

TURISMO SOCIAL E ALIMENTAÇÃO – UM ESTUDO COM TURISTAS DA TERCEIRA IDADE

Márcia Reis Felipe¹

Carlos Alberto Tomelin²

Resumo: O aumento da longevidade e da proporção de pessoas idosas vem sendo enfatizado como um dos mais marcantes fenômenos demográficos deste século. A terceira idade pode ser uma etapa privilegiada da vida. O turismo voltado à terceira idade é uma das diferentes formas de lazer, no entanto, o envelhecimento apesar de ser um processo natural, submete o organismo a alterações anatômicas e funcionais que poderão repercutir de forma negativa nas condições de saúde e nutrição do idoso. O presente estudo avaliou 328 turistas idosos hospedados em hotéis de Balneário Camboriú, quanto ao seu perfil nutricional e suas necessidades e expectativas alimentares. Os resultados da pesquisa evidenciam a necessidade de um atendimento especial a estes indivíduos, que inclua em suas refeições alimentos de baixo teor calórico, com restrição de sal e gordura e isenção de sacarose. Esta atenção permitirá, solucionar dificuldades de mastigação, à obesidade, constipação intestinal, hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes, encontrados em uma parcela significativa da população estudada..

Palavras-chave: Idosos; Turistas; Alimentação

Introdução

Os países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, estão passando por uma acelerada transição demográfica, com diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida (KALACHE, 1987).

O ritmo de crescimento da população brasileira de 60 anos ou mais tem sido intenso. Segundo projeções elaboradas no IBGE (1999), enquanto a população, menor de 20 anos, cresceu 12% de 1980 a 1999, neste mesmo período a população idosa cresceu 70%, o que significa um acréscimo de, aproximadamente, 6 milhões de idosos.

Uma questão polêmica entre os estudiosos refere-se à definição do que seja velhice e de quando ela se inicia. O processo de envelhecimento e a velhice propriamente dita, não se processam de maneira homogênea; a decisão sobre quando o ser humano deva ser considerado idoso é fruto de um consenso que varia no tempo, no espaço e até mesmo de acordo com a classe social analisada.

¹ Universidade do Vale do Itajaí. Professora do Curso de Nutrição. Aluna do Programa de Pós-graduação *strictu sensu* em turismo e hotelaria da UNIVALI (Doutorado). E-mail: nutricao@bc.univali.br

² Universidade do Vale do Itajaí. Professor do Curso de Turismo e Hotelaria da UNIVALI. Aluno do Programa de Pós-graduação *strictu sensu* em turismo e hotelaria da UNIVALI (Doutorado).

Para este autor, são necessários três critérios básicos no estabelecimento da idade das pessoas e que influirão na definição da velhice: a idade cronológica, a idade biológica e a idade pessoal, ou seja, aquela que a própria pessoa determina, que o seu espírito sente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os idosos constituem o grupo etário de 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos (WHO, 1995). Também a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 (regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, e que dispõe sobre a política do idoso) estabelece em seu Artigo 2º que “considera-se idoso, para os efeitos dessa lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade”.

Segundo Stucchi (1994) a expressão “terceira idade” bastante utilizada no Brasil para designar pessoas ou grupos nesta faixa etária, teve sua origem na França, país de formação dos primeiros gerontólogos brasileiros que nos anos 70 cursaram as “Universités de Troisième Age”.

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde do indivíduo. O processo de envelhecimento biológico é caracterizado por alterações fisiológicas que levam a um declínio de todas as funções orgânicas.

Segundo Rozemberg (1996), o envelhecimento tem um marco: a aposentadoria. O desligamento do mercado de trabalho por intermédio da aposentadoria é responsável por um momento de perda para o indivíduo. Nesse momento de sua vida, o homem altera sua rotina de trabalho e afasta-se do convívio com um determinado grupo social.

Para Salgado (1982), existe neste período da vida, uma forte tendência à marginalização social do idoso, traduzida especialmente pela falta de participação no processo da integração na sociedade pelos condicionamentos sócio-culturais, na medida em que os mais idosos deixam de ser importantes para o próprio grupo social a que pertencem.

Rozemberg (1996), chama a atenção para papel do lazer na terceira idade, como forma de enfrentamento da solidão, na recuperação da auto-estima e como fonte de inspiração a um modo de viver mais saudável e completo. O lazer é um meio inestimável à manutenção dos vínculos sociais, que tendem ao afrouxamento com o avançar da idade. Igualmente, é um instrumento de ressocialização importante, capaz de fazer nascer laços de amizade, de companheirismo e apoio mútuo.

Gaelzer (1979) aponta o turismo como uma das diferentes formas de lazer que podem ser praticadas, propiciando o atendimento das necessidades humanas de aventura, de

descoberta, de movimento, de apreciação da natureza e da satisfação das ambições estéticas do homem perpetuando a tradição, o folclore e as artes no país e fora deles.

Silva (2002), reforça este conceito, ao considerar o turismo como uma forma de lazer que oferece oportunidades ao indivíduo de fazer novas amizades, conhecer outras pessoas, que poderão vir a lhe proporcionar informações não conhecidas e vivências diferentes, fator importante para todas as pessoas, mas com especial destaque à população da terceira idade, faixa etária em que as amizades, os relacionamentos são de extrema importância.

Araújo (2000), ressalta a necessidade de um tratamento diferenciado para a população idosa, sendo prioritária a atenção aos aspectos sociais, de lazer e de saúde a essa faixa etária.

As atuais pesquisas comprovam que o processo natural de envelhecimento não é um fator impeditivo para a maioria das atividades cotidianas de um adulto de qualquer idade (MOLETTA, 2000). Para muitas pessoas, esta é uma etapa privilegiada da vida, pois nessa fase é possível realizar atividades há muito adiadas e tornar sonhos em realidade.

Moletta (2000), apresenta o turismo social como uma proposta alternativa à terceira idade uma vez que o propósito do turismo social é a promoção de um turismo em harmonia com as reais expectativas e demandas manifestadas pelos participantes. Seu enfoque humanista, seu espírito integrador e sua natureza não lucrativa convergem para um turismo comprometido com o homem e com o seu bem-estar físico, psíquico e social.

O Código Ético Mundial para o Turismo assegura o direito ao turismo para as pessoas da terceira idade (WTO, 1999). No caso do Brasil, a Constituição Federal de 1988, no Artigo 230, contempla a temática da terceira idade ao afirmar ser competência da família, da sociedade e do Estado, o “dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Este Artigo é regulamentado pela Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre uma política nacional para o idoso, com o “objetivo de assegurar-lhe direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”.

O Projeto, coordenado e supervisionado pela EMBRATUR, reúne entidades oficiais de turismo e o setor privado de natureza lucrativa ou não, buscando oferecer acessibilidade ao turismo às pessoas com mais de 50 anos, além de programas de lazer e uma convivência grupal enriquecedora. Os idosos membros dos Clubes da Maior Idade deparam-se com uma série de atividades organizadas pelo próprio Clube ou pela Associação de Clubes, além de facilidades tais como descontos em serviços turísticos que visam estimular a saída em viagens.

Um desafio para os promotores do turismo social destinado à terceira idade consiste na incorporação à atividade de indivíduos que, além das barreiras típicas da idade, caracterizam-se também por uma limitação econômica.

Para Boullón (1990), o turismo social deve atender àqueles indivíduos que de outra forma não poderiam usufruir o turismo comercial. Ele defende a equiparação do turismo às atividades de saúde e educação públicas, inclusive com o financiamento do Estado para que possam ser construídas estruturas próprias para os beneficiários.

O valor da contribuição que o turismo social pode aportar ao segmento da terceira idade depende, principalmente, do entendimento quanto ao papel que o lazer pode desempenhar no preenchimento do tempo livre dos membros da sociedade em geral e, em especial, dos componentes deste grupamento etário.

Neste sentido, o setor turístico deve oferecer ao idoso, condições adequadas de atendimento as suas necessidades especiais de transporte, alojamento e alimentação. O setor turístico deve buscar a qualidade em seus serviços e produtos, no atendimento ao turista da terceira idade, visto que os anseios e perspectivas desta população são diferentes dos outros segmentos de mercado.

Envelhecimento e estado nutricional

Muitos estudos vêm mostrando a correlação direta entre inadequação nutricional e distúrbios orgânicos crônicos decorrentes do envelhecimento, desencadeados ou agravados pelo consumo marginal ou deficiente de macro e micronutrientes (CHERNOFF, 1999).

Os idosos apresentam condições peculiares que condicionam seu estado nutricional. Alguns desses condicionantes são devidos às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, enquanto outros são influenciados pelas enfermidades presentes e por fatores relacionados à sua situação socioeconômica e familiar (NOGUÉS, 1995).

Para Quitero-Molina (1993) e Nogués (1995), as mudanças fisiológicas que interferem no estado nutricional são: diminuição do metabolismo basal, redistribuição da massa corporal, alterações no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede. Com exceção das duas primeiras, todas as outras podem interferir diretamente no consumo alimentar.

Diferentes estudos, em vários países, têm demonstrado a prevalência de desvio nutricional na população idosa, na qual a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade predominam sobre indivíduos com bom estado nutricional.

Uma importante causa de morbi-mortalidade em idosos, segundo Chandra (1990), é o déficit energético-protéico como fator relacionado à imunossupressão e maior risco de infecções.

Num estudo com um grupo da terceira idade, freqüentadores de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, constatou-se que, entre as doenças referidas pelos idosos, 32% apresentavam problemas relacionados com o trato gastrointestinal, 24% com a hipertensão arterial e 14% com diabetes *mellitus* (GOULART *et al.*, 2000).

Um dos mais freqüentes distúrbios intestinais que acometem os idosos é a constipação. Esta enfermidade que tem como origem, múltiplos fatores, apresenta direta relação com os hábitos alimentares, nível de hidratação, doenças coexistentes e medicamentos administrados (SOARES E LAUDANNA, 1997). Sua prevalência apresenta índices médios de 20% em idosos (THOMPSON & HEATON, 1980).

Fatores que afetam o consumo alimentar do idoso

Entre os fatores externos que mais influenciam na má nutrição do idoso, encontram-se os fatores psicossociais, tais como a perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, integração social, capacidade de deslocamento, capacidade cognitiva e outros associados a enfermidades (CAMPOS *et al.*, 2000).

De acordo com Aranceta-Bartrina (1988), a integração social tem um papel relevante no consumo alimentar desta população. A solidão predispõe o idoso a alimentar-se inadequadamente tanto em quantidade, quanto em qualidade. Nesses casos observa-se uma tendência a negligenciar a compra e o preparo de alimentos variados e nutritivos (MORIGUTI *et al.*, 1998).

Observa-se neste grupo, um elevado consumo de produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo, como chás e torradas. Este comportamento alimentar afeta a adequação de nutrientes no organismo dos idosos e coloca-os em risco de má nutrição (ARANCETA-BARTRINA, 1988; NOGUÉS, 1995).

A integração social exerce um papel bastante importante na alimentação dos indivíduos nesta faixa etária. A predisposição para ingerir alimentos é muitas vezes modificada por simples situações como a companhia de outras pessoas (NOGUÉS, 1995).

Com o envelhecimento, ocorrem ainda, diversas alterações que conduzem à redução nas funções fisiológicas (WATKIN, 1982; QUITERO-MOLINA, 1993). Algumas mudanças como alterações na cavidade oral, no funcionamento digestivo, na percepção sensorial e

diminuição da sensibilidade à sede, poderão interferir diretamente no seu consumo alimentar (NOGUÉS, 1995).

Alterações na capacidade mastigatória dos alimentos em função de cáries, ausência de dentes, doenças periodontais e inadaptação à próteses dentárias, interferem no comportamento inicial do processo digestivo, tanto do ponto de vista mecânico, quanto da própria ação dos sucos digestivos (NOGUÉS, 1995).

Figún e Garino (1994) citam estudos que demonstram a influência da mastigação na absorção dos alimentos. De acordo com estes autores, além da diminuição mecânica da mastigação, ocorre também uma menor ingestão de alimentos como resultado das reais dificuldades que o idoso encontra para comer.

As pessoas que usam prótese total mastigam 75 a 85% menos eficientemente que aquelas que possuem dentes naturais, levando a uma diminuição de consumo dos alimentos mais difíceis de mastigar como carnes, frutas e vegetais frescos, e à substituição por alimentos mais macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras, vitaminas e minerais (SHUMAN, 1998).

Também a menor secreção salivar diminui a capacidade para mastigar e deglutir o alimento. Para Podrabsky (1995), o ato de comer, muitas vezes é uma experiência dolorosa e desagradável para o idoso, influenciando diretamente na sua ingestão alimentar.

Um estudo realizado por (HILDEBRANDT *et al.*, 1997), mostrou que pessoas idosas com 60 anos ou mais, com perda no número total de dentes, evitam alimentos de consistência mais firme, como carne, vegetais crus e alimentos secos, como o pão. Em estudo realizado por Papas *et al.*, (1998), verificou-se que pessoas que usavam dentaduras consumiam mais carboidratos refinados e sacarose. De acordo com este estudo, à medida que o número de dentes diminui, a vitamina A, fibras e cálcio da dieta também diminuem, enquanto a ingestão de colesterol aumenta.

O processo de salivação contribui para a diminuição da intensidade das forças necessárias para fragmentar os alimentos, já que este se torna menos resistente. Além disso, a saliva é importante porque circunda as superfícies dentárias agindo como um lubrificante, favorecendo o deslizamento do bolo alimentar na deglutição. Ela também serve para neutralizar o nível ácido de pH induzido pela combinação das bactérias orais e alimentos, principalmente os carboidratos, contribuindo na limpeza dos dentes. (CASTRO e AMÂNCIO, 2000).

A saliva, em muitos idosos, se encontra diminuída. Apesar do fluxo salivar e de seus componentes permanecerem estáveis durante o processo de envelhecimento, em muitos casos,

a diminuição da saliva decorre da presença de enfermidades e do uso de determinados medicamentos.

Alterações na mucosa oral que podem ocorrer com o envelhecimento, também irão interferir diretamente no consumo de alimentos. Com o avanço da idade, a aparência lisa e a diminuição da espessura do epitélio na cavidade oral provocam sensação de ardor quando o idoso consome alimentos muito quentes ou frios, diminuindo o apetite e contribuindo para a inadequação do consumo alimentar (CAMPOS *et al.*, 2000).

A atrofia da mucosa gástrica ocorrida durante o envelhecimento, diminui a produção de ácido clorídrico e da secreção do fator intrínseco. O envelhecimento retarda, ainda, o esvaziamento gástrico de uma refeição. Estudos de Evans *et al.* (1981) mostraram que enquanto um adulto jovem levou 50 minutos para promover o esvaziamento gástrico da metade do bolo alimentar, pessoas idosas gastaram aproximadamente, 123 minutos para realizar o mesmo processo.

Modificações intestinais no indivíduo idoso como a atrofia na mucosa e no revestimento muscular tem provocado deficiência de absorção de nutrientes, principalmente do cálcio, favorecendo também o aparecimento de diverticulose, em virtude de uma menor motilidade no intestino grosso e cólon (NOGUÉS, 1995; PODRABSKY, 1995).

As alterações na motilidade intestinal também contribuem para o aparecimento da constipação tão comum em geriatria. O quadro de constipação no idoso, pode estar relacionado ainda, com a baixa ingestão de líquidos e de fibras, com o menor número de refeições por dia, com a depressão e com o sedentarismo (SHUMAN, 1998).

A diminuição da sensibilidade à sede, atribuída à disfunção cerebral e, ou, à diminuição da sensibilidade a osmorreceptores tem sido motivo freqüente de desidratação nos idosos, levando à constipação. Este quadro pode ser agravado pelo uso de diuréticos e laxativos, muito comum nesta faixa etária. A hidratação adequada é bastante relevante, uma vez que a desidratação pode desencadear enfermidades infecciosas e cerebrovasculares (NOGUÉS, 1995; MORIGUTI *et al.*, 1998; BALAS, 1999).

Também as enfermidades crônicas não transmissíveis são importantes nesta fase da vida. Dentre elas, a diabetes mellitus vêm ganhando destaque. No Brasil, este tipo de doença acomete cerca de 20 a 22% das pessoas com mais de 65 anos (FRAIGE FILHO, 2003).

O risco de doença arterial coronariana também se encontra bastante aumentado com a idade. Com o passar dos anos os vasos sanguíneos se tornam menos elásticos e a resistência total periférica aumenta, levando a uma prevalência de hipertensão. A hipertensão está

normalmente associada com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, incluindo elevados níveis de colesterol.

Já as alterações na percepção sensorial da pessoa idosa exercem um papel fundamental no seu consumo alimentar. Essas mudanças abrangem o declínio da acuidade visual, audição, olfato, tato e sensação de gustação (PODRABSKI, 1995).

A percepção do gosto relaciona-se, sobretudo à língua, sendo a sensibilidade a gostos primários dos alimentos como o sabor ácido, doce, salgado e amargo, um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar (NOGUÉS, 1995).

As pessoas têm percepção própria para cada item e seu paladar pode ser influenciado pela temperatura, pressão, adstringência e por algumas doenças (DUTCOSKY, 1996; FERREIRA, 1999, FREELAND GRAVES *et al.*, 1995).

Nas pessoas idosas, a percepção do gosto sofre uma redução. Isto resulta de uma diminuição do número de gemas gustativas por papilas linguais, que é a estrutura encontrada naturalmente na língua, responsável pela percepção do gosto dos alimentos.

Enquanto no jovem são encontradas mais de 250 gemas gustativas por papilas linguais, no idoso com mais de 70 anos, este número é menor do que 100. Isso significa que, para perceberem a mesma intensidade de sabor dos alimentos, com o passar do tempo, as pessoas idosas necessitam de maior concentração do sabor atribuído ao alimento (CAMPOS e COELHO, 2003).

Estudos demonstram que a dificuldade do idoso para detectar os sabores doce e salgado dos alimentos, o predispõe a adoçar ou salgar mais os alimentos, na tentativa de ajustá-lo a seu paladar (NOGUÉS, 1995).

O olfato tem sido avaliado como o sentido químico mais vulnerável ao envelhecimento. Em estudos citados por Schiffman (1996), em torno de 25% dos idosos com idades entre 65 e 68 anos, e quase 50% das pessoas com mais de 80 anos apresentaram considerável prejuízo olfativo.

Os quimiorreceptores olfativos, localizados na parte interna do nariz, são responsáveis pela sensação de percepção do estímulo causado por substâncias voláteis. Com a idade, ocorre diminuição da percepção olfativa, o que influencia a sensibilidade aos sabores dos alimentos e identificação dos alimentos pelos idosos (NOGUÉS, 1995; CATARELLI, 1999) .

A menor percepção do cheiro e do sabor dos alimentos tem uma influência negativa no apetite, tornando a inapetência um sintoma comum entre as pessoas idosas.

Com o envelhecimento, várias funções visuais são alteradas. Moriguti *et al.* (1998) advertem que apesar de exercer uma menor influência na alimentação que o gosto e o olfato, a

visão prejudicada também pode levar à diminuição do apetite em decorrência da diminuição do reconhecimento dos alimentos e da habilidade de alimentar-se sem auxílio de outras pessoas. Freeland Graves e Peckham (1995), também chamam a atenção sobre a importância de uma perfeita visão na alimentação, uma vez que a cor e a aparência são os primeiros aspectos a determinar a qualidade dos alimentos.

A partir da premissa de que o idoso necessita de uma alimentação diferenciada, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o perfil nutricional dos turistas idosos de Balneário Camboriú, de modo a oferecer algumas contribuições ao setor hoteleiro quanto à atenção na alimentação destinada a este segmento.

O estudo avaliou 329 turistas com sessenta anos ou mais, provenientes das diversas regiões do Brasil e países do Mercosul, hospedados em hotéis do município de Balneário Camboriú, SC no período de março a maio de 2002.

Os turistas foram estudados quanto às suas características socioeconômicas e de saúde, suas necessidades nutricionais específicas e suas expectativas quanto à alimentação durante a viagem. Para definir o perfil nutricional dos idosos foi realizada uma avaliação utilizando-se métodos antropométricos, clínicos, socioeconômicos e de ingestão alimentar.

Resultados e discussão

Dos 329 entrevistados, 69% eram do sexo feminino, reforçando dados encontrados em outras pesquisas similares (SOUZA 2001 ; SILVA, 2002). Apesar da faixa etária mais encontrada ser de 60 a 69 anos (58%), destaca-se um percentual significativo de turistas com 70 anos ou mais (42%). A participação de um contingente de 5% de idosos com 80 anos ou mais é um indicativo da tendência do chamado “envelhecimento da terceira idade”, onde estes idosos mais idosos têm aumentado a sua participação nas atividades turísticas.

Os entrevistados eram em sua maioria (61%), de nacionalidade Argentina, confirmando a tendência deste país como principal pólo emissor de turistas para Balneário Camboriú. Os entrevistados relataram ser aposentados (68%), ou exercer somente atividades domésticas no seu dia-a-dia (20%), dispendo de um tempo maior para viagens. Muitos afirmaram viajar todos os anos, confirmando dados encontrados por Moschis (1992), sobre os consumidores de terceira idade. As informações referentes ao estado civil indicaram que 58% dos turistas eram casados e 31%, viúvos.

Quando categorizados de acordo com critério ABA- ABIPEME de classificação social, 75% foi classificado como pertencente às classes C e B. A renda individual mensal de 5 salários mínimos ou mais, foi encontrada para apenas 40% dos respondentes.

A verificação da pressão arterial revelou uma incidência elevada de hipertensão, onde somente 21% dos entrevistados mantinham sua pressão arterial normal. Os casos de hipertensão moderada, severa e muito severa somaram 45% dos entrevistados. Foram encontrados ainda, percentuais significativos de outras doenças crônicas tais como hipercolesterolemia (39%), osteoporose (14%), problemas cardíacos (11%) e diabetes (9%).

A avaliação do estado nutricional apresentou também altos índices de obesidade (65%) com valores de Índice de Massa Corporal (IMC) indicando um fator de risco e/ou agravamento para uma série de doenças como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. Também os valores encontrados para as medidas de circunferência da cintura das mulheres e dos homens demonstraram que 71% dos entrevistados apresentavam alto risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

O estudo dos hábitos e necessidades alimentares revelou que 52% dos idosos gostariam de receber alguma atenção especial relacionada à alimentação. Problemas vinculados às dificuldades de mastigação (11%) e constipação intestinal (21%) também foram relatados como fatores que exigiam uma atenção especial na escolha da alimentação durante a viagem.

O estudo do horário e tipo das refeições revelou que um percentual significativo dos turistas (39%) consome apenas um pequeno lanche no horário do almoço, utilizando-se de bares e lanchonetes para realizar esta refeição. A maioria destes turistas (82%), no entanto, tem o hábito de jantar no hotel onde está hospedado, utilizando-se do pacote turístico conhecido como “meia pensão”.

Considerações finais

A partir da compreensão das mudanças psicofisiológicas, que influenciam no consumo alimentar do indivíduo idoso, e das principais dificuldades apontadas pelo grupo estudado, são sugeridas algumas estratégias que poderão ser seguidas pelo setor hoteleiro com o objetivo de melhor atender às necessidades de alimentação deste segmento turístico.

- Considerando a perda visual, são sugeridas algumas estratégias para facilitar a identificação dos alimentos durante as refeições tais como: iluminação adequada do restaurante; cuidado especial com as luzes que incidem sobre as ilhas de distribuição dos alimentos, permitindo uma visualização adequada das preparações oferecidas; identificação das preparações em *displays*, utilizando-se tipo e tamanho de letras de fácil leitura; oferta de preparações elaboradas com alimentos de diferentes cores, permitindo a visualização do contraste de cor entre as preparações.

- Já a perda na percepção sensorial dos idosos poderá ser compensada através do uso de mais temperos naturais como alho, cebola, salsa, cebolinha, gengibre e ervas aromáticas como coentro, hortelã, manjeriço, orégano, louro, dentre outras, no preparo das refeições, como forma de diminuir a quantidade de sal, pois os temperos à base de ervas aromáticas exalam odores estimulando o apetite além de fornecer sabor aos alimentos.
- Como incentivo à reposição de líquidos, sugere-se manter pontos estratégicos de oferta de água, sucos e chás no Hotel e disponibilizar chás digestivos e calmantes, à noite.
- Os problemas de mastigação poderão ser compensados através da oferta de opções de alimentos em pedaços pequenos, utilizando os diversos tipos de corte (ralados, moídos, desfiados) ou alterando sua textura, através da cocção para favorecer a mastigação e a deglutição. A opção de preparações como sopas, purês e suflês dará maior conforto aos idosos que têm dificuldade de mastigação.
- Incluir em cada refeição preparações a base de alimentos ricos em fibras, como arroz integral, massas e produtos de panificação feitos com farinha integral, leguminosas (feijão, soja, ervilhas, lentilhas, grão-de-bico), frutas e hortaliças cruas, irá prevenir a constipação intestinal, cuja incidência costuma aumentar durante as viagens.
- Sugere-se ainda, variar os alimentos e a forma de prepará-los. A variação no corte dos alimentos, o tipo de cocção e a forma de apresentá-los na travessa podem despertar a vontade de consumi-los. Diferentes tipos de combinação entre os alimentos irão tornar a refeição mais atrativa.
- Recomenda-se fazer adaptações em algumas receitas para atender as necessidades específicas da alimentação dos idosos que possuem restrição de alimentos ricos em gorduras, açúcar simples e sódio. A substituição de ingredientes (açúcar por adoçantes, gorduras saturadas por poliinsaturadas, clara no lugar de gema de ovo, maionese *light*, ricota ou iogurte ao invés da maionese tradicional, dentre outros), no desenvolvimento das receitas pode oferecer maior flexibilidade para a oferta de preparações que fazem parte do hábito alimentar, evitando restrições ou limitações mais severas no cardápio.
- Algumas preparações dietéticas alternativas, isentas de dissacarídeos ou com baixo teor de sódio deverão ser ofertadas como opções para as pessoas que necessitam de uma dieta com restrição desses nutrientes.

Estas medidas, apesar de simples e de fácil implementação, terão certamente um impacto positivo na alimentação do turista idoso, dando-lhe maior segurança e bem-estar durante a viagem.

Referências

- ARAÚJO, Cleida Maria Silva. Turismo para a terceira idade: Refletindo o futuro. **Turismo - Visão e Ação**, Itajaí, ano 3, n.7, p. 9-30, outubro.2000.
- ARANCETA- BARTRINA, J. Pautas dietéticas nutricionales para la vejez. **Nutrición Clínica**, v.8, n.6, p. 34- 40, 1988.
- BOULLÓN, R.C.**Las actividades turísticas y recreacionales: el hombre como protagonista**.3.ed. Ciudad do México:Editorial Trillas,1990.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais 1999**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A. P. R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.** v.13. n.3, Campinas set/dez, 2000.
- CAMPOS, M.T.F.S.; COELHO, A.I.M. **Alimentação Saudável na terceira idade: estratégias úteis**. Viçosa: UFV, 2003.CASTRO, A.G.P.; AMÂNCIO, O.M.S. Nutrição e fisiologia dos dentes. **Rev. Nutrire**.São Paulo, SP, v. 19/20, p. 87-104, 2000.
- CAMPOS, M.T.F.S.; COELHO, A.I.M. **Alimentação Saudável na terceira idade: estratégias úteis**. Viçosa: UFV, 2003.
- CATTARELLI, M. Modifications de la perception sensorielle. P. 8-9 In: **Nutrition et alimentation de la personne Âgée**. La lettre de l institute Danone. Hors série. Juin 1999. 2^a edition, 1999.
- CHANDRA, R.K. The relation between immunology,nutrition and disease in elderly people. **Age and ageing**; n.19, 1990, p.525-531.
- CHERNOFF, R. **Geriatric nutrition**. Maryland: Aspen Publishers, 1999, 518 p.
- DUTCOSKY, S. D. **Análise sensorial de alimentos**. Curitiba: Ed. Universitária Champagnat, 1996.
- EVANS, M.A. TRIGGS, E. J., CHEUNG, M. Gastric emptying rate in the elderly: implications for drug therapy. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.29, n.5, p.201-205, 1981.
- FERREIRA, V.L.P et al. **Análise sensorial: testes discriminativos e afetivos**. São Paulo: PROFIQUA/ São Paulo e SBCTA/ Campinas, 1999.
- FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J.C. ; PAIVA,C.E. ; MIRANDA, S.C. ; TANNUS, ^aF.S. ; RIGO,R. ; MARCHINI, J.S. Aspectos do metabolismo energético e protéico em idosos. **Rev. Nutrire**, São Paulo, v.19/20, p.19-30, 2000.
- FIGÚN, M.E.; GARINO, R.R. **Sistema dental**. In: FIGÚN, M.E.; GARINO, R.R Anatomia odontológica funcional e aplicada. 3. ed. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1994. p. 248-469.
- FRAIGE, F.F. O diabetes e a terceira idade. **Rev. Qualidade em Alim. e Nutrição.**, n.15, p. 28-29, São Paulo, abr 2003 FRAIGE, F.F. O diabetes e a terceira idade. **Rev. Qualidade em Alim. e Nutrição.**, n.15, p. 28-29, São Paulo, abr 2003.
- FREELAND- GRAVES, J.H.; PECKHAM, G. C. **Foundations of food preparation**. 6 ed., New Jersey: Prentice Hall, 1995.
- GAELZER, L. **Lazer: Benção ou maldição**. Porto Alegre: Sulina, 1979.

GOULART, R.M.M. ; NOVAES, U.L.S. ; SANTOS, C.J. ; PAULA, E.C. ; TAVARES, F.G.D. ; CATALDO, F.P.R. Identificação de riscos nutricionais em idosos frequentadores de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo. **Simpósio Sul-Brasileiro de Alimentação e Nutrição: História, Ciência e Arte**. Anais. Florianópolis, 2000.

HILDEBRANDT, G.H.; DOMINGUEZ, B.L.; SCHORK, M. A.; LOESCHE, W. J. Functional units, chewing swallowing and food avoidance among the elderly. **J. Prosth. Dent.** , v. 77, n.6, p. 588-598, 1997.

KALACHE, A.VERAS,R.P; RAMOS,L.R.O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.**Rev . Saúde públ.** São Paulo, 21:200-10,1987.

MOSCHIS, George P. **Marketing to older consumers: a handbook of information for strategy development**. Westport, CT: Quorum Books, 1992.

MOLETTA, Vania Florentino & GOIDANICH, Karin Leyser. **Turismo para a terceira idade**. 2.ed.Porto Alegre: Sebrae/RS, 2000.

MORIGUTI, J.C. *et al.* **Nutrição no idoso**. In: OLIVEIRA, J. E. , MARCHINI, J. S. Ciências Nutricionais, São Paulo: Sarvier, 1998. Cap. 14: p.239-251.

NOGUÉS, R. Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. **Nutrición clínica**, v.15, n.2, 1995, p. 39-44.

PAPAS, A. S.; JOSHI, A.; GIUNTA, J. L.; PALMER, C.A. Relation among education, dentate status and diet in adults. **Spec. Care Dentist.**, v.18, n.1, p. 26-32, 1998.

PODRABSKY, M. Nutrição e envelhecimento. In: MAHAN, K. L. , ARLIN, M.T. Krause, alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Roca, 1995. Cap. 14: p. 255-267

ROZEMBERG, J.E.Turismo social e terceira idade. Dissertação apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública para a obtenção do grau de mestre em Administração Pública,FGV, Rio de Janeiro, 1996.

SALGADO, Marcelo A. **Velhice, uma nova questão social**. 2.ed.São Paulo: Biblioteca Científica do SESC, 1982.

SHUMAN, J.M. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, L. K., STUMP, S.E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia** . 9 ed.São Paulo: Roca, 1998. cap. 14 p.293-312.

SILVA, Fátima Sueli de Souza.**Turismo e psicologia no envelhecer**.São Paulo:Roca,2002.

SOUZA, Heloísa Maria Rodrigues. **Expectativas e realidades de turistas da terceira idade**. Dissertação apresentada ao Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Universidade de São Paulo, para obtenção do grau de mestre em Ciências da Comunicação,USP, São Paulo, 2001.

STHUCCHI, D.**Os programas de preparação à aposentadoria e o remapeamento do curso da vida do trabalhador**. Dissertação de mestrado, IFCH/Unicamp,1994.

WATKIN, D.M. The physiology of aging. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.36, n.4, p.750-758, 1982

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. (Report of a WHO Expert Committee) Genebra: 1995.

WTO- World Tourism Organization. **Aprobación del código ético mundial para el tourism.** Chile, 1999[on line] disponível em < [http:// word Tourism. Org/ presrel/ Code- R. htm](http://word.Tourism.Org/presrel/Code-R.htm)> acessado em Brasil . Decreto n. 1948, de 03 de junho de 1996. Regulamenta a lei 8. 842/ 94 e dá outras providências.