preditores a testar, foi analisada a fiabilidade desta escala, que acusou um Alpha de .748, após a redução de 25 para 19 itens. Foram excluídos 6 dos 25 itens iniciais, que não possuíam valores elevados de correlação com os restantes itens e reduziam a fiabilidade global da escala. No quadro Inter-Item, dado

que cruzou-se a informação de 19 variáveis existem muitos valores inferiores a 0.3, pelo que não serão enunciados aqui.

Escala de Rastreio da Desidratação – A escala dos autores Rodrigues et al (2015) inspirou-se na de Vivanti, Harvey e Ash (2010), que continha 11 itens, englobando sinais físicos de desidratação e sensação de sede, dor e mobilidade. Os autores aos quais recorremos inseriram outros 4 itens, da sua autoria (o quotidiano do sujeito relativamente ao consumo de água), juntando aos anteriores, embora em posterior análise de dados, os sinais físicos de desidratação tenham caído, sendo reduzida a 11 itens a presente escala. O tipo de resposta é maioritariamente dicotómica (sim ou não), atribuindo 1 ponto ao sujeito na ausência de sinais de desidratação e 0 na presença deste, o que perfaz um valor máximo possível de 11 pontos e de 0 no mínimo, indicando este uma desidratação grave. É um instrumento útil, que faz a diferença em casos mais perigosos, de idosos que bebam pouca água, mas também identifica fatores de risco na atitude da pessoa face à água (se gosta de beber água, se esta é prioritária para si). Assim, poderia ter um cariz preventivo, na identificação de fatores de risco de desidratação.

Escala de Numeracia Subjetiva – Dada a possível presença de pessoas com níveis de escolaridade menores, optou-se por traduzir esta da subescala “preferência de informação numérica” de Fagerlin e colaboradores (2007), que registou uma correlação mais forte entre esta subescala e a da numeracia objetiva. Esta havia sido utilizada também por Domingos (2014) e colocou-se a ideia se a noção de quantidades (numeracia) poderia influenciar a ingestão de água, em conjugação com todos os outros fatores, anteriormente enunciados. Este instrumento era composto por 4 itens numa escala visual analógica, desde a baixa numeracia (0 mm) até à elevada numeracia (100mm). O 1º item remetia para a utilidade que o participante conferia às tabelas e gráficos, variando a resposta entre nada úteis e extremamente úteis. O 2º item remetia para a preferência do participante por palavras e números, sendo que a resposta variava entre sempre palavras e sempre números. O 3º item apelava à utilidade que o participante via nos números, variando a resposta entre nunca e sempre. Por fim, o 4º item apelava à preferência do participante entre percentagens e palavras, variando a resposta entre sempre percentagens e sempre palavras. Como referido anteriormente, quanto mais para os extremos da reta, mais fortes as convicções dos participantes. Este instrumento foi desenhado de modo a poder ser hétero-administrado.

Dada a lista de preditores que foram sugeridos, calculou-se o alfa de Cronbach para a numeracia. A fiabilidade desta escala foi satisfatória (.733), pois devia situar-se entre 7 e 8 (Field, 2009). No quadro Inter-Item apenas a correlação Numeracia 1 com Numeracia 2 obteve valores inferiores a 0.3 (0.246).

Registo Diário – O registo diário permitia saber, ao longo de vários períodos do dia que alimentos e líquidos o indivíduo consumia e em que quantidade. No fim constava uma pergunta para o indivíduo estimar quanto achava que consumia de água, em litros ao longo de 1 dia. Mediante o valor que ele dissesse, posteriormente na Escala de Adesão, a última pergunta iria questioná-lo como seria ingerir a quantidade que lhe faltava para os 2 litros, sem que este tivesse essa noção. Em casos de pessoas que já consumiam os 2 litros ou mais, inseriu-se 0.5 litros a mais. Recolhia-se sempre a informação relativa às 24h anteriores.

Estimativas – Esta tarefa incluía 3 questões de resposta aberta, que pediam ao participante para estimar qual a quantidade que compunha cada um de três alvos de estimativa: 1 copo de água (de 250 ml; habitualmente existentes em estabelecimentos comerciais); 1 gole de água (25ml) e 1 chávena de chá cheia (100ml). Tinha como objetivo verificar se a pessoa tinha a perceção da quantidade presente em cada uma.

Adesão ao consumo de água por prescrição médica – Este fator pretendia avaliar até que medida o participante iria aumentar o seu consumo de água se o médico lhe fizesse essa sugestão. Disponha de três questões “Quão inclinado(a) estaria para beber mais água do que bebe, se o seu médico ou outro profissional de saúde o recomendasse?” – Adesão 1, “Quão inclinado(a) estaria para beber pelo menos 2 litros, se o seu médico ou outro profissional de saúde o recomendasse?” – Adesão 2, “Quão inclinado(a) estaria para beber mais ___ do que bebe, se o seu médico ou outro profissional de saúde o recomendasse?” – Adesão 3. Estes itens foram igualmente aplicados numa Escala Visual Analógica (EVA), cujos extremos seriam pouco inclinado/adesão baixa (0 mm) até muito inclinado (adesão alta (100mm). A pessoa assinala um traço onde considera que se situa a sua resposta e posteriormente é medida em milímetros a distância da sua resposta do início da linha (0), obtendo-se uma classificação numérica.

No referente à fiabilidade, a adesão global no tempo 1 correspondente à agregação dos 3 itens de adesão aplicados antes da recomendação, foi forte (.798) (Field, 2009). No quadro Inter-item todas as correlações foram boas, sendo superiores a 0.3 (Field, 2009). Na coluna Alpha Cronbach sem o item, todos os valores foram

inferiores a alfa. Na coluna correlação do item com o total do questionário todos os itens foram superiores a 0.3.

Já a adesão global no tempo 2 correspondente à agregação dos 3 itens de adesão aplicados após a recomendação, pontuou ainda mais (.851) (Field, 2009). No quadro Inter-item todas as correlações dos itens entre si e com a escala foram boas, sendo superiores a 0.3 (Field, 2009). Na coluna correlação do item com o total do questionário todos os itens foram superiores a 0.3.

Recomendação – Este instrumento difere na condição com âncora e sem âncora. Na primeira inclui a informação dos 2 litros de água recomendada para idosos daquelas idades e para ambos os gêneros. Em seguida pergunta ao participante se sabe quanto se encontra nas duas garrafas de 1.5 l. É suposto ele dizer os 2 l. De qualquer modo em seguida diz-se se estava correto ou se não, que aquela é a quantidade que a Organização Mundial de Saúde recomendou para idosos. Já na condição sem âncora apenas se dá a informação ao indivíduo sobre o valor recomendado, só apresentando as garrafas para questionar quanto estas contêm, após a aplicação da escala de atitude face ao estudo, servindo esta para questionar o indivíduo quão difícil foi para si apropriar-se visualmente do que são 2 litros.

Escala de Experiência Subjetiva Face ao Estudo e credibilidade/complexidade da recomendação apresentada – Foram aplicadas 3 questões relativas ao modo como a pessoa se sentiu durante a aplicação, bem como 2 com o objetivo de avaliar a complexidade percebida e a credibilidade percebida da recomendação apresentada. Todos os tipos de resposta continham EVAs. Relativamente à atitude face ao estudo, era composta por três itens que avaliaram o modo como o participante se sentiu ao longo da aplicação do estudo (de 0 a 100mm): Atitude 1- muito mal/muito bem, Atitude 2 - desagradável/agradável e Atitude 3 - não gostou/gostou. A questão que avaliava a complexidade da informação era apresentada numa escala de resposta de muito fácil/muito difícil (0 a 100mm) e a credibilidade numa escala de resposta de totalmente verdadeira/totalmente falsa (0 a 100mm). A segunda pergunta referia-se à credibilidade do investigador relativamente à quantidade recomendada de 2 litros (quão credível considerava a recomendação). Quanto às questões finais, avaliou-se se a pessoa sentiu-se bem/mal, satisfeito(a)/insatisfeito(a), gostou/não gostou.

Relativamente à fiabilidade a atitude face ao estudo obteve valores robustos (.924) (Field, 2009). No quadro Inter-item todas as correlações foram boas, pois são superiores a 0.3 (Field, 2009). Na coluna Alpha Cronbach sem o item, a atitude face

ao estudo 3 situou-se de modo leve acima do alpha (.925), não devendo ainda assim integrar a análise final (Field, 2009). Na coluna correlação do item com o total do questionário todos os itens foram superiores a 0.3.

4.3 Procedimento

O procedimento decorre em apenas um momento. Iniciou-se com a apresentação do consentimento informado aos participantes, realçando o anonimato, não divulgação de qualquer dado fora da investigação, bem como o caráter voluntário de participação, sendo este livre de desistir da investigação a qualquer momento.

Também foi realçado que a investigação não possuía quaisquer custos para o participante, ou para o investigador. Após o esclarecimento de qualquer dúvida, os consentimentos informados foram assinados, passando ao preenchimento do Questionário Sociodemográfico.

Em seguida foram administrados os instrumentos de rastreio de *deficit* cognitivo e depressão (MMSE e EDG-15) pela ordem descrita. Se o ponto de corte se verificasse o processo decorreria normalmente, sem paragem repentina, para evitar que o participante sentisse ter feito algo errado e/ou se sentisse excluído (e.g. ao comentar a sua experiência com outro participante percebesse que o procedimento foi diferente).

Dada a dimensão da aplicação, que continha 14 testes para serem aplicados, não se fizeram paragens na aplicação. Mediante o tipo de participante (falava mais, ou mal falava além do que lhe era perguntado) podíamos demorar 1 hora por pessoa, ou 40 minutos. Então se fosse para prosseguir, em seguida aplicavam-se as Escalas de Atitude Face à Água, a Escala de Evitamento da Informação Alimentar Negativa, a Escala de Crenças Face à Água, a Escala de Desidratação, Numeracia Subjetiva, o Registo Diário, as Estimativas, Escala de Adesão ao Consumo de Água por Prescrição Médica, Recomendação, novamente a Escala de Adesão ao Consumo de Água, precisamente colocada aqui para avaliar se havia alguma mudança na intenção do sujeito aderir a um maior consumo de água após saber da recomendação, e por fim a Escala de Atitudes Face ao Estudo.

Posteriormente à aplicação informava-se o indivíduo a respeito do seu consumo. Traduziam-se os litros ou quantidade em termos de copos que poderiam ser mais conhecidos pelos idosos e mais simples de motivar. Esclareciam-se dúvidas que o participante tivesse e agradecíamos a participação no estudo.

5. Resultados e Discussão

Foram realizados variados testes, cujo propósito era a análise da amostra do estudo e os resultados decorrentes das análises aos valores obtidos pelos participantes nos diferentes testes. Assim, foram solicitadas: estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão) e análises à normalidade para determinar como se processava a distribuição dos dados e extrair informação geral a respeito da amostra em questão; análises de fiabilidade com o Alfa de Cronbach a algumas escalas importantes no estudo (Escala de Atitudes face à Água, Questionário de Evitamento da Informação Alimentar Negativa, Escala de Crenças face à Água, Escala de Numeracia Subjetiva, Escala de Adesão ao Consumo de Água por Prescrição Médica, Escala de Experiência Subjetiva face ao Estudo) para verificar a consistência interna das respetivas escalas, dos itens uns com os outros e de cada um com a escala no total (Field, 2009); e para conclusões mais firmes/fundamentadas realizou-se uma ANOVA de medidas repetidas e uma Regressão linear múltipla. Estas duas pertencem aos Modelos Lineares Gerais. Analisam a variação dos dados, o tamanho e a direção da relação linear entre as variáveis, e quanto da variação de um fator principal é explicada pelas variáveis independentes que serão testadas (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Portanto, para explicar a ligação de um item ou vários a um principal, ou de que modo essa ligação ocorre, é útil o recurso a estes dois últimos testes estatísticos.

Variáveis controlo

Os resultados mostraram que os níveis de ingestão de água no total da amostra estão abaixo das recomendações das organizações de saúde. A este respeito, observou-se um baixo consumo de água determinado por auto-relato, quer com base no cálculo a partir do relato do consumo pelos participantes quer com base na sua própria estimativa, respetivamente no que se refere à Quantidade medida total em litros (M = 1.44 ; DP =.63) e à Quantidade estimada total em litros (M = 1.31 ; DP =.54).

Tabela 2. Média e desvio-padrão das estimativas dos participantes face à quantidade presente nos objetos e precisão das mesmas estimativas individuais e global (das 3)

Variáveis	Quantidade 1 em ml (copo)		Quantidade 2 em ml (gole)		Quantidade 3 em ml (chávena)		Precisão Global	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Estimativa	.21	.04	.13	.15	.19	.11		
Precisão (Estimativa – valor real)	-.04	.04	.10	.15	.09	.11	.05	.07

Foi também efetuada uma análise às estimativas realizadas pelos participantes e à precisão de cada uma. Introduziram-se os valores base de cada estimativa, neste caso, os 250 ml correspondem a um copo, os 25 ml a um gole e 100 ml a uma chávena. Tendo por base estes valores, a precisão era avaliada consoante o indivíduo respondesse corretamente, subestimasse o valor ou o sobrestimasse. Assim, a estimativa 1 - relativa à quantidade de água presente num copo obteve a média mais alta das três diferentes estimativas ($M = .21$; $DP = .04$), seguida da estimativa 3 - relativa à quantidade de água presente numa chávena ($M = .19$; $DP = .11$), tendo a estimativa 2 - relativa aos goles o valor mais baixo ($M = .13$; $DP = .15$). O desvio-padrão foi superior na estimativa relativa aos goles, menor na estimativa relativa à quantidade presente na chávena, e ainda menor na estimativa relativa aos copos de água. Estes valores refletem o desvio face ao valor real existente no objeto em questão (copo, gole, chávena).

Porém, ao observar a precisão, na estimativa 1 (relativa aos copos) a média é negativa indicando subestimação do valor real ($M = -.04$; $DP = .04$). Por outro lado, a precisão da estimativa 2 - dos goles - obteve valores positivos indicando sobrestimação do valor real ($M = .10$; $DP = .15$), sendo seguida da precisão da estimativa 3 relativa à chávena ($M = .09$; $DP = .11$), igualmente obtendo valores positivos indicando sobrestimação do valor real. Foi calculada também a precisão global cujos valores situaram-se perto de 0 ($M = .05$; $DP = .07$). Interligando estes dados com a fórmula presente na questão de investigação para o cálculo da precisão, uma média negativa, a partir de -1 indica uma subestimação do valor real, valores situados perto de 0 indicam uma boa precisão do valor estimado e valores positivos a

partir de 1 indicam uma sobrestimação do valor. Assim, a média das estimativas dos participantes relativamente à quantidade presente num copo de água situou-se ligeiramente abaixo do verdadeiro valor presente no objeto, dado o valor -.04, que embora negativo não atinge o -1, parâmetro de subestimação. Relativamente aos goles, o valor destes foram sobrestimados em grande escala, dado o .10, que supera o 1, como valor onde se inicia a sobrestimação. Já as estimativas relativas à chávena obtiveram .09, aproximando-se do 1. Todos estes valores justificam os dados da precisão global das estimativas, pois as estimativas do copo e da chávena situaram-se perto de 0, não atingindo o 1 nem o -1. Embora perto dos valores limite, atingiram valores moderados, ao contrário da estimativa dos goles.

Novamente os dados remetem para a ideia que objetos familiares e de sentido prático e útil no dia-a-dia são mais simples de estimar que medidas com as quais não se tem contacto, como o nível de água que ingerimos num gole.

Tabela 3. Média e desvio-padrão dos itens de adesão, atitude face ao estudo, complexidade e credibilidade da recomendação

Variáveis	M	DP
Adesão à Recomendação 1	66.74	25.77
Adesão à Recomendação 2	59.47	35.39
Adesão à Recomendação 3	59.11	34.42
Atitude face ao estudo 1	77.68	13.13
Atitude face ao estudo 2	79.95	13.40
Atitude face ao estudo 3	81.89	12.03
Complexidade da recomendação	14.58	20.17
Credibilidade da recomendação	11.26	13.30

Quanto à inclinação dos participantes para aderir a recomendações médicas, de uma forma geral esta apresentou valores médio-altos de adesão (considerando o ponto médio da escala = 50), tendo a adesão global uma média de 64.51 e um desvio-padrão de 24.61. Particularmente no que se refere a cada um dos itens de adesão, os

resultados mostraram igualmente níveis moderados: na adesão à recomendação 1, que engloba um aumento no consumo sem qualquer quantidade fixa, a média situou-se nos 66.74 com um desvio-padrão de 25.77, na adesão à recomendação 2 impõe-se a barreira dos 2 litros como valor mínimo (M = 59.47; DP = 35.39) e na terceira questão é sugerido um valor mutável, o restante em falta para o indivíduo atingir os 2 litros de consumo diário (M = 59.11; DP = 34.42). De destacar as pontuações na adesão, principalmente na primeira questão e depois nas seguintes, com valores inferiores. Dado o cariz das perguntas, torna-se claro que a adesão é mais fácil se não envolver valores concretos. Isto é, o participante ao afirmar que vai aumentar o seu consumo de água sem designar uma quantidade, não se compromete tanto como com um valor fixo. Assim, concorda em aderir, porém como não delimita um valor não executa um grande esforço, podendo até nem aumentar o seu consumo, dado que não se estabeleceu uma meta (1 copo de água a mais).

Relativamente à atitude face ao estudo, obtiveram-se valores mais heterogéneos. Esta era composta por três itens que avaliavam o modo como o participante se sentiu ao longo da aplicação do estudo muito mal/muito bem (Atitude 1 – M = 77.68; DP = 13.13), desagradável/agradável (Atitude 2 – M = 79.95; DP = 13.40) se não gostou/gostou (Atitude 3 – M = 81.89; DP = 12.03) e também uma questão que avalia a complexidade da informação (muito fácil/muito difícil) relativa à recomendação (M = 14.58; DP = 20.17) e outra a credibilidade (totalmente verdadeira/totalmente falsa) da informação dada (M = 11.26; DP = 13.30). Com um ponto médio na escala de 50 (com 0 de mínimo e 100 de máximo) é visível que o estudo foi experienciado de forma positiva, tendo considerado a informação fácil de entender e muito credível. No que se refere ao estado geral de hidratação, determinado por auto-relato e tendo em conta que o valor médio na Escala de Rastreo da Desidratação é de 6.66 (representando o valor 0 a presença de um estado grave de desidratação), com um desvio face à média de 1.86, ao analisar pormenorizadamente os pontos obtidos nesta, existem alguns valores importantes a clarificar. Dado que a escala pode atingir um máximo de 11 pontos, o ponto de corte efetua-se em 5.5. Deste valor para cima verifica-se um risco iminente de desidratação, e valores abaixo o contrário. Assim, 26.8% dos participantes situaram-se nos 7 pontos, que, estando abaixo do ponto de corte não acusam um estado de desidratação. Porém, revelar-se-ia importante alertar os indivíduos para os fatores de risco no seu comportamento, para que possam tomar consciência e cultivar hábitos saudáveis diariamente. Por outro lado, 23.2% dos participantes posicionaram-se nos 5 pontos, situando-se perto do ponto de corte e

portanto próximos do risco/presença de fatores de desidratação. Com valores mais graves encontravam-se 1.8% dos participantes no ponto 2, que é também o mais acentuado valor de desidratação que os participantes na amostra reportaram. Esta classificação representa uma potencial ameaça para a saúde dos indivíduos, necessitando de avaliação médica para determinar esse mesmo risco identificado por auto-relato, dado estes auto-relatos não serem suficientes para inferir a condição médica, sendo meramente indicativos de uma possível presença de desidratação.

Preditores psicossociais da adesão a recomendações de ingestão de água

Foi realizada uma análise de regressão múltipla de forma a identificar os preditores psicossociais da adesão a recomendações. Para esta análise utilizou-se como variável critério a adesão a recomendações no tempo 1 representando uma escala global criada com base na agregação dos 3 itens de adesão no tempo 1 ($\alpha = .80$) e como variáveis preditores quatro escalas: atitude face à água; crenças face à água; numeracia e evitamento de informação alimentar negativa.

Nesta análise foram previamente excluídos valores extremos (outliers) e verificados os pressupostos para a sua realização com base na determinação da independência de erros, com a estatística de Durbin-Watson e de multicolinearidade através do fator da inflação da variância (VIF e Tolerância; ver Maroco, 2007). A estatística de Durbin-Watson testa a independência de erros. O valor situado pouco acima de 2 ($d = 2.03$) sugere que os erros não se correlacionam, o que corresponde ao pretendido (Field, 2009). Os valores do VIF inferiores a 10 e da estatística tolerância acima de 0.20 indicam que não há multi colinearidade nos dados (VIF e Tolerância apresentaram valores dentro dos limites aceitáveis nos vários preditores, com um VIF máximo de 1.15 e mínimo de 1.02 e uma tolerância máxima de .98 e mínima de .871). No que se refere à variância explicada do modelo de regressão linear múltipla obtido, $R^2 = .12$; $db = 2.03$. verifica-se um valor baixo, sendo que o conjunto das variáveis predictoras explica apenas 12.1% da variabilidade da adesão à recomendação de ingestão de água (Field, 2009). A estatística de teste t corresponde a 2, sendo p -value inferior a .05, o que denota um efeito genuíno do modelo. A este respeito, surge o seguinte modelo: $\text{Adesão} = 3988.58 + 1.13$ que resulta em $F(4, 50) = 1.72$; $p < .05$; $R^2 = .12$. De entre todas as variáveis testadas, apenas a escala de crenças revelou ser um preditor positivo estatisticamente significativo da adesão ($B = 1.13$; $t(4, 50) = 2.13$; $p = .038$), não tendo sido observados valores significativos para as restantes variáveis.

Todos os valores anteriormente apresentados corroboram a ideia que o modelo enunciado é válido. A escala de crenças foi o único fator que obteve valores robustos a vários níveis. O valor de B indica uma relação positiva entre este preditor e a variável dependente. Aliando este ao valor de t , também positivo e com o p -value há evidências genuínas de uma correlação entre estas duas variáveis (Field, 2009).

Estes resultados ainda adquirem um sentido mais forte se analisarmos novamente o que é uma crença. Uma crença é uma cognição que possui um potencial de orientação, que se torna mais forte quando conjugado com outras crenças. Cada crença antes de o ser é um conjunto de significados e operações que conduzem a uma ação (Kreitler & Kreitler, 2013).

Se o objetivo deste estudo é aumentar a adesão às recomendações de consumo de água, não pode ignorar o poder prévio das crenças antes da adoção de um comportamento, mas também antes de dar qualquer informação. Em particular esta escala integra em si crenças de cariz vital, funcional, hedónico, oneroso e barreiras/facilitadores. As crenças são determinantes no modo como o idoso observa e credibiliza a informação que o profissional lhe transmite, relativa ao consumo de água. Há todo um posicionamento que orienta o modo como o idoso irá encarar a recomendação. É importante que o profissional tenha atenção e tente avaliar o que o idoso pensa da situação, verificando qual o tipo de relação que este possui com a água, se é favorável ao consumo, de reconhecimento da importância vital da água, mas principalmente de envolvimento, comprometimento com os hábitos de consumo que deveria apresentar.

Comunicação de recomendações de ingestão de água e níveis de adesão

Inicialmente foi analisada a normalidade das escalas e verificou-se que os itens que não cumpriam os pressupostos da normalidade foram: unidade total, quantidade medida total em litros, precisão global. No entanto, verificou-se que dada a baixa severidade dos níveis de desvio face à normalidade e tendo em conta a robustez da ANOVA face a desvios a este nível, optou-se pela não transformação matemática dos dados.

Neste sentido, foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas, considerando a variável “Adesão” (com dois níveis intra-participantes: antes vs. depois da apresentação da recomendação) como variável critério e as variáveis condição (recomendação de saúde apresentada Com vs. Sem âncora) e nível prévio de consumo estimado (acima vs. abaixo da recomendação de 2 litros) como fatores entre-

participantes, tendo sido analisados efeitos principais de cada uma destas variáveis, bem como os correspondentes efeito de interação, tendo por base a correção de Greenhouse-Geisser dada a verificação de violação da assunção de esfericidade.

No que se refere ao item 1 da adesão – “*Quão inclinado(a) estaria para beber mais água do que bebe, se o seu médico ou outro profissional de saúde o recomendasse?*” - não foram verificados efeitos principais e de interação, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre condições e entre momentos de medição da adesão, nem interação destas variáveis.

No que se refere ao item 2 da adesão – “*Quão inclinado(a) estaria para beber pelo menos 2 litros de água por dia, se o seu médico ou outro profissional de saúde o recomendasse?*” – verificou-se um efeito principal marginalmente significativo da variável tempo, $F(1, 548.84) = 4.15$, $p = .047$, $\eta^2 = .07$, Potência = .52. A este respeito os resultados mostram que a adesão foi superior após a recomendação (Com âncora $M = 66.22$ e $SD = 29.30$; Sem âncora $M = 62.83$ e $SD = 31.48$; $p = .018$), comparada com a adesão antes (Com âncora $M = 60.30$ e $SD = 32.09$; Sem âncora $M = 58.34$ e $SD = 31.85$), sendo este efeito independente da condição, não se tendo verificado um efeito de interação significativo.

No que se refere ao item 3 da adesão, que incluía um valor não fixo de recomendação, correspondente ao valor que faltava ao participante para atingir os 2 litros diários, face ao seu valor de consumo prévio estimado – “*Quão inclinado(a) estaria para beber mais ____ litros de água por dia (valor de consumo direto estimado), se o seu médico ou outro profissional de saúde o recomendasse?*” – verificou-se um efeito de interação entre a condição e o tempo, $F(1, 1220.26) = 5.30$, $p = .025$, $\eta^2 = .09$, Potência = .62. Este espelha uma relação diferenciada entre a condição com e sem âncora na adesão antes e depois da recomendação, sendo que, com base em testes post-hoc com ajustamento Bonferroni, – verificou-se que a adesão foi significativamente superior após a recomendação ($M = 72.70$; $SD = 23.34$) na condição com âncora, comparado com a adesão prévia à recomendação ($M = 61.48$; $SD = 30.64$) ($p = .031$). Em oposição, na condição sem âncora, não existiram diferenças significativas na adesão antes e depois da recomendação.

De seguida é apresentada a tabela 4, que apresenta a média e desvio-padrão em cada condição, antes e depois da recomendação de saúde.

Tabela 4. Média e desvio-padrão das condições nos níveis (antes e depois) da adesão

	Adesão 1 antes		Adesão 1 depois		Adesão 2 antes		Adesão 2 depois		Adesão 3 antes		Adesão 3 depois	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Com âncora	66.81	27.23	70.85	22.76	60.30	32.09	66.22	29.30	61.48	30.64	72.70	23.34
Sem âncora	70.48	23.72	70.10	21.37	58.34	31.86	62.83	31.48	69.31	29.66	64.48	34.24

Para uma análise mais detalhada, foi testado igualmente o efeito de interação das variáveis - tempo e condição - com a variável nível de consumo estimado maior/menor que 2 litros, não se tendo verificado efeitos de interação significativos com esta variável, nem efeito principal do nível de consumo prévio estimado. A este respeito e com caráter apenas descritivo dada a ausência de resultados significativos, na tabela seguinte são apresentados os valores referentes à adesão, consoante a condição e nível de consumo prévio estimado.

Tabela 5. Média e desvio-padrão da adesão por condição e nível de consumo prévio de água estimado, acima ou abaixo dos 2 litros em ambos os níveis (antes e depois)

	Consumo prévio	Adesão 1 antes		Adesão 1 depois		Adesão 2 antes		Adesão 2 depois		Adesão 3 antes		Adesão 3 depois	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Com âncora	< 2 L	64.95	29.07	69.16	26.69	57.00	34.14	62.63	32.93	60.00	31.73	70.74	27.31
	≥ 2 L	71.25	23.44	74.88	8.15	68.13	26.99	74.75	16.82	65.00	29.62	77.38	8.38
Sem âncora	< 2 L	70.81	23.07	67.00	23.79	53.14	32.21	58.62	33.83	67.14	31.25	60.14	36.70
	≥ 2 L	69.62	26.99	78.25	10.21	72.00	28.30	73.88	22.39	75.00	26.03	75.88	25.22

De forma complementar, foram ainda analisadas diferenças com as mesmas variáveis preditoras referidas acima mas com uma nova variável critério, correspondente a uma agregação dos 3 itens de adesão, representando a adesão global antes e depois da comunicação da recomendação. Com base numa ANOVA de medidas repetidas, os resultados mostraram apenas um efeito principal marginalmente significativo da variável tempo, $F(1, 384.66) = 4.26$, $p = .044$, $\eta^2 = .08$, Potência = .53, sendo a adesão superior após a recomendação em comparação com a adesão antes. Não se verificaram efeitos principais da condição e consumo prévio estimado, nem efeitos de interação entre estes fatores. As diferenças a este respeito considerando as duas variáveis condição e nível de consumo, podem ser observadas na tabela em baixo.

Tabela 6. Média e desvio-padrão da adesão global por condição e consumo de água registado acima ou abaixo dos 2 litros em ambos os níveis (antes e depois)

		Adesão Global antes		Adesão Global depois	
		M	DP	M	DP
Condição com âncora	< 2 L	60.65	28.08	67.51	26.39
	≥ 2 L	68.12	19.04	75.67	9.57
Condição sem âncora	< 2 L	63.70	23.63	61.92	27.22
	≥ 2 L	72.21	25.45	76.00	17.83

6. Discussão geral

Os resultados mostraram que a hipótese em estudo foi parcialmente confirmada, dependendo da categoria de adesão (geral vs. com recomendação numérica vs. com recomendação numérica face ao próprio consumo estimado da pessoa). Os participantes cuja âncora lhes foi apresentada em conjunto com a recomendação registaram maiores valores na adesão a uma recomendação numérica face ao próprio consumo estimado da pessoa, que os participantes que apenas lhes foi dada uma recomendação verbal. Assim, depreende-se desta análise que apresentar elementos de informação adicionais que sejam familiares para os idosos – no caso deste estudo uma âncora de referência num formato familiar com base numa garrafa de 1.5 Litros a acompanhar uma recomendação, poderá facilitar não só a sua apreensão da informação mas porventura motivar para aderirem às recomendações de saúde.

Efetivamente, os participantes deste estudo registaram maiores níveis de adesão após a recomendação quando lhes davam informações concretas de consumo de água face ao seu próprio comportamento. A primeira questão preconizava um aumento de consumo variável, sem qualquer quantidade associada, que não produziu grande adesão independentemente do tempo em que ocorreu ou condição. Porém quando se atribuiu uma quantidade específica, os níveis de adesão aumentaram após a recomendação, quer para os 2 litros, quer para a informação específica a cada indivíduo, tornando claro que esta “especificidade” é o caminho indicado a seguir. Se o objetivo é que os idosos aumentem a sua quantidade ingerida de água, deve ser-lhes indicada uma meta, informação concreta, que pode ir aumentando com o tempo. A pertinência da terceira questão associada à adesão prende-se com esta lógica. Se o idoso não está disponível para ingerir 2 Litros de água, pode motivar-se o seu aumento de modo regular, gradual e preciso. Por exemplo, se o idoso bebe 0.5 l de água por dia pode-se começar com mais 0.25 l por dia, dar-lhe a recomendação em termos de copos – mais um copo de água por dia que o que já bebe. Nesta linha de pensamento, pode ser pertinente para os profissionais de saúde darem estas informações adaptadas aos idosos em questão, com os elementos que estes melhor conhecem, de modo simplificado. Particularmente, os copos de água estão entre os objetos do dia-a-dia dos idosos, em conjunto com as garrafas de água, pelo que, se um idoso não tiver o hábito de beber água nas garrafas, poderá fazê-lo pelo copo, que tem uma quantidade específica, o que tornará mais fácil este perceber se aumentou

ou diminuiu o seu consumo. No que toca à facilidade percebida em beber um copo de água, pode parecer menos exigente e complexo para o idoso ingerir um copo de água ou mais diariamente.

Com base na investigação realizada uma possível contribuição prática poderá ser que as informações dadas aos idosos devem ser simples, específicas e adaptadas a cada um. Mais ainda, deve procurar-se utilizar uma linguagem clara, que lhes seja familiar, e apropriado a cada idoso. A este respeito e especialmente no que se refere à compreensão da informação de quantidades é evidente que, se os idosos não tiverem a noção real do que é uma quantidade, mais dificilmente se vão comprometer a atingi-la (Domingos, 2014). Esta ideia esteve sempre presente ao longo do estudo com os participantes, dado que no fim era dada sempre a informação que os 2 litros de água correspondiam a 8 copos (dos mais comuns nos estabelecimentos comerciais). Assim, se estes sentissem que as garrafas maiores eram desadequadas para o seu caso particular, considerar os copos de água poderia ser uma alternativa adequada. A presente tese possui pontos importantes, bem como limitações, pelo que será focado o aspeto metodológico. Na tentativa de realizar um estudo robusto, incorporou-se uma metodologia qualitativa e quantitativa. Se por um lado o método qualitativo absorve informação mais profunda a respeito do indivíduo, também é mais moroso o processo de recolha da informação, pois requer mais tempo, o que na opinião dos participantes, o estudo já lhes exigia, com tantos testes. Esta foi outra limitação semelhante à anterior. Na tentativa de fazer um estudo o mais completo possível, aumentou-se o número de aspetos a avaliar, o que, em conjugação com alguma metodologia qualitativa, culminou em vários protestos, recusas e quase desistências por parte de vários idosos. Estes aspetos constituem limitações, mas primeiramente são pontos a favor. No entanto, há sugestões de estudos que poderiam ser desenvolvidos futuramente:

Primeiramente poderia ser importante averiguar outros tipos de âncoras, informação familiar, para auxiliar na recomendação. Que outras âncoras produziram um efeito, para além da garrafa de água presente neste estudo. Segundo, realizar um estudo que avaliasse quais os profissionais, entidades ou indivíduos que os idosos mais confiam, dentro da área da saúde e não apenas (governo, investigadores, meteorologia, cozinheiros, vizinho, primo, etc). Porventura contrapor-se as várias fontes possíveis em quem os mesmos confiarão e os motivos, tentando estabelecer uma ordem nos vários profissionais, entidades, indivíduos que mais facilmente poderiam fomentar a adesão a um maior consumo de água. No caso de ser um

indivíduo em particular conhecido pela sua profissão, enunciá-lo. Este estudo poderia ser eficaz em específico no consumo de água, por ser aplicado a este, porém também poderia avaliar a credibilidade conferida a cada profissional ou entidade, no geral, quando se pronunciasse a respeito de outros temas, o que poderia ser útil para as profissões aqui inseridas.

Outra possibilidade seria um estudo aprofundado do motivo da adesão a um aumento da ingestão de água. Ao questionar o idoso ou adulto quais seriam os motivos que o fariam aumentar o seu consumo estabelecer-se-iam as possíveis condições que influenciariam ou levariam um indivíduo a aumentar o seu consumo, guiando-o no sentido da adesão. Ou seja, apurar-se-ia com maior facilidade o que pode ser uma condição que fomente com certeza o aumento do consumo de água. Com um estilo de perguntas qualitativas, recolher-se-iam variadas opiniões e situações para mais tarde testar com outra população, verificando se alguma refletia o seu caso pessoal. Por outro lado, ainda neste seguimento poder-se-ia manipular situações que alguns indivíduos considerassem problemáticas e colocá-las a outros indivíduos, verificando se essas situações seriam geralmente aceitas como problemáticas pelos vários participantes.

Seria importante estudar a influência social da sociedade no indivíduo, nomeadamente ao nível das suas cognições (Gaspar & Garrido, 2016). Por exemplo um estudo com dois grupos, no qual um deles teria indivíduos com opinião desfavorável ao consumo de água, se isso iria exercer alguma influência em indivíduos com pouca convicção neste tema, ou que não fossem acérrimos de um consumo constante de água. No outro grupo haveria indivíduos que defendem o consumo de água, avaliando em que medida mudaria a opinião dos mesmos participantes pouco convictos. Assim, estimar-se-ia quais as situações que podem influenciar o consumo de água num indivíduo. Não apenas naqueles cuja convicção não seja muito forte, mas também em indivíduos com opinião já formada.

Tendo em conta a importância do consumo de água e os efeitos que a sua privação provoca, outra sugestão seria um estudo que medisse de modo mais profundo a preferência dos idosos por água ou por outras bebidas. Embora esta questão integrasse a Escala de Rastreio de Desidratação, encontrava-se suscetível à desejabilidade social, dado o seguimento de perguntas. Sabe-se que na velhice há uma alteração do sistema fisiológico (Phillips et al, 1984), levando o idoso a sentir sede menos frequentemente. Porém, é importante apurar como o indivíduo sacia a própria sede, qual a sua resposta. Assim, este estudo adquire especial importância

pois avalia a resposta do indivíduo face à sede, que mesmo pouco frequente é dos poucos momentos que os idosos neste estudo revelaram consumir algo, se o padrão de consumo de água constante não estivesse presente.

7. Conclusão

Sendo a adesão ao consumo de água o tema central do estudo apresentado, verificou-se que esta apresenta-se como um aspeto relevante a incluir em intervenções junto de idosos, com o objetivo de aumentar a sua ingestão de água. Especificamente procurou-se verificar o efeito do formato de recomendação de ingestão de água, procurando encontrar formas mais eficazes de comunicar esta informação, com base no uso de “ajudas” (âncoras) familiares que servissem de referência para uma melhor compreensão da recomendação. Mais ainda, procurou-se identificar preditores psicossociais - crenças, atitudes do participante face à água e evitamento, bem como a numeracia - da adesão. Consideramos que os resultados a este nível poderão contribuir para a área de comunicação em saúde, não só alertando para a identificação de formatos mais eficazes de comunicação de recomendações, como também que essa comunicação possa ter em conta as crenças prévias dos indivíduos, face à água (ingestão e usos).

A comunicação de saúde com foco no tema da ingestão de água, particularmente em idosos, revela-se como uma prioridade, dados os efeitos adversos na saúde, decorrentes da desidratação. A água enquanto elemento primordial à vida humana, que também confere qualidade de vida quando ingerida em quantidades saudáveis (Caldas, 2003; Garrido & Menezes, 2002; Ramos, Veras & Kalache, 1987) deve ser um tema central, dada a evidência de consumos inferiores ao recomendado na amostra do estudo mas também de uma forma geral na sociedade portuguesa (Santos, Gonçalves & Loff, 2009). Por tantas consequências enunciadas que a desidratação pode provocar, inclusive a morte (Bennett, Thomas & Riegel, 2004; Chassagne, Druesne, Capet, Ménard & Bercoff, 2006; Ferry, 2005; Warren, et al., 1994; Thomas, Tariq, Makhdomm, Haddad & Moinuddin, 2003) é crucial incitar ao consumo de água. Precisamente neste aspeto assenta a mais-valia da realização deste estudo. As recomendações de saúde dadas pelos profissionais não têm surtido o efeito pretendido pelos mesmos. Então, propusemo-nos a identificar os obstáculos e facilitadores que influenciam a adesão à recomendação do consumo de água e controlá-los, aumentando a eficácia das recomendações, com uma comunicação mais adaptada e familiar ao idoso.

De salientar também os dados relativos à hipertensão e a sua ligação com uma das estratégias para aumentar o consumo de água reportada pelos idosos, com base numa maior ingestão de sal, como reportado por Demétrio (2015). Se um indivíduo

revelar uma tendência para este comportamento, de ingerir maiores quantidades de sal a fim de se motivar a ingerir mais água, pode igualmente pôr em risco a sua saúde. Deste modo, para além do estudo dos determinantes da ingestão de água, também se afigura pertinente investigar em estudos futuros outros comportamentos “secundários” associados à ingestão de água como é o caso da ingestão de sal, incluindo em que medida os indivíduos têm a noção do risco envolvido neste comportamento.

Importa ainda referir que o consumo de água, como elemento imprescindível à vida, é do interesse de qualquer entidade da saúde. Ao nos focarmos nas recomendações que os profissionais comunicam à população, propomos sublinhar os aspetos que devem estar presentes nessa mesma recomendação para que as quantidades recomendadas a ingerir sejam mais compreensíveis e motivadoras, inclusive quando as crenças e atitudes não sejam favoráveis ao consumo de água. Sobretudo realça-se a ideia de recomendações com elementos que as tornem mais eficazes, como a linguagem familiar para o idoso, com recurso a objetos ou medidas que ele conhece melhor (copos, goles, taças, etc.), de modo personalizado, atendendo ao que ele bebe efetivamente e o que está disposto a beber.

Efetivamente, a literatura demonstra que quanto mais clara e definida a informação na implementação de um programa, ou neste caso na recomendação, melhores serão os resultados (Bauman, Stein, & Ireys, 1991; Dale, Baker, & Racine, 2002; Winter & Szulanski, 2001). Fixsen, Naoom, Blase, Friedman e Wallace (2005) verificaram que quanto mais acessível a linguagem mais facilmente os indivíduos compreendem o que está em questão e mais apelativa se torna a informação/atividade/tarefa para a população em questão. Assim, todo o processo de adesão antes de poder ocorrer tem de ter estes pré-requisitos assegurados – clareza e precisão da informação, adaptada ao sujeito, com recurso a objetos que lhes sejam familiares e incorporando técnicas que lhes permitam fazer face aos desconfortos que sintam.

Por outro lado, tendo em conta os obstáculos que os idosos mais referem, é importante desmistificá-los, encontrar soluções, ou um modo de os contornar. Este papel do idoso remete para o conceito de stakeholder (Campbell, 1997), que consiste num agente interventivo, ou alguém que beneficia da execução de um determinado programa, atividade ou tarefa. Este modelo preconiza a ideia que nada do que envolve estes indivíduos pode ser feito sem os stakeholders ou partes interessadas (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005), que no âmbito do nosso estudo serão os profissionais de saúde e entidades de uma forma geral envolvidas na criação e

implementação de políticas de saúde. De facto, aplicando ao caso em específico, se o objetivo é incrementar os níveis de ingestão de água em idosos, é fundamental recolher relatos sobre os obstáculos que estes percecionam e estabelecer um acordo mútuo para ingerir essa quantidade de água, ultrapassando os obstáculos reportados.

É importante os profissionais de saúde informarem os idosos da recomendação diária de 2 litros, só por si. No entanto, se referirem que os 2 litros equivalem a 8 copos de água, por exemplo, enunciando os recipientes próprios aos quais mais recorrem, enriquece-se muito mais a informação, assegurando que os idosos compreendem-na e que no futuro irão aderir à recomendação. Todo o foco deve ser nos próprios indivíduos, apelando ao seu envolvimento, de modos que lhe sejam mais fáceis. Se o objetivo é provocar a adesão às prescrições médicas, neste caso a ingestão de água, deve-se ter em conta as barreiras enunciadas pelos sujeitos-alvo, e tentar contorná-las. Não se pode almejar uma adesão completa se não se estabelecer um espírito cooperativo e de comunhão com o indivíduo. Tal como foi referenciado no enquadramento teórico, os resultados variam face a um estilo de comunicação unidirecional ou de duas vias (Gaspar et al, in press). Tratando-se de idosos com um comportamento próprio, já cristalizado, é importante motivá-lo para aderir à recomendação de ingestão de água, que, com o seu carácter vital, não apenas confere qualidade de vida, como prejudica imenso quando em falta. De ter em conta a representatividade dos idosos no país, que, neste sentido, deixa de ser uma problemática focada nos idosos, passando a abranger a sociedade, com expressão na população portuguesa, que iria garantir qualidade de vida, podendo repercutir-se na esperança média de vida e na diminuição de problemas crónicos.

8. Referências bibliográficas:

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Akram, M., & Hamid, A. (2012). A comprehensive review on water balance. *Biomedicine & Preventive Nutrition*. 3(2), 193-195. doi:10.1016/j.bionut.2012.10.003
- Almiron-Roig, E., Solis-Trapala, I., Dodd, J., Jebb, S. A. (2013). Estimating food portions. Influence of unit number, meal type and energy density. *Appetite*, 71(1), 95-103. doi: 10.1016/j.appet.2013.07.012
- Araújo, M. L. A. (2013). A desidratção no idoso (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Atlas da Saúde (2014). Efeitos nocivos da desidratção. Retirado de <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/efeitos-nocivos-da-desidratacao>
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384, 54-52. doi:10.1016/S0140-6736(14)60648-6
- Bauman, L. J., Stein, R. E. K., & Ireys, H. T. (1991). Reinventing fidelity: The transfer of social technology among settings. *American Journal of Community Psychology*, 19(4), 619-639. doi: 10.1007/BF00937995
- Bennett, J. A., Thomas, V., & Riegel, B. (2004). Unrecognized chronic dehydration in older adults: examining prevalence rate and risk factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(11), 22-28. doi: 10.3928/0098-9134-20041101-09
- Branin, J. J. (2001). The role of memory strategies in medication adherence among the elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 20(2), 1-16. doi:10.1300/J027v20n02_01
- Brashers, D. E., Goldsmith, D. J., & Hsieh, E. (2002), Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. *Human Communication Research*, 28: 258–271. doi: 10.1111/j.1468-2958.2002.tb00807.x
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard Univ. Press

- Brown, N. R., & Siegler, R. S. (1993). Metrics and mappings: A framework for understanding real-world quantitative estimation. *Psychological Review*, 100(3), 511-534. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.511>
- Brown, N. R., & Siegler, R. S. (2001). Seeds aren't anchors. *Memory & Cognition*, 29(3), 405-412. doi: 10.3758/BF03196391
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. doi:10.1590/S0102-311X2003000300009
- Campbell, A. (1997). Stakeholders: The Case in Favour. *Long Range planning*, 30(3), 446-449. doi: 10.1016/S0024-6301(97)00003-4
- Ceschi, A., Dorofeeva, K., & Sartori, R. (2013). *Numeracy and logical abilities in cognitive heuristics and biases*. Verona: University of Verona.
- Chassagne, P., Druesne, L., Capet, C., Ménard, J. F., & Bercoff, E. (2006). Clinical presentation of hypernatremia in elderly patients: a case control study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(8), 1225-1230. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00807.x
- Chaudry, B., Connelly, K., Siek, K. A., & Welch, J. L. (2011). The Design of a Mobile Portion Size Estimation Interface for a Low Literacy Population. *Proceedings of the 5th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth) and Workshops*, 160–167. doi: 10.4108/icst.pervasivehealth.2011.246113
- Dale, N., Baker, A. J. L., & Racine, D. (2002). *Lessons Learned: What the WAY Program Can Teach Us About Program Replication*. Washington, DC: American Youth Policy Forum.
- De Boer, A., Ter Horst, G. J., & Lorist, M. M. (2013). Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing research reviews*, 12(1), 316–28. doi: 10.1016/j.arr.2012.08.002.
- De Houwer, J., Thomas, S., & Baeyens, F. (2001). Associative learning of likes and dislikes: A review of 25 years of research on human evaluative conditioning. *Psychological Bulletin*, 127(6), 853–869. doi:10.1037/0033-2909.127.6.853
- Demétrio, P. (2015). *Porque bebo água? Uma análise dos determinantes psicossociais e significado atribuído ao consumo de água, numa amostra de idosos (Tese de mestrado não publicada)*. Universidade de Évora, Évora.

- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209. doi: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
- Diniz, A. M. (2007). *Versão em língua portuguesa para hetero-administração da GDS: Short version* (GDS-15; Yesavage & Sheikh, 1986).
- Domingos, S. (2014). Alimentação com conta, peso e medida: Um estudo exploratório da representação mental e da quantificação subjetiva do consumo de carne vermelha, numa amostra de idosos. [Estimating, weighing and measuring food consumption: An exploratory study of the mental representation and subjective quantification of meat consumption, in an elderly sample] (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- Eisele, M., Zimmermann, T., Köhler, M., Wiese, B., Heser, K., Tebarth, F., Weeg, D., Olbrich, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Weyerer, S., Werle, J., Leicht, H., König, H-H., Lupp, M., Riedel-Heller, S., Maier, W., & Scherer, M. (2012). Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe. *BMC geriatrics*, 12(1), 9. doi:10.1186/1471-2318-12-9
- European Food Safety Authority (2010). Scientific opinion on dietary reference values for water. *European food safety journal*, 8(3), 1459-1507. doi:10.2903/j.efsa.2010.1459
- Fagerlin, A., Zikmund-Fisher, B., Ubel, P., Jankovic, A., Derry, A., & Smith, D. (2007). Measuring numeracy without a math test: development of the subjective numeracy scale. *Medical Decision Making*, 27(5), 672-680. doi: 10.1177/0272989X07304449.
- Faulkner, G. P., Pourshahidi, L. K., Wallace, J. M. W., Kerr, M. A., McCrorie, T. A., & Livingstone, M. B. E. (2012). Serving size guidance for consumers: Is it effective? *Proceedings of the Nutrition Society*, 71(4), 610-621. doi: 10.1017/S0029665112000766.
- Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C., & Kardes, F. R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 229-238. doi:10.1037/0022-3514.50.2.229
- Ferry, M. (2005). Strategies for ensuring good hydration in the elderly. *Nutrition Reviews*, 63(1), 22-29. doi:10.1111/j.1753-4887.2005.tb00151.x

- Ferry, M., Hininger-Favier, I., Sidobre, B., & Mathey, M. F. (2001). Food and fluid intake of the SENECA population residing in Romans, France. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 5(4), 235-237.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. London: SAGE Publications Ltd
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: Boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 3-6. doi:10.1590/S1516-44462002000500002
- Garson, G. D. (2012). *Sampling*. North Carolina: Statistical Associates Publishing.
- Gaspar, R., Carmona, C., & Diniz, A. (2013). Questionário de Evitamento da Informação Alimentar Negativa. Manuscript submitted for publication
- Gaspar, R., Domingos, S., Diniz, A., & Falanga, R. (in press). Barriers to and facilitators of older adult's adherence to health recommendations: Towards an engAging two-way health communication. In Guendalina Graffigna (Ed.), *Promoting Patient Engagement and Participation for Effective Healthcare Reform* (pp.58-82). Hershey: IGI Global. doi: 10.4018/978-1-4666-9992-2.ch004
- Gaspar, R., & Garrido, M. (2016). Cognição Social. In Miguel Pereira Lopes, Patrícia Jardim da Palma & Albino Lopes (Eds.), *Psicologia Fundamental* (pp.193-240). Lisboa: MGM Edições.
- Gaspar, R., Luís, S., Seibt, B., Lima, M. L., Marcu, A., Rutsaert, P., Fletcher, D., Verbeke, W., & Barnett, J. (in press). Consumers' avoidance of information on red meat risks: effects on attitudes and perceived knowledge. *Journal of Risk Research*. doi:10.1080/13669877.2014.1003318
- Gille, D. (2010). Overview of the physiological changes and optimal diet in the golden age generation over 50. *European Review of Aging and Physical Activity*, 7(1), 27– 36. doi: 10.1007/s11556-010-0058-5
- Gilleard, C., & Higgs, P. (1998). Old people as users and consumers of healthcare: A third age rhetoric for a fourth age reality? *Ageing and Society*, 18(2), 233-248.

- Goodman, N. (1955). *Fact, fiction, and forecast*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grandjean, A. C., & Campbell, S. M. (2004). *Hydration: fluids for life*. Washington: International Life Sciences Institute
- Griffiths, T. L., Kemp, C., & Tenenbaum, J. B. (2008). Bayesian models of cognition. In Ron Sun (Ed.), *Cambridge Handbook of Computational Psychology* (pp. 1-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439. doi:10.1111/1475-6773.01070
- Haveman-Nies, A., de Groot, L. C., & Van Staveren, W. A. (1997). Fluid intake of elderly Europeans. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 1(3), 151-155.
- Howard, G., & Bartram, J. (2003). *Domestic water quantity, service level, and health*. Geneva: World Health Organization.
- Huizinga, M. M., Carlisle, A. J., Cavanaugh, K. L., Davis, D. L., Gregory R. P., Schlundt, D. G., & Rothman, R. L. (2009). Literacy, Numeracy, and Portion-Size Estimation Skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324–328. doi:10.1016/j.amepre.2008.11.012
- Instituto Hidratação e Saúde (n.d.). Efeitos da desidratação na saúde. Retirado de http://www.ihs.pt/efe_apresentacao.php
- Instituto Hidratação e Saúde (2009). Desidratação e alterações cognitivas. Retirado de http://www.ihs.pt/xms/files/Documentos_Tecnicos_-_Revisoes_Tematicas/DESIDRATACAO_E_ALTERACOES_COGNITIVAS.pdf
- Instituto Hidratação e Saúde (2010). Especificidade da Hidratação em Seniores: Causas e Consequências. Retirado de http://www.ihs.pt/xms/files/Documentos_Tecnicos_-_Revisoes_Tematicas/Especificidade_da_Hidratacao_em_Seniores.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (n.d.) – Projeções da população residente. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

- Jensen, M. (2008). Pain assessment in clinical trials. In Harriet Wittink & Daniel Carr (Eds.), *Pain management: Evidence, outcomes, and quality of life - A sourcebook*. (pp. 57-82). New York: Elsevier
- Kant, A. K., Graubard, B. I., & Atchison, E. A. (2009). Intakes of plain water, moisture in foods and beverages, and total water in the adult US population – nutritional, meal pattern, and body weight correlates: National Health and Nutrition Examination Surveys 1999–2006. *The American Journal of Clinical Nutrition* 90(3), 655-663. doi:10.3945/ajcn.2009.27749
- Kreitler, S., & Kreitler, H. (2013). *The cognitive foundations of personality traits*. New York: Springer Science & Business Media. doi: 10.1007/978-1-4899-2227-4
- Lipkus, I., & Peters, E. (2009). Understanding the role of numeracy in health: proposed theoretical framework and practical insights. *Health Education & Behavior*, 36(6): 1065-1081. doi:10.1177/1090198109341533.
- Luís, S. C. (2011). *Dr. Jekyll or Mr. Hyde: Normative Influence on Judgment and behavior*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia
- Manz, F., & Wentz, A. (2005). The importance of good hydration for the prevention of chronic diseases. *Nutrition Review*, 63(1), 2-5. doi: 10.1111/j.1753-4887.2005.tb00150.x
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mckiernan, F., Houchins, J. A., & Mattes, R. D. (2009). Relationships between human thirst, hunger, drinking and feeding. *Physiology & Behavior*, 94(5), 700–708. doi: 10.1016/j.physbeh.2008.04.007
- Mentes, J., & Culp, K. (2003). Reducing hydration-linked events in nursing home residents. *Clinical Nursing Research*, 12(3), 210-225. doi: 10.1177/1054773803252996
- Mussweiler, T., & Strack, F. (2001). The semantics of anchoring. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86(2), 234-255. doi: 10.1006/obhd.2001.2954
- Northcraft, G.B., & Neale, M.A. (1987). Experts, amateurs, and real estate: An anchoring-and-adjustment perspective on property pricing decisions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 39(1), 84-97. doi: 10.1016/0749-5978(87)90046-X

- Olson, M. A., & Fazio, R. H. (2001). Implicit attitude formation through classical conditioning. *Psychological Science*, 12(5), 413–417. doi:10.1111/1467-9280.00376
- Panel, E., & Nda, A. (2010). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water, 8(3), 1–48. doi:10.2903/j.efsa.2010.1459
- Paritosh, P. K., & Forbus, K. D. (2005). Analysis of strategic knowledge in back of the envelope reasoning. *Proceedings of the National Conference on Artificial Intelligence*, 20(2), pp. 651-656.
- Paritosh, P. K., & Klenk, M. E. (2006). Cognitive Processes in Quantitative Estimation: Analogical Anchors and Causal Adjustment. Vancouver: Proceedings of the 28th Annual Conference of the Cognitive Science Society.
- Peters, E. (2006). Numbers are just numbers. In Warner K. Schaie & Laura L. Carstensen (Eds.), *Social structures, aging and self-regulation in the elderly* (pp. 175-188). New York: Springer.
- Peters, E. (2008), Numeracy and the Perception and Communication of Risk. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1128, 1–7. doi: 10.1196/annals.1399.001
- Peters, E., Hibbard, J., Slovic, P., & Dieckmann, N. (2007). Numeracy skill and the communication, comprehension, and use of risk-benefit information. *Health Affairs*, 26(3), 741-748. doi: 10.1377/hlthaff.26.3.741
- Peterson, C. R., & Beach, L. R. (1967). Man as an intuitive statistician, *Psychological Bulletin*, 68(1), pp 29-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0024722>
- Phillips, P. A., Rolls, B. J., Ledingham, J. G., Forsling, M. L., Morton, J. J., Crowe, M. J., & Wollner, L. (1984). Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. *New England Journal Medicine*, 311(12), 753-759. doi: 10.1056/NEJM198409203111202
- Ramos, L. R., Veras, R. P., & Kalache, A. (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 211-224. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06.pdf>
- Riley, W. T., Beasley, J., Sowell, A., & Behar, A. (2007). Effects of a Web-based food portion training program on food portion estimation. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2), 70-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2006.08.028>
- Rodrigues, S., Silva, J., Severo, M., Inácio, C., Padrão, P., Lopes, C., Carvalho, J., Carmo, I. D., & Moreira, P. (2015). Validation Analysis of a Geriatric Dehydration Screening Tool in Community-Dwelling and Institutionalized Elderly

- People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), 2700-2717. doi:10.3390/ijerph120302700
- Russel, R. M., Rasmussen, H. & Lichtenstein, A. H. (1999). Modified Food Guide Pyramid for People over Seventy Years of Age. *The Journal of nutrition*, 129(3), 751-753.
- Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Santos, A., Gonçalves, N., & Loff, J. (2009). *Estudo de caracterização do perfil de Hidratação dos Portugueses*. Instituto Hidratação e Saúde. Retirado de http://www.ihs.pt/xms/files/Documentos_Tecnicos_-_Estudos/2009_-_Relatorio_Estudo_de_Caracterizacao_do_Perfil_de_Hidracao_dos_Portugueses.pdf
- Santos, A. & Loff, J. (2010). Estudo da influência das motivações de consumo no aporte hídrico dos Portugueses. Instituto de Hidratação e Saúde. Retirado de http://www.ihs.pt/xms/files/Documentos_Tecnicos_-_Estudos/2010_-_Estudo_da_influencia_das_motivacoes_de_consumo_no_aporte_hidrico.pdf
- Santos, V. (2014). *Determinantes da resposta de adesão ao medicamento em idosos: Uma abordagem experimental* [Determinants of response to drug adherence in the elderly: An experimental approach] (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- Sawka, M.N. (1992). Physiological consequences of hypohydration: exercise performance and thermoregulation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24(6), 657-670.
- Shannon, J., White, E., Shattuck, A., L., & Potter, J., D. (1996). Relationship of food groups and water intake to colon cancer risk. *Cancer epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 5(7), 495-502. Retirado de <http://cebp.aacrjournals.org/content/5/7/495.full.pdf>
- Schwarzer, R. (2014, Outubro 13). Health action process approach (HAPA). Retirado de <http://www.hapa-model.de/>
- Shepherd, S. & Kay, A. C. (2012). *Negative Information Avoidance About Red Meat Scale*.
- Shipman, D., & Hooten, J. (2007). Are nursing homes adequately staffed? The silent epidemic of malnutrition and dehydration in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 15-18.

- Shirreffs, S. M. (2005). The importance of good hydration for work and exercise performance. *Nutrition Reviews*, 63(1), 14-21. doi:10.1111/j.1753-4887.2005.tb00149.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th Ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Thomas, D. R., Tariq, S. H., Makhdomm, S., Haddad, R. & Moinuddin, A. (2003). Physician misdiagnosis of dehydration in older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(5), 251-254. doi:10.1016/S1525-8610(04)70368-0
- Trafimow, D., & Finlay, K. A. (1996). The importance of subjective norms for a minority of people: Between-subjects and within-subjects analyses. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(8), 820-828. doi:10.1177/0146167296228005
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), pp. 1124-1131. doi:10.1126/science.185.4157.1124
- Vivanti, A., Harvey, K., & Ash, S. (2010). Developing a quick and practical screen to improve the identification of poor hydration in geriatric and rehabilitative care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 156–164. doi: 10.1016/j.archger.2009.03.003
- Volkert, D., Kreuel, K., & Stehle, P. (2005). Fluid intake of community-living, independent elderly in Germany – a nationwide, representative study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 9(5), 305-309.
- Warren, J., Bacon, E., Harris, T., McBean, M. A., Foley, D. J. & Phillips, C. (1994). The burden and outcomes associated with dehydration among US elderly, 1991. *American Journal of Public Health*, 84(8), 1265–1269. doi: 10.2105/AJPH.84.8.1265
- Winter, S. G., & Szulanski, G. (2001). Replication as Strategy. *Organization Science*, 12(6), 730-743. doi: <http://dx.doi.org/10.1287/orsc.12.6.730.10084>
- World Health Organization (2012). *Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide*. Retirado de http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1274.pdf?ua=1
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 5(1-2), 165-173. doi:10.1300/J018v05n01_09.
- Ysseldyke, J., Burns, M. K. & Rosenfield S. (2009). Blueprints on the Future of Training and Practice in School Psychology: What Do They Say About Educational and

Psychological Consultation?. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 19(3), 177-196. doi: 10.1080/10474410903106448

Zajonc, R. B. (1968). The attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1–27. doi:10.1037/h0025848

Zienoly, R. & IPPF-EN (2008). Manual de educação inter-pares em direitos e saúde sexual e reprodutiva. (A., Madeira Trad.). Associação Para o Planeamento Da Família. (Obra Original Publicada s.d.). Retirado de <http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Manual%20interpares.pdf>

9. Anexos



Termo de Consentimento Informado

Tomei conhecimento que a estudante do Mestrado em Psicologia da Universidade de Évora, Melina Sofia da Silva Caldeira, está a desenvolver uma investigação sobre os hábitos alimentares dos idosos, procurando contribuir para a melhoria da saúde alimentar desta população, sob orientação do Professor Doutor Rui Gaspar, docente na instituição.

Neste âmbito, foram-me explicados os objetivos do trabalho e foi solicitada a minha colaboração para responder a vários instrumentos em um único momento de participação.

Fui informado(a) de que as respostas serão anónimas e confidenciais. A minha identificação nunca será divulgada e a minha colaboração tem carácter voluntário, podendo desistir em qualquer momento.

Compreendo que não irá existir qualquer tipo de remuneração ou custos pela minha participação neste estudo. É-me garantido que sempre que necessitar ser-me-á proporcionado qualquer esclarecimento.

Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim.

Aceito, pois, colaborar neste estudo e assino onde indicado.

Dados sociodemográficos

Vou apenas fazer-lhe algumas perguntas que concernem a informações simples a seu respeito.

Qual o seu nº de identificação: _____

Pode-me dizer a sua idade? _____

(Não pergunto, apenas assinalo) Género: _____

(Apenas faço a pergunta não lhe influenciando as respostas) Qual o seu nível de escolaridade?

___ Iltrado (sem escolaridade)

___ 1º ciclo do ensino básico (antiga 1ª à 4ª classe)

___ 2º ciclo do ensino básico (5º e 6º ano)

___ 3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano)

___ Ensino Secundário (10º ao 12º ano)

___ Frequência de ensino superior

___ Não sabe / Não responde

Qual a sua localidade? _____

Há quanto tempo reside nesta localidade? _____

Reside em Portugal há quantos anos? Desde que nasceu Há _____ anos

Qual o seu estado civil?

Solteiro/a

Viúvo/a Há quanto tempo? _____

Casado/a ou União de Facto

Divorciado/a Há quanto tempo? _____

Vive sozinho/a? Sim Não

Costuma cozinhar? Sim Não Se sim, quantas vezes por semana? _____

Costuma ir às compras de alimentos? Sim Não Se sim quantas vezes por semana? _____

Tem alguma condição que afete o apetite e a ingestão de líquidos ou sólidos? Sim
Não Se sim, qual ou quais?

Tem recomendações médicas relativas à alimentação que pode fazer? Sim Não
Se sim, quais?

Tem recomendações médicas relativas às bebidas que pode beber? Sim Não
Se sim, quais?

Toma medicamentos que afetem o apetite? Sim Não
Se sim, quais?

Toma medicamentos que afetem a sede? Sim Não
Se sim, quais?

Tem Diabetes? Sim Não Se sim, Tipo I ou Tipo II

Tem hipertensão ou problemas cardiovasculares? Sim Não

Você ou alguém na sua família teve, nos últimos 5 anos, algum problema de saúde relacionado com a alimentação? Sim Não
Se sim, qual(is)?

Faz Exercício? Sim Não Se sim, quantas horas por semana?

MINI-MENTAL STATE –MMS

ID	_____
----	-------

NOME: _____

IDADE: _____ ANOS DATA: ____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

- Em que ano estamos? _____
- Em que mês estamos? _____
- Em que dia do mês estamos? _____
- Em que dia da semana estamos? _____
- Em que estação do ano estamos? _____
- Em que país estamos? _____
- Em que distrito vive? _____
- Em que casa estamos? _____
- Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

- Pêra _____
- Gato _____
- Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Nota:

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

- Pêra _____
- Gato _____
- Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

- Relógio _____
- Lápis _____

Nota:

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

- Pega com a mão direita _____
- Dobra ao meio _____
- Coloca onde deve _____

Nota:

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

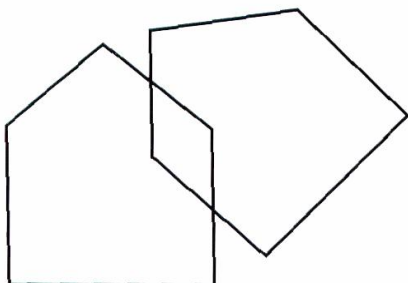
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota:

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO



(Máximo 30 pontos)

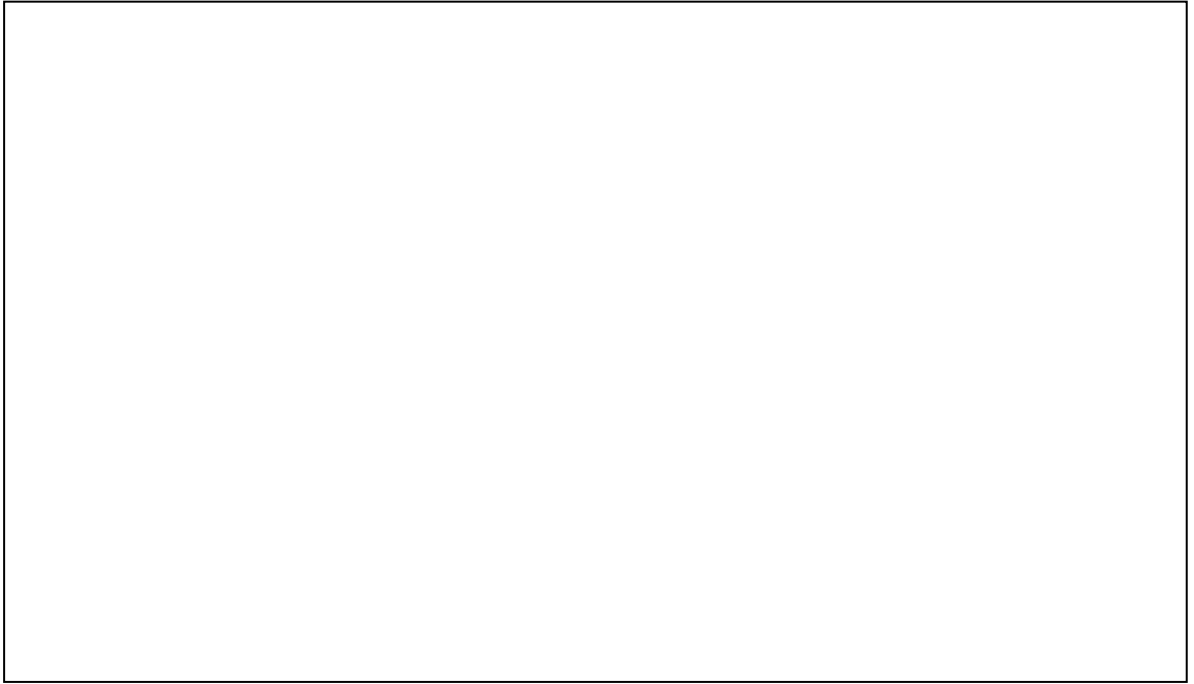
TOTAL:

**Pontos de Corte
(População Portuguesa)**

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos 15
- 1 a 11 anos de escolaridade 22
- Com Escolaridade superior a 11 anos 27

Folha em A5 Branco – Tarefa para dobrar folha ao meio



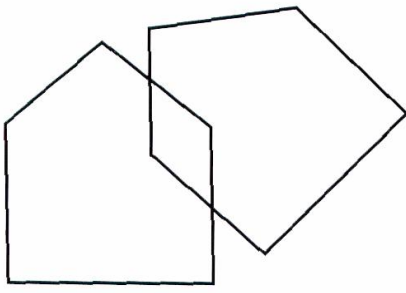
Folha A5 – Tarefa Fechar os olhos

**FECHE OS
OLHOS**

Folha A5 – Tarefa Escrever uma Frase

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Folha A5 – Tarefa Cópia do desenho

DESENHO	CÓPIA
	

EDG-15*

Escolha a melhor resposta (SIM ou NÃO) para cada pergunta que lhe vou fazer sobre a maneira como se sentiu na sua última semana.

(Desenhar um círculo à volta da opção correspondente à resposta.)

1. Está basicamente satisfeito(a) com a sua vida? **SIM / NÃO**
2. Afastou-se de muitas das suas actividades e interesses? **SIM / NÃO**
3. Sente que a sua vida é vazia? **SIM / NÃO**
4. Sente-se muitas vezes desinteressado(a)? **SIM / NÃO**
5. Está de bom humor a maior parte do tempo? **SIM / NÃO**
6. Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer? **SIM / NÃO**
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? **SIM / NÃO**
8. Sente-se muitas vezes abandonado(a)? **SIM / NÃO**
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? **SIM / NÃO**
10. Sente que tem mais problemas de memória do que a maior parte das pessoas? **SIM / NÃO**
11. Acha que estar vivo agora é maravilhoso? **SIM / NÃO**
12. Sente que não tem valor no estado em que agora se encontra? **SIM / NÃO**
13. Sente-se cheio de energia? **SIM / NÃO**
14. Sente que não há esperança para a sua situação? **SIM / NÃO**
15. Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que a Sra.(Sr.)? **SIM / NÃO**

Obrigada(o).

Respostas a **carregado** indicam depressão: cada uma vale 1 ponto.

Na versão americana (Fonte: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>): uma pontuação > 5 sugere depressão e deve conduzir a uma avaliação e acompanhamento compreensivo do caso; uma pontuação ≥ 10 é quase sempre indicadora de depressão.

*A. M. Diniz. Lisboa, 2007. Versão em língua portuguesa para hetero-administração da *GDS: Short version (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986)*. (A validade desta versão encontra-se ainda em estudo, pelo que todos os direitos são reservados.)

Questionário de Evitamento de Informação Alimentar Negativa

(QEIAN)*

Vou ler-lhe um conjunto de frases e pedir-lhe o mesmo que pedi há pouco. Quero que indique com o seu dedo onde se situa a sua resposta. Deverá ser a resposta com que mais se identifica ou lhe faz mais sentido. Vou voltar a dar-lhe um exemplo, para se tornar mais claro.

Se lhe pedisse para me dizer em que medida concorda com a frase "Está mais frio no Inverno do que no Verão" dir-me-ia que concorda totalmente ou que discorda totalmente da frase?

Experimente colocar agora o dedo na linha, consoante esteja mais próximo(a) de concordar totalmente ou discordar totalmente da frase.



De seguida vou ler-lhe umas frases e quero que ponha o seu dedo onde se situa a sua resposta. Deverá ser a resposta que melhor descreve como se sente, consoante esteja completamente de acordo ou completamente em desacordo com a frase que eu lhe ler.

* Gaspar, R., Carmona, C., & Diniz, A. M. (2013). Adaptação da *Negative Information Avoidance About Red Meat Scale* (Shepherd & Kay, 2012) para hétero-administração. Versão dos itens resultantes do teste do modelo do QEIAN. (A validade desta versão encontra-se ainda em estudo, pelo que todos os direitos são reservados.)

Por favor, pense sobre sua reação típica quando ouve ou lê notícias sobre os aspetos negativos acerca da comida e que lhe possam fazer mal.

1. Quando se trata dos riscos de comer ou beber alguma coisa que me faça mal, eu ficaria mais confortável se simplesmente fechasse os olhos ao assunto.



2. Quando se trata das consequências de comer ou beber alguma coisa que me faça mal, preferia não saber quão mau é.



3. Preferia saber toda a história quando se trata dos riscos de comer ou beber alguma coisa que me faça mal, independentemente de quanto a verdade possa doer.



Escala de Desidratação

Agora vou fazer-lhe umas perguntas sobre o seu dia a dia.

- 1 – Já alguma vez sentiu sede? *Sim*____ *Não*____
- 2 – Ontem sentiu sede? *Sim*____ *Não*____
- 3 – É difícil para si mover os seus ombros, braços ou mãos? *Sim*____ *Não*____
- 4 – Nas últimas duas semanas ter dor interferiu com as suas atividades diárias?
*Sim*____ *Não*____
- 5 – Nas últimas duas semanas teve dor de algum tipo? *Sim*____ *Não*____
- 6 – Nas últimas duas semanas deixou cair algo? *Sim*____ *Não*____
- 7 – Quantas vezes teve uma dor de cabeça na semana passada? *Número:* _____
- 8 – Gosta de beber água? *Sim*____ *Não*____
- 9 – Costuma beber água durante as refeições? *Sim*____ *Não*____
- 10 – Se pudesse escolher entre várias bebidas, escolheria água para beber? *Sim*____
*Não*____
- 11 – Estar bem hidratado é uma das suas preocupações? *Sim*____ *Não*____