

***Padrão alimentar e literacia nutricional dos profissionais
da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE***

Mariana Cristina Rebelo

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde – Ramo Intervenção Comunitária.

Orientadores: Prof.^a Doutora Ana Maria Pereira e Prof.^a Doutora Elisabete Pinto

Rebelo, M.C. (2023). Padrão alimentar e literacia nutricional dos profissionais da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde – Ramo Intervenção Comunitária, sob orientação da Prof.^a Doutora Ana Maria Pereira e Prof.^a Doutora Elisabete Pinto. Bragança.

Agradecimentos

À Prof^a Doutora Ana Maria Pereira por ter aceitado orientar o meu trabalho, por se mostrar sempre disponível ao longo destes anos, pela sensibilidade, pelo carinho e compreensão. Agradeço a proatividade, a maneira como sempre se mostrou eficiente e presente na resolução dos problemas. Obrigada por todo o conhecimento transmitido, foi um gosto tê-la como professora e um orgulho poder ser orientada pela professora que sempre admirei.

À Prof^a Doutora Elisabete Pinto, por mesmo sem me conhecer, aceitar orientar esta dissertação, pelo incansável trabalho que me demonstrou. Agradeço a ajuda no tratamento estatístico dos dados e a opinião crítica sempre que foi necessário. Um enorme obrigada pelo “forcing” e apoio para que terminasse o trabalho. Afinal nada é impossível, acreditar e nunca desistir. Trabalho e foco levam-nos longe, mesmo quando a meta parece tão longínqua.

Às duas, estarei eternamente grata por se terem cruzado no meu caminho, no meu longo caminho. Agradeço a total disponibilidade, mesmo fora de horas e o apoio que sempre demonstraram, a orientação exemplar e valiosa. Obrigada por serem duas profissionais de excelência, dois admiráveis exemplos e por nunca desistirem de mim. Foram sem dúvida o pilar deste trabalho.

À Catarina, pela ajuda imprescindível, sem ti sem dúvida que teria sido ainda mais difícil.

À minha equipa do ITAU das diversas unidades, pela ajuda com a divulgação e recolha dos questionários, vocês foram incríveis.

Aos meus pais e irmã, pelo apoio que sempre demonstraram desde o início deste percurso. À minha mãe e irmã agradeço a preciosa ajuda com a inserção dos questionários, sem elas estaria perdida no meio de tanto papel. Agradeço por estarem sempre presentes em tudo e nunca me negarem ajuda.

Por último, mas não menos importante, ao Tiago, pela paciência, compreensão por todas as horas e momentos de ausência, pelo amor e carinho. Por me motivar, não me deixar desistir nunca e por acreditar em mim sempre. Não foram meses fáceis. Obrigada por caminhares comigo.

Resumo

Introdução: Os padrões alimentares caracterizam o tipo de alimentos consumidos, assim como a frequência dessa ingestão. A Dieta Mediterrânea e a Dieta Atlântica são padrões alimentares definidos por uma abordagem prévia (*à priori*), representativos de uma dada região. Estes têm vindo a ser promovidos como modelos de alimentação saudável, associados a vários benefícios para a saúde. A literacia nutricional, também ela associada a vários desfechos na saúde, apresenta impacto nos hábitos alimentares das populações, permitindo escolhas alimentares saudáveis.

Objetivo: Caracterizar o padrão alimentar dos profissionais da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE e relacionar esse padrão com a sua literacia nutricional.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional, transversal, analítico, com 156 profissionais da ULSAM. A adesão à Dieta Mediterrânea foi avaliada através de um índice de 14 itens alimentares (PREDIMED). Da mesma forma, a Dieta Atlântica foi avaliada através de um índice da Fundación Dieta Atlântica com 20 itens alimentares. Por último, para avaliar a literacia nutricional utilizou-se o *Newest Vital Sign*, um questionário com 6 questões relativas a um rótulo alimentar.

Resultados: A maioria dos participantes apresentou uma adesão moderada tanto à Dieta Mediterrânea como à Dieta Atlântica (62,2% e 64,7% respetivamente). Associações entre a adesão aos diferentes itens da Dieta Mediterrânea e o sexo foram observadas para as hortícolas ($p=0,016$) e para os produtos de pastelaria ($p=0,013$), onde as mulheres apresentaram um consumo superior em relação aos homens. Quando avaliada a adesão à Dieta Atlântica, as mulheres apresentaram um consumo superior aos homens de fruta ($p=0,023$), de hortícolas ($p=0,016$), de hortícolas brássicas ($p=0,003$) e no consumo regular de alimentos sazonais, tradicionais e locais ($p=0,027$). O consumo de carnes vermelhas foi superior nos homens ($p=0,038$). Na adesão geral à Dieta Atlântica, as mulheres apresentaram uma maior adesão em relação aos homens ($p=0,001$). Em relação à literacia nutricional, 79,5% dos participantes apresentaram uma literacia adequada. A literacia nutricional foi superior nos profissionais com maior escolaridade e nos profissionais das áreas das ciências da saúde. Não foram observadas relações significativas entre a adesão à Dieta Mediterrânea ou à Dieta Atlântica e a literacia nutricional dos profissionais da ULSAM.

Conclusão: Os profissionais da ULSAM, apresentaram uma adesão moderada quer à Dieta Mediterrânica, quer à Dieta Atlântica e uma literacia nutricional adequada. É necessário sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde para a preservação de uma alimentação tradicional, promovendo hábitos alimentares saudáveis. Mais estudos sobre a literacia nutricional dos profissionais das unidades de cuidados de saúde em Portugal são necessários.

Abstract

Introduction: Dietary patterns characterize the type of food consumed, as well as the frequency of this intake. The Mediterranean Diet and the Atlantic Diet are dietary patterns defined by a prior approach (*a priori*), representative of a given region. These have been promoted as models of healthy eating, associated with various health benefits. Nutritional literacy, also associated with several advances in health, has an impact on the eating habits of the environment, allowing healthy food choices.

Objective: To characterize the dietary pattern of professionals at the Local Health Unit of Alto Minho, EPE and relate this pattern to their nutritional literacy.

Methodology: An observational, cross-sectional, analytical study was carried out with 156 ULSAM professionals. Adherence to the Mediterranean Diet was assessed using an index of 14 food items (PREDIMED). Likewise, the Atlantic Diet was evaluated using an index from the Atlantic Diet Foundation with 20 food items. Finally, to assess nutritional literacy, the Newest Vital Sign was used, a questionnaire with 6 questions relating to a food label.

Results: The majority of participants showed moderate adherence to both the Mediterranean Diet and the Atlantic Diet (62.2% and 64.7% respectively). Associations between adherence to different items of the Mediterranean Diet and gender were observed for vegetables ($p=0.016$) and pastry products ($p=0.013$), where women had a higher consumption compared to men. When assessing adherence to the Atlantic Diet, women showed a higher consumption than men of fruits ($p=0.023$), vegetables ($p=0.016$), brassica vegetables ($p=0.003$) and no regular consumption of seasonal, traditional and locations ($p=0.027$). The consumption of red meat was higher in men ($p=0.038$). In general adherence to the Atlantic Diet, women showed greater adherence compared to men ($p=0.001$). Regarding nutritional literacy, 79.5% of participants achieved adequate literacy. Nutritional literacy was higher in professionals with higher education and in professionals in the areas of health sciences. No significant relationships were observed between adherence to the Mediterranean Diet or the Atlantic Diet and the nutritional literacy of ULSAM professionals.

Conclusion: ULSAM, EPE professionals showed moderate adherence to both the Mediterranean Diet and the Atlantic Diet and adequate nutritional literacy. It is necessary to raise awareness among professionals in health care units to preserve a traditional diet, promoting healthy eating habits. More studies on the nutritional literacy of professionals in healthcare units in Portugal are needed.

Lista de Abreviaturas

DA	Dieta Atlântica
DCNT	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DALYs	<i>Disability-adjusted life year</i> (Perda de anos de vida saudável)
DM	Dieta Mediterrânica
FAO	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i>
HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i>
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
ILS-PT	Inquérito sobre Literacia em Saúde realizado em Portugal
LA	Literacia Alimentar
LN	Literacia Nutricional
LS	Literacia em Saúde
NVS	<i>Newest Vital Sign</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Padrão Alimentar Mediterrânico
PREDIMED	<i>Prevención com Dieta Mediterránea</i>
<i>ScoreDA</i>	<i>Score</i> de adesão à Dieta Atlântica
<i>ScoreDM</i>	<i>Score</i> de adesão à Dieta Mediterrânica
SEAD	<i>Southern European Atlantic Diet</i>

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo	III
Abstract.....	V
Lista de Abreviaturas.....	VI
Índice de Figuras	IX
Índice de Tabelas	X
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Padrão Alimentar.....	1
1.1.1. Dieta Mediterrânea	2
1.1.2. Dieta Atlântica	9
1.1.3. Padrão Alimentar Mediterrâneo e Atlântico	12
1.2. Literacia.....	12
1.2.1. Literacia em Saúde.....	13
1.2.2. Literacia Alimentar e Literacia Nutricional	16
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. Objetivo Geral.....	19
2.2. Objetivos Específicos	19
3. METODOLOGIA.....	20
3.1. Tipo de Estudo	20
3.2. População e Amostra.....	20
3.3. Instrumento de Recolha de Dados.....	21
3.4. Procedimento de Recolha de Dados	23
3.5. Definição e Operacionalização das Variáveis	23
3.6. Procedimento de Análise dos Dados	25
4. RESULTADOS.....	26
4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	26
4.2. Caracterização dos Hábitos Alimentares da Amostra	28
4.3. Adesão à Dieta Mediterrânea	29
4.4. Adesão à Dieta Atlântica	32
4.5. Caracterização da Literacia Nutricional da Amostra	35
4.6. Associações entre a Literacia Nutricional e a Adesão às Dietas Mediterrânea e Atlântica.....	37

5. DISCUSSÃO	39
6. CONCLUSÃO	46
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	XI
ANEXOS	XVII

Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução do conceito de Dieta Mediterrânica	2
Figura 2 - Pirâmide da Dieta Mediterrânica, 1993	4
Figura 3 - Pirâmide da Dieta Mediterrânica proposta pela Fundação da Dieta Mediterrânica em 2010	4
Figura 4 - Pirâmide da Dieta Mediterrânica proposta pela Fundação Internacional da Dieta Mediterrânica em 2016	5
Figura 5 - A Nova Roda Dos Alimentos	6
Figura 6 - Características das abordagens <i>a priori</i> e <i>a posteriori</i> para a construção de padrões alimentares	7
Figura 7 - Adesão à Dieta Mediterrânica na Europa (2013 vs 2019/2020)	8
Figura 8 - Evolução temporal, entre 1961 e 2011, da adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico em Portugal	9
Figura 9 - Pirâmide da Dieta Atlântica	10
Figura 10 - Níveis de literacia em saúde total e por país (HLS-EU)	14
Figura 11 - Níveis de literacia em saúde total e por país (HLS-EU-PT)	15
Figura 12 - Níveis de literacia em saúde em Portugal (ILS-PT) e nos países participantes no HLS-EU	15

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Apresentação e operacionalização das variáveis	23
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes	26
Tabela 3 - Caracterização dos hábitos alimentares dos participantes	28
Tabela 4 - Adesão dos participantes à Dieta Mediterrânea, por item	30
Tabela 5 - Associação entre a adesão à Dieta Mediterrânea e as características sociodemográficas dos participantes	31
Tabela 6 - Adesão dos participantes à Dieta Atlântica, por item	33
Tabela 7 - Associação entre a adesão à Dieta Atlântica e as características sociodemográficas dos participantes	34
Tabela 8 - Literacia Nutricional dos participantes, por item	35
Tabela 9 - Literacia Nutricional dos participantes	36
Tabela 10 - Associação entre a Literacia Nutricional e as características sociodemográficas dos participantes	36
Tabela 11 - Associação entre a Literacia Nutricional e a adesão à Dieta Mediterrânea e à Dieta Atlântica	38

1. INTRODUÇÃO

1.1. Padrão Alimentar

Um padrão alimentar pode ser definido como “o conjunto de alimentos consumidos por uma dada população”.⁽¹⁾

A *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO), define padrão alimentar como “as quantidades, proporções e combinações de diferentes alimentos e bebidas nas dietas e a frequência com que são habitualmente consumidos”.⁽²⁾ Assim, os padrões alimentares, representam o consumo de alimentos e ao mesmo tempo de nutrientes⁽³⁾, caracterizando o tipo de alimentos ingeridos, assim como a frequência dessa ingestão.

O padrão alimentar de uma população resulta da combinação de várias características, nomeadamente das preferências alimentares individuais, moduladas por determinantes como a genética, a saúde, o estilo de vida, as crenças e também por questões sociais, culturais, geográficas, ambientais e económicas. Normalmente, o padrão alimentar difere entre a população.⁽⁴⁾ Essas diferenças podem ser justificadas pelas características e determinantes mencionados.

Os fatores dietéticos juntamente com a inatividade física, o consumo de tabaco e a ingestão excessiva de álcool, constituem fatores de risco modificáveis para as Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT).⁽⁵⁾⁽⁶⁾ Vários estudos demonstram uma associação inversa entre padrões alimentares saudáveis e todas as causas de morte, cancro e risco de doença cardiovascular.⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Tendo em conta essa tendência na saúde global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como um grande desafio de saúde pública a prevenção e o controle das DCNT, sugerindo a necessidade de fortalecer ações para reduzir os fatores de risco modificáveis.⁽⁵⁾ Dados do *Global Burden Disease* (2019), mostraram que os hábitos alimentares inadequados estão entre os cinco fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável (DALYs) e a mortalidade em Portugal, contribuindo para 7,3% dos DALYs e para 11,4% da mortalidade.⁽¹⁰⁾ Entre as principais causas estão o elevado consumo de energia, gordura saturada e trans, açúcar e sal e o baixo consumo de hortícolas, fruta e cereais integrais.⁽⁵⁾

Atualmente, são vários os padrões alimentares e tipos de dietas que podemos observar junto das populações. Para a identificação de padrões alimentares e para o estudo à sua adesão, são

frequentemente utilizados diferentes métodos, mas que se podem agrupar em dois tipos: métodos *a priori* e métodos *a posteriori*. Nos métodos *a priori*, são utilizados índices ou *scores* previamente criados e validados, que avaliam a adesão ao padrão com base nas recomendações e diretrizes alimentares. Nos métodos *a posteriori*, os dados empíricos dos alimentos e dos seus consumos são agregados com base na análise estatística, seguindo-se a identificação do padrão alimentar. Ou seja, a classificação dos indivíduos é baseada na ingestão média do grupo ao qual pertence.⁽¹⁾⁽¹¹⁾ Nos estudos que utilizam métodos *a posteriori*, são muitas vezes utilizados, entre outros, os *Questionários de Frequência Alimentar* para medir a ingestão alimentar habitual da população.⁽¹⁾

1.1.1. Dieta Mediterrânica

O estudo do conceito de Dieta Mediterrânica (DM) teve início na década de 1950 como um modelo de dieta saudável⁽¹²⁾ com redução da morbilidade e da mortalidade. Nos anos 2000 desenvolveu-se como um modelo de dieta sustentável,⁽¹³⁾ que considera para além da saúde, o impacto geral no ecossistema,⁽¹⁴⁾ sendo reconhecida em 2013, como património cultural imaterial pela UNESCO.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ Com o desenvolvimento histórico, a DM evoluiu de um padrão alimentar saudável de alimentos específicos, para um estilo de vida mediterrânico abrangente, um património cultural imaterial, no qual alimentos, saúde, cultura, pessoas e sustentabilidade interagem num novo modelo de uma dieta sustentável (Figura 1).⁽¹⁵⁾

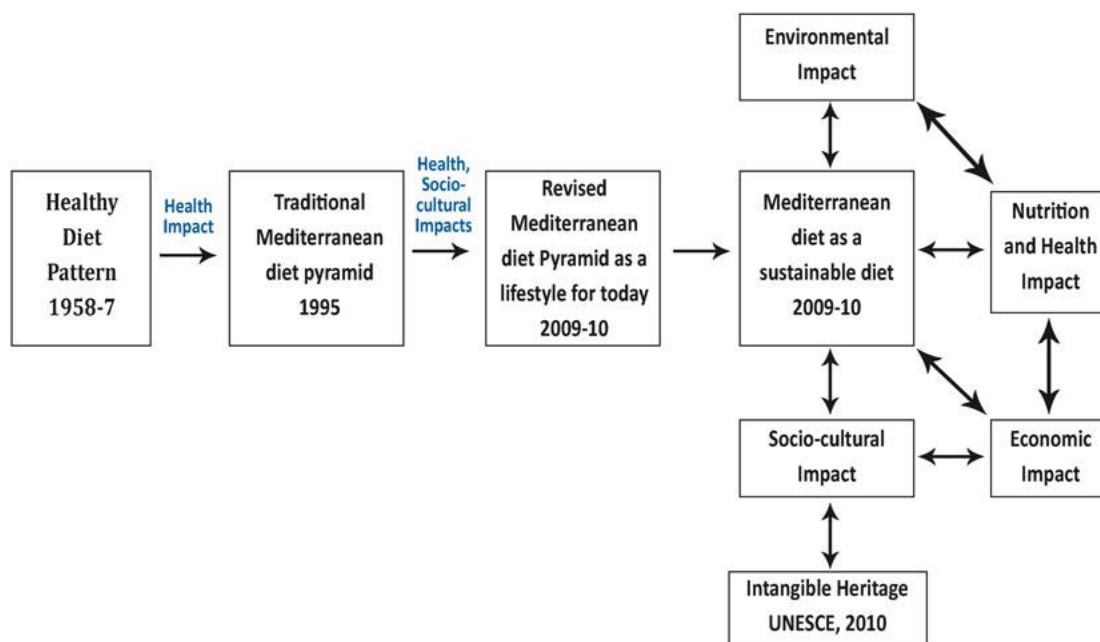


Figura 1: Evolução do conceito de Dieta Mediterrânica.⁽¹⁵⁾

O Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM), baseia-se nos padrões alimentares e de estilo de vida adotados pelos povos residentes nas proximidades do mar Mediterrâneo ao longo dos séculos, sendo o resultado de vários fatores: disponibilidade de produção alimentar, sazonalidade, utilização de tecnologias de pequena escala, grande variedade de cultivares locais utilizados, frescura dos alimentos consumidos, a sua preparação caseira, a frugalidade, o convívio nas refeições e um estilo de vida fisicamente ativo.⁽¹⁵⁾

No início da década de 1960, após o lançamento do Estudo dos Sete Países, com a participação dos Estados Unidos, Japão, Itália, Grécia, Países Baixos, Finlândia e Jugoslávia, Keys et al. descreveram taxas surpreendentemente baixas de doença cardíaca coronária nos países mediterrânicos, quando comparadas com outras populações em estudo. Entre as 14 populações examinadas nos sete países, foi observada uma diferença de aproximadamente 10 vezes nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplásicas, em favor das comunidades mediterrânicas (Itália e Grécia), em contraste com as outras populações estudadas.⁽¹⁷⁾

Este padrão alimentar tem sido promovido como um modelo de alimentação saudável, reconhecido pelos efeitos favoráveis no perfil lipídico e por fornecer uma fonte significativa de antioxidantes e vitaminas.⁽¹⁸⁾ Embora os diferentes países da região do Mediterrâneo tenham as suas próprias dietas, partilham em comum a utilização do azeite virgem extra como principal fonte de gordura, o alto consumo de leguminosas, frutos oleaginosos, cereais não refinados, fruta e produtos hortícolas, o consumo moderado de produtos lácteos, o consumo moderado a alto de peixe, o baixo consumo de carne e derivados e o consumo moderado de vinho.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾ As diferenças observadas na alimentação destes povos, advém das diferenças culturais, económicas, étnicas e religiosas presentes nas diferentes culturas.⁽¹⁹⁾

O PAM tem mostrado de forma consistente a capacidade de oferecer um grau de proteção contra as principais doenças crónico-degenerativas.⁽¹⁸⁾ Atualmente, a adesão a este padrão está associada a uma maior longevidade, menores taxas de mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares e cancro, menor incidência da Diabetes *Mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, obesidade e doenças neurodegenerativas.⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾

Com o objetivo de refletir a diversidade das tradições alimentares do Mediterrâneo, surgiu, em 1993, a primeira representação gráfica da DM proposta por Walter Willett e colaboradores (Figura 2).⁽²⁴⁾ Mais tarde, em 2010 a Fundação Dieta Mediterrânica propõe uma nova imagem da pirâmide, apresentando uma revisão do conceito de DM com base na evolução do conhecimento científico (Figura 3).⁽²⁵⁾ Em 2016 surgiu a proposta da Fundação Internacional da

Dieta Mediterrânea de uma nova pirâmide, que para além da componente alimentar, inclui o seu impacto ambiental direto, num modelo de pirâmide de dupla face (Figura 4).⁽²⁶⁾

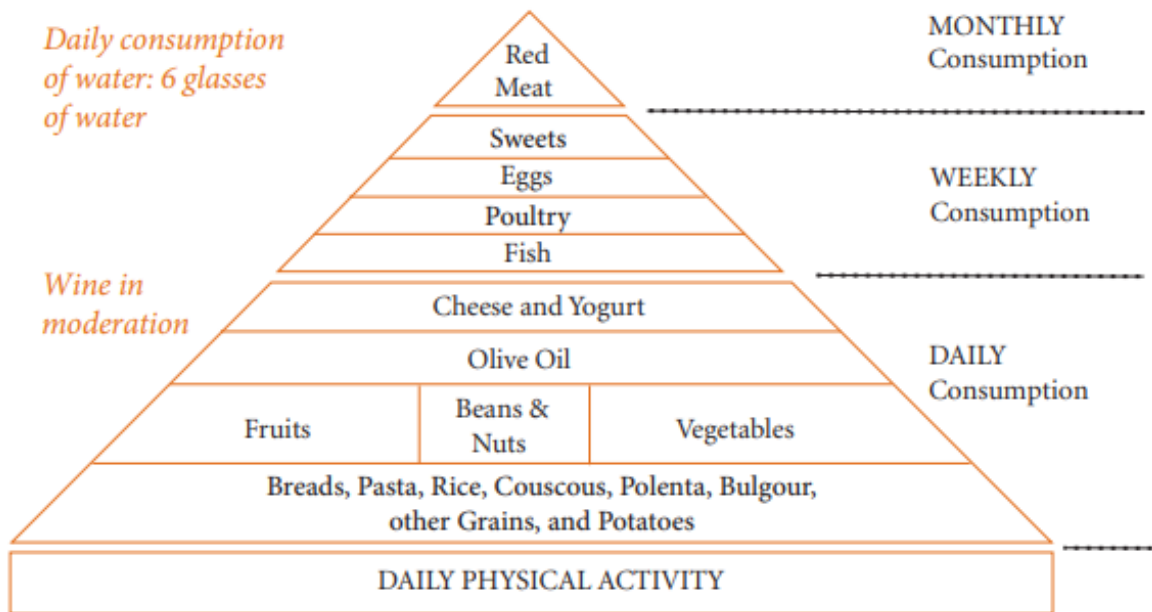


Figura 2: Pirâmide da Dieta Mediterrânica, 1993.⁽²⁴⁾

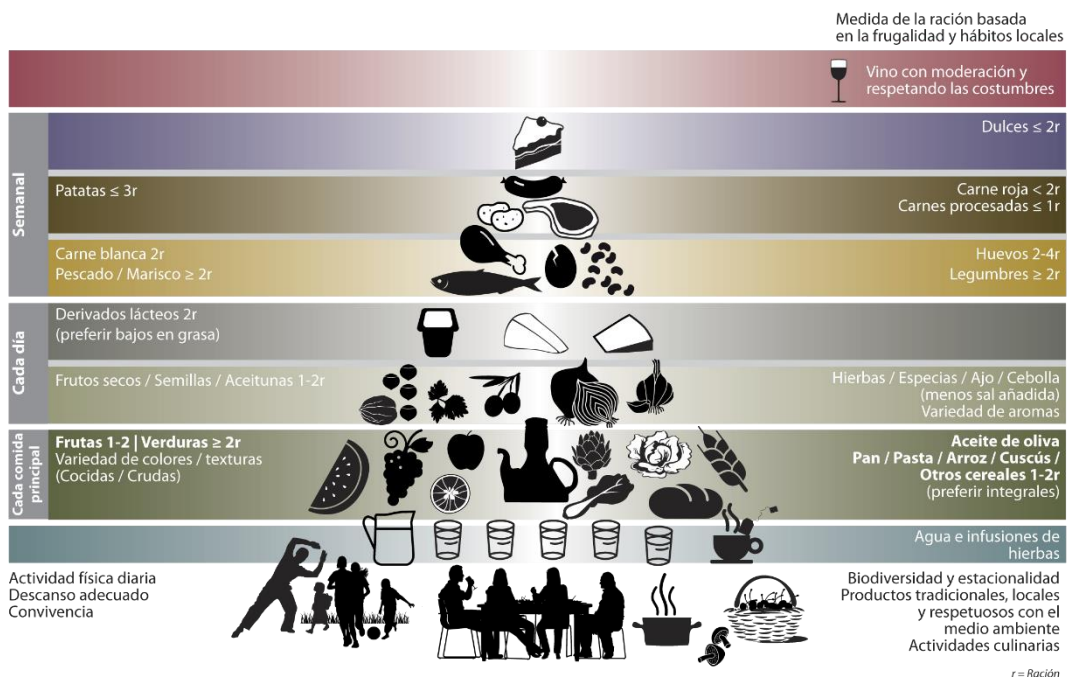


Figura 3: Pirâmide da Dieta Mediterrânica proposta pela Fundação da Dieta Mediterrânica em 2010.⁽²⁵⁾



Figura 4: Pirâmide da Dieta Mediterrânea proposta pela Fundação Internacional da Dieta Mediterrânea em 2016.⁽²⁶⁾

Em Portugal, o guia alimentar utilizado para uma melhor escolha alimentar diária, teve a sua origem em 1977, com a Campanha de Educação Alimentar “Saber comer é saber viver”. Mais tarde, com a evolução do conhecimento científico e da situação alimentar portuguesa, surgiu a necessidade da sua reestruturação. Em 2016, o atual guia alimentar português “A Nova Roda Dos Alimentos” (Figura 5), foi adaptada para transmitir os princípios da DM.⁽²⁷⁾

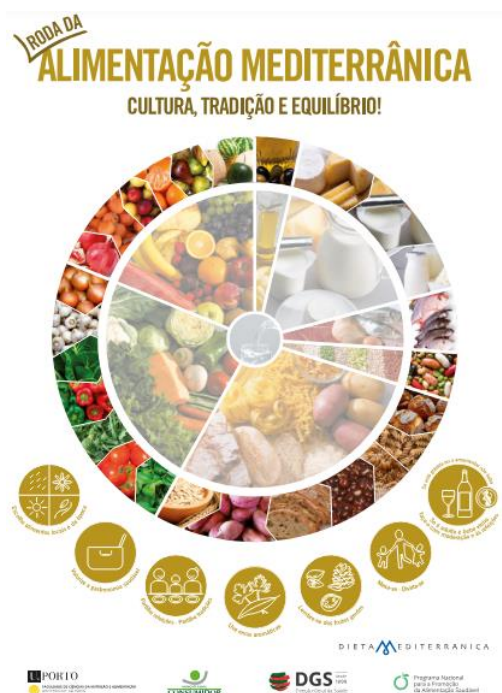


Figura 5: A Nova Roda Dos Alimentos.⁽²⁷⁾

A DM em Portugal apresenta 10 princípios: 1) frugalidade e cozinha simples que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes, como as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas; 2) elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de alimentos de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos; 3) consumo de produtos vegetais produzidos localmente, frescos e da época; 4) consumo de azeite como principal fonte de gordura; 5) consumo moderado de laticínios; 6) utilização de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal; 7) consumo frequente de pescado e baixo consumo de carnes vermelhas; 8) consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais; 9) água como principal bebida ao longo do dia e 10) convivialidade à volta da mesa.⁽²⁸⁾

1.1.1.1 Adesão à Dieta Mediterrânica

Como já referido anteriormente, os padrões alimentares podem ser definidos através de métodos *a priori*, onde os alimentos e nutrientes, são agrupados através de critérios previamente definidos na literatura. Nestes métodos é atribuída uma pontuação com base na adesão ao consumo dos vários itens alimentares, representando o nível de adesão às recomendações.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾ Nos métodos *a posteriori* é utilizada uma abordagem exploratória, onde

os padrões alimentares são definidos de forma empírica, a partir da análise estatística. Nesta abordagem é realizada a análise do consumo alimentar reportado pela população, não dependendo da informação dada pela literatura, dependendo apenas da análise dos dados obtidos.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

A figura 6 apresenta de forma resumida as características das abordagens *a priori* e *a posteriori* para a construção de padrões alimentares.⁽²⁹⁾

	Research question	Characteristics	Researcher decisions required
		<i>A priori</i>	
Index	Assesses adherence to dietary guidelines	Ranks individuals with low scores (low quality diets) versus those with high scores (high-quality diets) Individuals with medium scores have a mix of many different exposures A gradient is formed	Dietary items to include Energy adjustment of dietary items Number of items to include Select cut-off values, or determine scales Select scoring approach Weighting of items to predict specific disease
		<i>A posteriori</i>	
Factor	Identifies dietary practices	Factors are scales, based on the correlations among many foods Individuals have low, medium or high values of factor scores A gradient is formed	Collapsing original dietary data Avoid collapsing data to increase the statistical power
Cluster	Identifies dietary practices	Large clusters represent behaviors shared by many; small clusters represent very specific behaviors shared by a few individuals (outliers) Food choices common to most individuals contribute little to cluster formation Clusters are categories where the variation of individuals is not considered after classification No gradient is formed; less powerful in statistical analysis	Treatment of input variables (standardization or energy adjustment) Identify patterns to report Identify patterns to analyze further Interpret and label patterns

Figura 6: Características das abordagens *a priori* e *a posteriori* para a construção de padrões alimentares.⁽²⁹⁾

Para definir um PAM, a utilização de métodos *a priori*, permite uma visão integral a nível alimentar, facilitando a reprodução, comparação, interpretação e tradução para a população em geral.⁽³⁰⁾

O primeiro índice de adesão a este padrão alimentar foi criado em 1995 para avaliar a adesão à DM na Grécia e tratava-se de uma avaliação *a posteriori*. Inicialmente, este índice era composto por 8 componentes: elevada razão de gorduras monoinsaturadas e saturadas; consumo moderado de bebidas alcoólicas; alto consumo de leguminosas; elevado consumo de cereais; alto consumo de frutas; alto consumo de hortícolas; baixo consumo de carne e derivados e baixo consumo de leite e derivados. Após a avaliação prévia do consumo alimentar e nutricional, era atribuída a pontuação de 0 se o consumo diário dos componentes fosse inferior à mediana da população em estudo ou 1 no caso desse consumo ser superior. No final, se a soma da pontuação fosse ≥ 4 , considerava-se uma adesão satisfatória ao PAM.⁽³¹⁾ A partir deste índice

foram criadas várias versões de PAM para avaliar a sua aplicação em diferentes grupos populacionais.⁽³⁰⁾

Em 2003, foi desenvolvido em Espanha, um estudo, com o objetivo de avaliar a eficácia da DM na prevenção primária de doenças cardiovasculares e observar os efeitos a longo prazo em participantes com alto risco, o PREDIMED, em espanhol *PREvención con Dieta MEDiterránea*. Para avaliar a adesão à DM, os autores, desenvolveram um questionário com 14 itens. Cada item é pontuado com 1 ponto, no caso do participante cumprir o critério, caso contrário é pontuado com 0 pontos.⁽³²⁾ Uma boa adesão à DM é caracterizada por uma pontuação ≥ 10 .⁽³³⁾

Nos países mediterrânicos, a adesão à DM diminuiu para níveis mais baixos no século atual, verificando-se uma tendência de modelo alimentar ocidental.⁽¹⁹⁾⁽³⁴⁾ Esta diminuição pode ser explicada por aspetos sociais e económicos, como a urbanização, a integração das mulheres no mercado de trabalho, a utilização de cantinas escolares, a globalização do campo económico entre outros fatores.⁽¹⁹⁾

Apesar de vários estudos das últimas décadas mostrarem uma diminuição na adesão à DM,⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾ um estudo recente, realizado com dados do Inquérito sobre Saúde, Envelhecimento e Reforma na Europa para adultos com mais de 50 anos, de 2013 e de 2019/20, mostrou um aumento na adesão à DM (Figura 7). Este aumento verificou-se em quase todos os países europeus, sobretudo no norte da Europa, onde este padrão alimentar se tornou gradualmente mais comum desde a década de 1960.⁽³⁷⁾

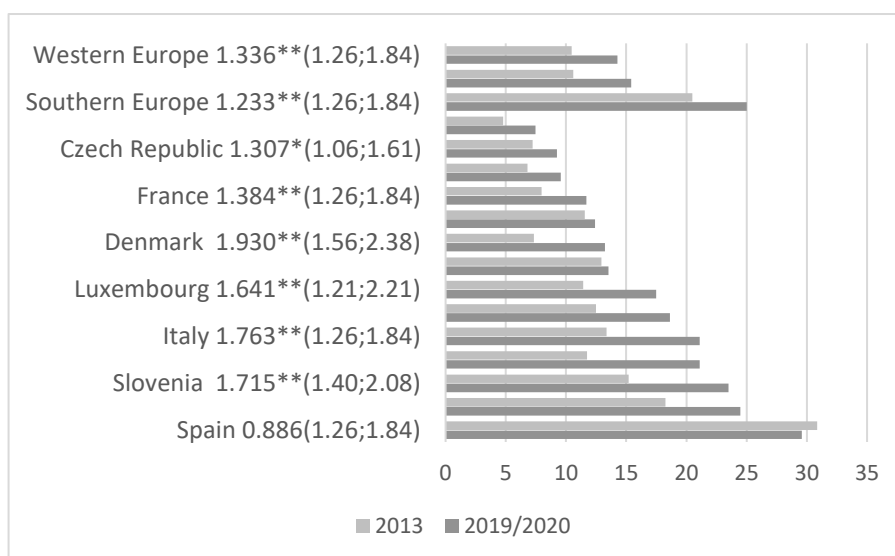


Figura 7: Adesão à Dieta Mediterrânica na Europa (2013 vs 2019/2020).⁽³⁷⁾

Portugal, entre os anos sessenta do século XX e início do século XXI, passou de um contexto alimentar de subsistência, para uma situação muito semelhante à da sociedade ocidental, em contexto social e alimentar, verificando-se uma diminuição na adesão ao PAM (Figura 8). As integrações sociais, culturais, políticas e económicas são apontadas como razões aparentes para este decréscimo.⁽³⁸⁾

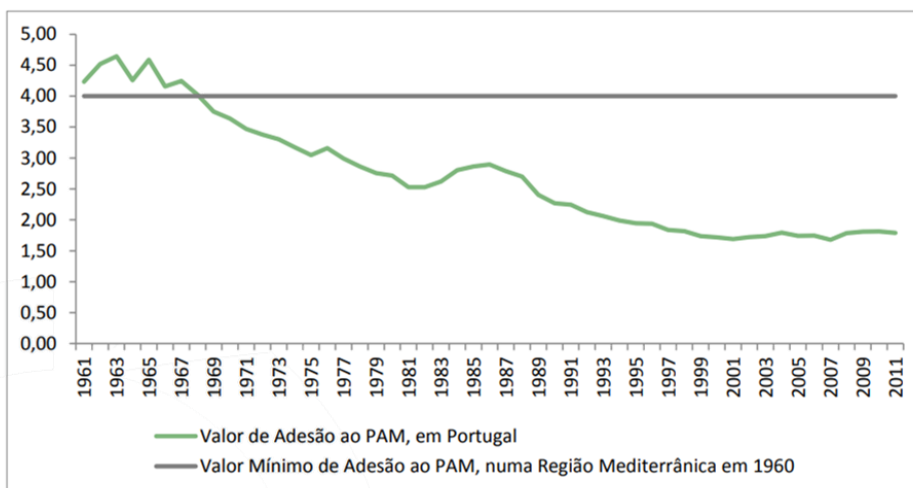


Figura 8: Evolução temporal, entre 1961 e 2011, da adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico em Portugal.⁽³⁸⁾

No Estudo de Adesão ao PAM realizado em Portugal, em 2020, verificou-se um crescimento de 15% na adesão à DM em relação a 2016. No entanto, apenas 26% da população portuguesa apresentou uma elevada adesão à DM, verificando-se um aumento de 8% em relação aos resultados obtidos no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016).⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾ Estes resultados mostram que a maioria da população portuguesa não segue este padrão alimentar.⁽³⁹⁾

1.1.2. Dieta Atlântica

O conceito de Dieta Atlântica (DA) teve a sua origem há alguns anos quando, o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a Universidade de Santiago de Compostela, a Fundação Espanhola de Nutrição e a Associação Galega para o Estudo da Dieta Atlântica, se uniram com o objetivo de tornar esta dieta numa referência mundial de padrão alimentar saudável. Assim, formou-se em 2003, em Portugal, o Centro Europeu para a Dieta Atlântica. Mais tarde, em 2007, foi criada, na Galiza, pela Universidade de Santiago de Compostela, a “Fundação Dieta Atlântica”.⁽⁴¹⁾ No entanto, foi em 1999 no congresso “Decálogo Xacobeo sobre a alimentação no

século XXI”, congresso que reuniu vários profissionais da área da nutrição, que se abordou pela primeira vez a DA.⁽¹¹⁾

A DA assenta no perfil alimentar adotado pelos países banhados pelo Oceano Atlântico (Portugal, Espanha, França, Irlanda, Reino Unido, Bélgica, Países Baixos, Dinamarca, Noruega e Islândia), com destaque para a Galiza e norte de Portugal. Dada a grande adesão a este padrão nestas zonas, a DA foi definida como a dieta tradicional destas duas regiões. As particularidades que ambas as regiões têm a nível geográfico, climático e cultural, levam a que a sua população siga um padrão alimentar próprio destas regiões.⁽¹¹⁾⁽⁴¹⁾

Caraterizado por (figura 9): elevada ingestão de alimentos sazonais, frescos e pouco processados, elevada ingestão de hortícolas, fruta, cereais, leguminosas e frutos oleaginosos, elevado consumo de peixe e marisco, consumo moderado de produtos lácteos, consumo moderado a elevado de carne, principalmente carnes vermelhas, consumo moderado de vinho e geralmente consumido às refeições, utilização do azeite para temperar e cozinhar e pela preferência de cozidos, estufados e grelhados como métodos de confeção, este padrão alimentar tem sido menos estudado, do que, por exemplo, o PAM.⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾

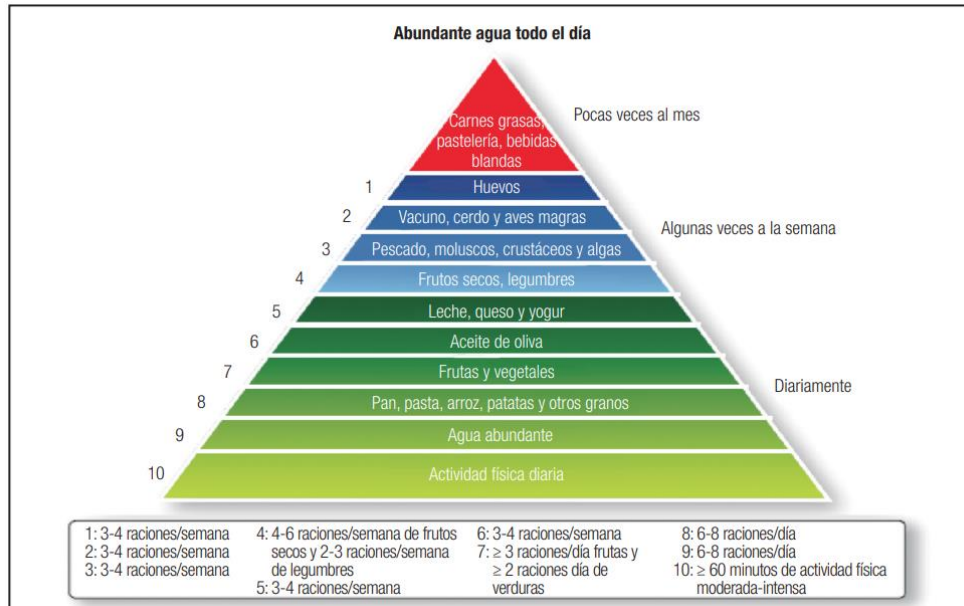


Figura 9: Pirâmide da Dieta Atlântica.⁽⁴⁵⁾

Apesar dos elementos em comum presentes nos países do arco Atlântico, existem diferenças na sua alimentação. Essas diferenças devem-se às diferenças no clima e condições geográficas, para além de fatores económicos, culturais, religiosos e de estilo de vida.⁽⁴¹⁾⁽⁴⁶⁾

Embora as evidências disponíveis acerca dos benefícios do Padrão Alimentar Atlântico sejam ainda pouco extensas, os estudos científicos publicados têm mostrado importantes benefícios para a saúde, nomeadamente um menor risco cardiovascular, menor prevalência de obesidade, melhor perfil lipídico e metabólico e menor resistência à insulina.⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾ Também um menor risco de morte foi associado a uma maior adesão à DA.⁽⁴⁹⁾

1.1.2.1. Adesão à Dieta Atlântica

O primeiro índice de adesão ao Padrão Alimentar Atlântico “*Alimentação Atlântica do Sul da Europa (Southern European Atlantic Diet – SEAD)*”, foi criado em 2010 por um grupo de investigadores, com base no conceito de SEAD proposto em vários encontros internacionais dos últimos anos. Composto por 9 itens: peixe fresco, bacalhau, carne vermelha e produtos cárneos de porco, laticínios, hortícolas e leguminosas, sopa de legumes, batatas, pão integral e vinho, cada componente era pontuado com 1 para consumos iguais ou superiores à mediana de consumo do respetivo sexo ou 0 no caso desse consumo ser inferior. Para o vinho era atribuído 1 ponto quando a ingestão era de 1 copo/dia para as mulheres e 2 copos/dia para os homens. Se a ingestão fosse inferior ou superior a estes valores era atribuída uma pontuação de 0. No final, as pontuações de todos os componentes eram somadas variando entre 0 (menor adesão) e 9 (maior adesão).⁽⁴²⁾

Mais tarde, na Galiza foi realizado um estudo de adesão à DA com idosos, através da aplicação de um questionário desenvolvido composto por 13 itens. Cada componente foi pontuado com 1 ou 0 pontos, dependendo da ingestão ou não do componente respetivamente. A pontuação variava entre 0 (não adesão à DA) e 13 (maior nível de adesão à DA). Com base no número de respostas afirmativas, os participantes foram categorizados em quatro grupos: baixa adesão (\leq 4 pontos), adesão média (5 a 8 pontos), adesão elevada (9 a 12 pontos) e adesão máxima (13 pontos). A ferramenta foi testada num grupo de 143 indivíduos galegos, com mais de 60 anos, que residiram a maior parte da sua vida na Galiza, onde se observou que, 60,1% dos inquiridos apresentavam um grau de adesão médio (5 a 8 pontos), enquanto 39,9% apresentavam um grau de adesão elevado (9 a 12 pontos). Nenhum dos entrevistados apresentou um nível de adesão baixo ou máximo.⁽⁵⁰⁾

Recentemente, em 2020, um outro índice constituído por 20 itens foi desenvolvido pela Fundación Dieta Atlántica. Composto por: pão integral, arroz e cereais, batata, azeite, fruta fresca, hortícolas, hortícolas brássicas, lacticínios, peixe, marisco, porco, aves, carne vermelha, ovos, leguminosas, frutos oleaginosos e castanha, vinho, alimentos da época tradicionais e locais, alimentos processados e açúcar, cada componente é pontuado com 1 ou 0 pontos, consoante a adesão ao critério proposto (resposta positiva vs. resposta negativa, respetivamente). No final, as pontuações são somadas podendo variar entre 0 (nenhuma adesão) ou 20 (adesão perfeita).⁽⁵¹⁾

1.1.3. Padrão Alimentar Mediterrânico e Atlântico

A DM e a DA, apesar de representarem dois padrões alimentares distintos, partilham entre elas características comuns. São semelhanças destes dois tipos de dietas o consumo de peixe, a utilização de azeite, o consumo de frutas, frutos oleaginosos, hortícolas e cereais integrais. Ambas partilham a preferência por produtos frescos, locais e da época e por técnicas culinárias simples, para além da realização de refeições em companhia.⁽¹¹⁾⁽⁵¹⁾⁽³⁰⁾ A atividade física diária encontra-se na base das respetivas pirâmides.⁽⁵²⁾⁽⁴⁵⁾

Apesar destas semelhanças, estes dois padrões distinguem-se pelo consumo elevado de proteína de origem animal, superior na DA, proveniente principalmente do consumo de carne vermelha, em particular da carne de porco. A DA apresenta um consumo superior de marisco e crustáceos, assim como de lacticínios e derivados e um consumo inferior de fruta e frutos oleaginosos. Em relação ao azeite, este não é a principal fonte de gordura da DA.⁽¹¹⁾⁽³⁰⁾⁽⁵¹⁾

Por razões geográficas, climatéricas e culturais, seria previsível que a DM fosse mais praticada no sul do país e que a DA fosse mais praticada no norte de Portugal. Contudo, como mencionado acima, existem evidências de que a população portuguesa tem aderido progressivamente a um padrão alimentar dito ocidental e, como tal, é possível que estas assimetrias ancestrais não sejam mais evidentes.

1.2. Literacia

O conceito de “literacia”, refere-se à capacidade de ler e escrever. Associado ao conhecimento, à aprendizagem e à educação, tem vindo a ser utilizado em muitos contextos como literacia informática, literacia política, literacia cultural, entre outros.⁽⁵³⁾

Segundo Nutbeam, a literacia é um conceito reconhecido como sendo constituído por dois elementos distintos: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada em tarefas corresponde à capacidade para realizar tarefas como ler um texto básico ou escrever frases simples. A literacia baseada em competências diz respeito ao conhecimento e às capacidades para realizar essas tarefas.⁽⁵⁴⁾

Nutbeam considera três tipos de literacia:⁽⁵⁵⁾

- Literacia funcional/básica: competências básicas suficientes para ler e escrever permitindo um funcionamento efetivo nas atividades diárias;

- Literacia interativa/comunicativa: competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente nas atividades diárias, para obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação para mudar as circunstâncias.

- Literacia crítica: competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as capacidades sociais, podem ser utilizadas para analisar criticamente a informação usando-a para exercer maior controlo sobre eventos e situações da vida.

1.2.1. Literacia em Saúde

Utilizado pela primeira vez em 1974, em contexto de educação para a saúde e com o estabelecimento das suas competências mínimas, surgiu o termo Literacia em Saúde (LS). Desde então, vários autores reformularam este conceito, tendo-se verificado um crescimento da sua importância e impacto significativo nas abordagens em saúde.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾ A OMS define LS como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”.⁽⁵⁸⁾ Uma revisão sistemática da literatura das definições de LS existentes, resultou na definição de LS como “o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana relativas à saúde”.⁽⁵⁹⁾

A LS tem apresentado uma importância relevante na promoção da saúde e na prevenção da doença. Vários estudos demonstraram uma forte associação entre a baixa LS e piores desfechos no estado de saúde e na utilização dos recursos de saúde.⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾⁽⁶³⁾ A baixa LS encontra-se também relacionada com uma menor adesão a recursos de prevenção,⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾⁽⁶⁴⁾ menor competência na gestão de doenças crónicas⁽⁶²⁾ e na toma de medicamentos.⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾ Pacientes com

dificuldade na interpretação das informações de saúde apresentam maior incidência de doenças(60), aumento do número de consultas e admissões hospitalares⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾⁽⁶³⁾ e maior mortalidade.⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾ Evidencia científica crescente demonstra que, indivíduos com baixa LS apresentam maior prevalência de DCNT⁽⁶⁵⁾, piores condições clínicas, menor capacidade para a toma correta da medicação e menor capacidade para interpretar as informações de saúde.⁽⁶¹⁾⁽⁶⁶⁾ São os idosos com baixa LS que apresentam uma mortalidade superior.⁽⁶¹⁾⁽⁶⁶⁾

Na Europa, a informação sobre LS ainda é escassa. Poucos são os estudos realizados sobre este tema. O primeiro inquérito europeu sobre LS foi realizado em 2012 em 8 países: Alemanha, Áustria, Bulgária, Grécia, Irlanda, Países Baixos, Espanha e Polónia, através da aplicação de um questionário. O resultado foi classificado em quatro níveis de literacia: insuficiente, problemático, suficiente e excelente. Dos participantes, 12% apresentou LS insuficiente e 47% apresentou LS insuficiente ou problemática. De ressaltar que, as diferenças entre os Estados-Membros foram substanciais, verificando-se percentagens de classificação diferentes quando analisados os países individualmente.⁽⁵⁹⁾ Estes resultados podem ser observados abaixo na figura 10.

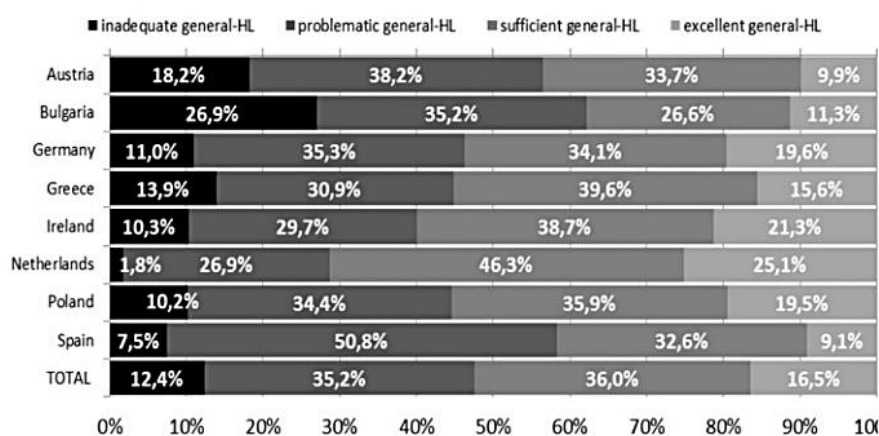


Figura 10: Níveis de literacia em saúde total e por país (HLS-EU).⁽⁵⁹⁾
(HL: literacia em saúde)

Em 1995, Portugal inclui num estudo de literacia geral, questões relacionadas com a saúde, tendo-se observado níveis baixos e muito baixos de LS.⁽⁶⁷⁾ Mais tarde, em 2014, foi aplicado em Portugal, o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) validado para a população portuguesa, com o objetivo de conhecer a capacidade para o acesso, compreensão, análise e utilização da informação de saúde para a tomada de decisões informadas que permitam manter uma boa condição de saúde, prevenir doenças e procurar o tratamento adequado em caso de doença.⁽⁶⁸⁾

Na população portuguesa, 61% dos participantes apresentaram um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se acima da média dos 9 países (49,2%) (figura 11).⁽⁶⁸⁾

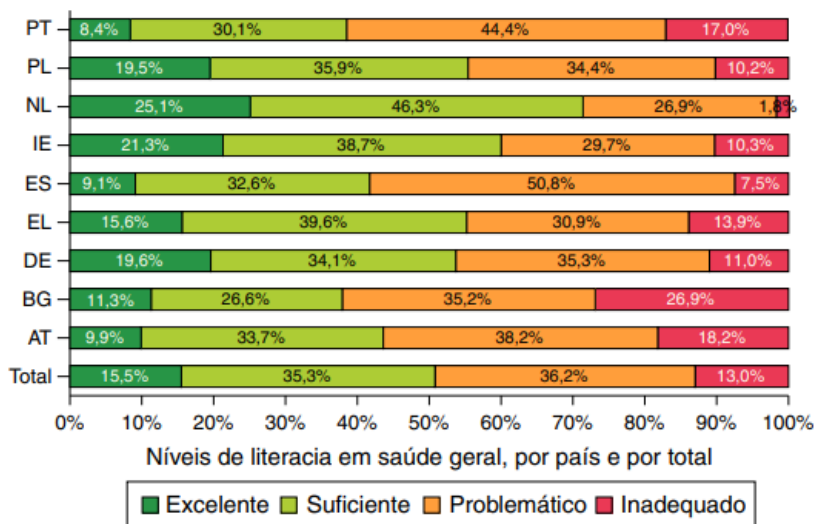


Figura 11: Níveis de literacia em saúde total e por país (HLS-EU-PT).⁽⁶⁸⁾

Um outro estudo realizado em Portugal, em 2015, através da aplicação do Inquérito sobre Literacia em Saúde (ILS-PT), mostrou que, quando comparados os resultados do ILS-PT com os resultados do HSL-EU, o índice de LS da população portuguesa era ligeiramente inferior (figura 12).⁽⁶⁹⁾

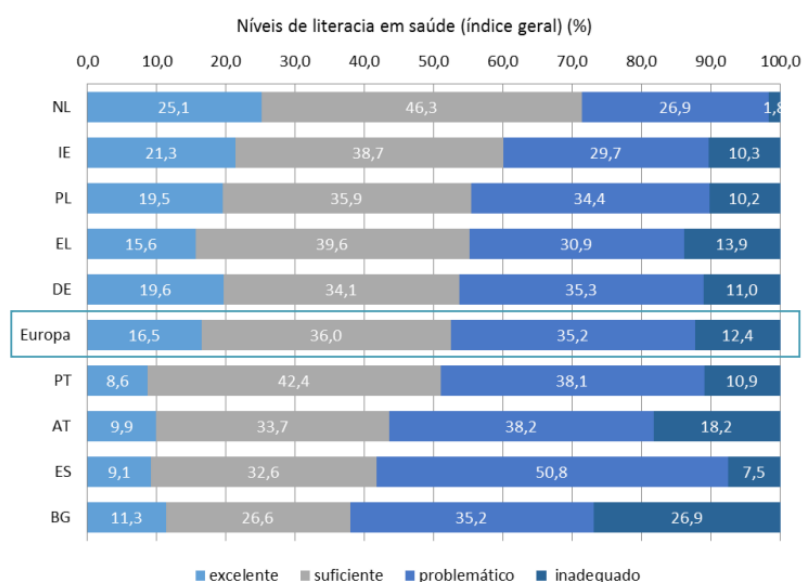


Figura 12: Níveis de literacia em saúde em Portugal (ILS-PT) e nos países participantes no HLS-EU (%).⁽⁶⁹⁾

A LS engloba diversas habilidades e competências necessárias para tomar boas decisões em saúde. Este conceito foi aplicado por Nutbeam em diferentes contextos, nomeadamente nos domínios da dieta, saúde e educação nutricional.⁽⁷⁰⁾

1.2.2. Literacia Alimentar e Literacia Nutricional

Com a evolução da LS e para descrever os aspetos práticos relacionados com a alimentação, garantindo uma ingestão alimentar de acordo com as recomendações nutricionais, surgiu o termo “literacia alimentar” (LA).⁽⁷¹⁾ O termo LA, apareceu pela primeira vez em 1992, num livro de conselhos nutricionais e receitas publicado por um profissional da culinária. Pouco depois, em 1995 e 2001 apareceram as primeiras definições de LA e de “literacia nutricional” (LN), respetivamente.⁽⁷²⁾

De acordo com Krause et al. (2016), a LA e a LN são conceitos distintos de LS, mas complementares, podendo classificar-se a LN como um subconjunto da LA.⁽⁷⁰⁾

A LA compreende os conhecimentos, habilidades e ações relacionadas com o consumo de alimentos. É a capacidade de tomar decisões que melhorem a saúde e contribuam para um sistema alimentar sustentável, considerando variáveis ambientais, culturais, económicas e políticas.⁽⁷³⁾ Para além do conhecimento, é caracterizada pela motivação para o aplicar às escolhas alimentares, desenvolvendo uma relação positiva com os alimentos. Centrada não só no conhecimento nutricional, mas também na capacidade de selecionar e preparar os alimentos ao encontro das recomendações nutricionais, a LA foca-se no desenvolvimento de competências necessárias na mudança de comportamentos.⁽⁷²⁾ A nutrição é um fator fundamental no desenvolvimento e no tratamento de doenças como a Diabetes *Mellitus* tipo 2, hipertensão, hiperlipemia e obesidade, pelo que a baixa LA pode ser particularmente alarmante.⁽⁶⁵⁾

A LN centra-se nas capacidades necessárias para obter, processar, compreender, avaliar e aplicar informações básicas sobre nutrição, permitindo fazer escolhas alimentares saudáveis. Requer literacia e numeracia para a leitura e compreensão de informações nutricionais, nomeadamente na rotulagem alimentar, para além do conhecimento sobre nutrientes e o seu impacto na saúde.⁽⁷⁰⁾⁽⁷³⁾⁽⁷²⁾ O conhecimento nutricional associou-se a uma menor ingestão de alimentos ricos em gordura e calorias.⁽⁷⁴⁾ A principal significância da LN é o impacto desta nos hábitos alimentares. Estudos mostraram uma forte ligação entre a baixa LN e o desenvolvimento de doenças crónicas, o aumento de hospitalizações e consequentemente dos custos em saúde. A utilização de rótulos nutricionais, a procura de informações nutricionais e o comportamento alimentar foram significativamente relacionados com LN. Os indivíduos com maior LN eram

menos propensas a adotar hábitos alimentares inadequados.⁽⁷⁴⁾ Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, uma melhor LN previu uma maior ingestão de alimentos associados ao PAM, enquanto que uma LN baixa, apresentou uma maior adesão ao padrão alimentar ocidental.⁽⁷⁵⁾ Também a qualidade da dieta infantil apresentou uma relação significativa com a LN dos pais.⁽⁷⁶⁾ A LN pode ser vista como um pré-requisito para uma competência mais ampla de LA, permitindo decisões nutricionais e alimentares saudáveis e responsáveis.⁽⁷⁰⁾⁽⁷²⁾

A LA e a LN são importantes fatores no que diz respeito a hábitos alimentares saudáveis. Os sistemas alimentares encontram-se em mudança e o acesso a alimentos não saudáveis, altamente processados, nutricionalmente pobres e com elevada densidade energética é mais fácil do que o acesso a alimentos saudáveis, o que afeta negativamente a qualidade da dieta e consequentemente o estado de saúde. Foi neste sentido que a LA ganhou um lugar importante, permitindo aos indivíduos manter uma alimentação saudável. Uma elevada LA e LN possibilita a tomada de decisões acertadas no ambiente alimentar atual, permitindo práticas alimentares saudáveis.⁽⁷⁷⁾

Também a LS parece estar associada a comportamentos nutricionais. Estudos mostraram que, indivíduos com níveis limitados de LS consultam menos os rótulos alimentares⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾ e possuem maior dificuldade na sua interpretação⁽⁸⁰⁾ assim como dificuldade na estimativa das porções adequadas dos alimentos.⁽⁸¹⁾ Adultos com baixo nível de LS apresentaram uma menor qualidade da dieta e um maior consumo de bebidas açucaradas.⁽⁸²⁾ Pais com LS limitada relataram comportamentos alimentares obesogénicos mais frequentes.⁽⁸³⁾ Ao invés, a LS adequada foi associada a hábitos alimentares saudáveis.⁽⁸⁴⁾

Tanto a LA, a LN como LS apresentaram-se positivamente associadas a hábitos alimentares saudáveis. Relações estatisticamente significativas foram encontradas entre o conhecimento alimentar e nutricional, as competências alimentares, a resiliência e os comportamentos alimentares de jovens adultos.⁽⁸⁴⁾

Em Portugal, não são conhecidos dados sobre LA.⁽⁸⁵⁾ Relativamente à LN, um estudo piloto, realizado com 338 adultos portugueses, através da aplicação do Questionário de Conhecimento Nutricional de Parmenter e Wardle, de 1999, traduzido para português, observou que 65,20% dos inquiridos apresentavam um bom nível de LN.⁽⁸⁶⁾

Ao longo dos anos, a literatura tem-nos mostrado uma forte relação entre o estilo de vida adotado pela população, nomeadamente no que diz respeito à ingestão alimentar e as condições de saúde. Sabemos que, hábitos alimentares saudáveis se traduzem em melhores desfechos quando falamos de saúde. A DM, estudada há vários anos, é o espelho de uma

alimentação saudável, refletindo-se positivamente no estado de saúde dos indivíduos. A par da DM, um conceito mais recente, a DA, tem vindo a ser estudado pretendendo-se o seu reconhecimento como um padrão alimentar também ele saudável. Para além dos hábitos alimentares, a literacia é atualmente impactante quando falamos em saúde, encontrando-se intimamente relacionada com os hábitos e opções alimentares dos indivíduos.

Os profissionais dos serviços de saúde são uma fonte de informação em saúde, contribuindo para a literacia da população, nomeadamente no que toca à alimentação, pelo que decidimos centrar o nosso estudo nestes indivíduos, pois uma população bem informada carece de profissionais dos serviços de saúde também eles bem informados.

Apesar do conhecimento crescente acerca dos padrões alimentares adotados pela população, pouco se sabe sobre o padrão alimentar dos profissionais dos serviços de saúde. O mesmo se verifica quando falamos em LN.

Dada a importância dos profissionais dos serviços de saúde e a influência que estes podem ter nas escolhas alimentares da população, decidimos realizar o presente estudo, de modo a conhecer o padrão alimentar destes profissionais, verificando se os mesmos tendem a apresentar um padrão alimentar mediterrânico ou atlântico e se esse padrão está relacionado com a sua LN.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Caracterizar o padrão alimentar dos profissionais da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM) e relacionar esse padrão com a sua literacia nutricional.

2.2. Objetivos Específicos:

- Medir a adesão à Dieta Mediterrânica e à Dieta Atlântica dos diferentes profissionais da ULSAM;
- Estimar a associação entre a Dieta Mediterrânica e a Dieta Atlântica com a atividade profissional dos colaboradores da ULSAM;
- Medir a literacia nutricional dos profissionais da ULSAM;
- Estimar a associação entre a literacia nutricional e a atividade profissional dos profissionais da ULSAM;
- Relacionar a adesão à Dieta Mediterrânica e à Dieta Atlântica com a literacia nutricional dos profissionais da ULSAM;
- Estudar a associação entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a à Dieta Atlântica com o tempo de trabalho em Portugal.

3. METODOLOGIA

A metodologia corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento. É definida como o caminho do pensamento, ocupando um lugar central no interior das teorias, sendo, portanto, um instrumento sem o qual a ciência não poderia existir.⁽⁸⁷⁾

Uma vez apresentada a fundamentação teórica, sucede-se a fase metodológica, que permitirá dar resposta à questão de investigação e aos objetivos delineados.

De seguida, apresenta-se o desenho e tipo de estudo, define-se e descreve-se a população e amostra, o procedimento de recolha de dados e considerações éticas e, por fim, explica-se o procedimento de análise dos dados.

3.1. Tipo de Estudo

Atendendo à temática selecionada e aos objetivos definidos, foi desenvolvido um estudo:

- observacional, onde o investigador teve um papel meramente de espectador, procedendo à realização de medições, mas sem qualquer intervenção,⁽⁸⁸⁾⁽⁸⁹⁾
- transversal, as medidas de exposição e efeito foram realizadas ao mesmo tempo. Os estudos transversais são relativamente baratos, fáceis de conduzir e úteis na investigação das exposições. Os dados obtidos através dos estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades em saúde da população.⁽⁸⁸⁾
- analítico, foi realizada uma pesquisa quantitativa que envolveu uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas, na tentativa de explicar o contexto de um fenómeno no âmbito de grupos.⁽⁸⁹⁾
- quantitativo, foram utilizadas variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e técnicas estatísticas para a classificação e análise, tais como a percentagem, a mediana, o desvio padrão, o coeficiente de correlação entre outros.⁽⁸⁹⁾

3.2. População e Amostra

Designa-se por população as pessoas acerca das quais se pretende produzir conclusões. A um subgrupo da população, selecionado para obter informações relativas às características dessa população, denomina-se por amostra.⁽⁹⁰⁾

As amostras podem ser do tipo não probabilístico, quando a probabilidade relativa de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida, desconhecendo-se a sua representatividade numa população, ou probabilístico, quando a probabilidade relativa de qualquer individuo ser incluído na amostra é conhecida, sendo a sua inclusão realizada de forma aleatória.⁽⁹⁰⁾

O presente trabalho foi desenvolvido na ULSAM, utilizando-se uma amostra não probabilística, de conveniência. Neste estudo foram incluídos profissionais que desempenham funções numa das seguintes unidades: Hospital Conde de Bertiandos, Hospital de Santa Luzia, Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, Centro de Saúde de Barroelas, Centro de Saúde de Caminha, Centro de Saúde de Darque, Centro de Saúde de Melgaço, Centro de Saúde de Monção, Centro de Saúde de Paredes de Coura, Centro de Saúde de Ponte da Barca, Centro de Saúde de Ponte de Lima, Centro de Saúde de Valença, Centro de Saúde de Viana do Castelo e Centro de Saúde de Vila Nova de Cerveira, que se encontravam no ativo no período da recolha de dados e que entendiam português. Em contrapartida, definiu-se como critérios de exclusão todos os profissionais que no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados se encontravam de licença sem vencimento, ausência médica, licença de maternidade/paternidade, ou que não conseguiam entender o português.

A amostra foi composta por 156 profissionais, maioritariamente do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo (n=95), do Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima (n=31) e do Centro de Saúde de Valença (n=14).

3.3. Instrumento de Recolha de Dados

A recolha dos dados foi realizada através de um questionário semiestruturado, preparado para autoaplicação, elaborado pela investigadora e constituído por 3 secções: A) Caraterização Sociodemográfica; B) Hábitos Alimentares e C) Literacia Nutricional.

De seguida identificam-se e descrevem-se as secções acima mencionadas:

- A) Caraterização Sociodemográfica

Sexo, idade, país onde nasceu, tempo de trabalho em Portugal (no caso de não ter nascido em Portugal), escolaridade, profissão, especialidade e local de trabalho.

- B) Hábitos Alimentares

Número de refeições diárias e classificação do padrão alimentar. Para além destas, foram incluídas questões acerca da ingestão alimentar do índice de adesão à DM com base no instrumento PREDIMED⁽³⁰⁾(Anexo I) e questões do índice de adesão à DA da Fundación Dieta Atlántica.⁽⁵¹⁾(Anexo II) O questionário do presente estudo foi constituído por 27 questões sobre ingestão alimentar, incluindo itens dos dois índices. Três questões corresponderam a questões de resposta aberta e as restantes a questões de resposta fechada de “Sim” ou “Não”.

O instrumento PREDIMED⁽³⁰⁾ apresenta 14 questões relativas ao consumo e hábitos alimentares e o instrumento de adesão à DA⁽⁵¹⁾ apresenta 20 questões. Cada questão é cotada com 0 ou 1 pontos (não adesão ao critério proposto vs. adesão ao critério proposto, respetivamente). Assim, uma maior pontuação traduz-se numa maior adesão à DM ou à DA. As categorias de adesão à DM e respetivos pontos de corte foram os seguintes: baixa adesão à DM (*score* ≤ 5 pontos); adesão moderada à DM (*score* de 6 a 9 pontos) e boa adesão à DM (*score* ≥ 10 pontos). Para a DA as categorias de adesão e respetivos pontos de corte estabelecidos para o presente estudo foram os seguintes: baixa adesão à DA (*score* ≤ 7 pontos); adesão moderada à DA (*score* de 8 a 13 pontos) e boa adesão à DA (*score* ≥ 14 pontos).

As categorias utilizadas para a adesão à DM, foram as definidas pelo instrumento PREDIMED⁽³³⁾. Para a adesão à DA, dado o instrumento utilizado não apresentar pontos de corte, foram criados pontos de corte equivalentes aos da DM, definidos através de regras de três simples. Esta classificação teve como objetivo uniformizar a análise estatística do estudo e facilitar as comparações dos resultados.

- C) Literacia Nutricional

Esta secção inclui questões para avaliar o conhecimento a nível nutricional, através da aplicação do instrumento *Newest Vital Sign* (NVS) validado para a população portuguesa.⁽⁹¹⁾
(Anexo III) Nesta secção foram colocadas 6 questões sobre a informação nutricional apresentada no rótulo de um gelado. Cada questão foi classificada como correta ou errada e cotada com 0 ou 1 pontos (resposta errada vs. resposta correta, respetivamente). Com base na pontuação obtida, a literacia dos participantes foi classificada como: alta probabilidade de literacia limitada (*score* ≤ 1); possibilidade de literacia limitada (*score* de 2 a 3 pontos) e quase sempre indica literacia adequada (*score* ≥ 4 pontos).

3.4. Procedimento de Recolha de Dados

O protocolo de estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM (parecer nº 41/2023-CES). Todos os procedimentos seguiram as recomendações da Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.⁽⁹²⁾⁽⁹³⁾

O questionário do estudo ^(Apêndice I) iniciava com uma breve introdução explicativa, seguindo-se o consentimento informado. Na versão *online* o preenchimento do questionário apenas era possível após responder afirmativamente que concordava participar no estudo.

O estudo decorreu entre o mês de agosto e setembro de 2023, através da aplicação de um questionário *online* na plataforma *Google®Forms*, disponibilizado via e-mail institucional dos profissionais e através da colocação de *QRCode* no refeitório das unidades da ULSAM. Dada a baixa participação, os questionários foram distribuídos também em suporte de papel.

3.5. Definição e Operacionalização das Variáveis

Uma variável pode ser definida como qualquer característica ou qualidade da realidade que é suscetível de assumir diferentes valores.⁽⁹⁴⁾ Estas podem ser classificadas como variáveis dependentes ou independentes⁽⁸⁷⁾

As variáveis dependentes são as que se esperam observar como resultado das outras variáveis do estudo.⁽⁸⁷⁾

As variáveis independentes não dependem de nenhuma outra variável, mas podem ou não influenciar o resultado da variável dependente.⁽⁸⁷⁾⁽⁹⁴⁾

As variáveis foram definidas e operacionalizadas conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1- Apresentação e operacionalização das variáveis.

Variáveis sociodemográficas, hábitos alimentares e literacia nutricional	Operacionalização
Sexo	Variável dicotómica: Feminino/Masculino
Idade	Idade em intervalo de anos: 18 a 29 anos 30 a 49 anos ≥ 50 anos
Nacionalidade	Portuguesa; Estrangeira

Anos de trabalho em Portugal (para participantes estrangeiros)	Menos de 10 anos; 10 a 20 anos; Mais de 20 anos
Escolaridade	Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior Pré-graduado Ensino Superior Pós-graduado
Profissão	Médico; Enfermeiro; Outros Profissionais de Saúde; Assistentes Técnicos, Operacionais e Informáticos
Especialidade	Profissionais com especialidade; Profissionais sem especialidade
Local de trabalho	Cuidados de Saúde Hospitalares; Cuidados de Saúde Primários (inclui-se nesta categoria os profissionais que exerciam funções tanto em hospital como em centro de saúde)
Padrão alimentar	Omnívoro; Vegetariano; Pescetariano
Número de refeições	1 a 2 refeições/dia; 3 a 4 refeições/dia; 5 a 6 refeições/dia, 7 ou mais refeições/dia
Adesão à DM	Baixa adesão à DM (<i>score</i> ≤ 5); Adesão moderada à DM (<i>score</i> de 6 a 9); Boa adesão à DM (<i>score</i> ≥ 10)
Adesão à DA	Baixa adesão à DA (<i>score</i> ≤ 7); Adesão moderada à DA (<i>score</i> de 8 a 13); Boa adesão à DA (<i>score</i> ≥ 14)
Literacia Nutricional	Alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada (<i>score</i> < 2); Possibilidade de literacia limitada (<i>score</i> de 2 a 3); Quase sempre indica literacia adequada (<i>score</i> ≥ 4)

3.6. Procedimento de Análise dos Dados

Para a realização da análise dos dados, utilizou-se o *software IBM SPSS® Statistics Version 29*, empregando-se um nível de significância de 5%.

As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e frequências relativas (%) e comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou pelo teste exato de Fisher, conforme o mais adequado. A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi testada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificando-se que as mesmas não seguem uma distribuição normal: ‘Anos de trabalho em Portugal’ ($p=0,038$); ‘Refeições/dia’ ($p<0,001$); ‘adesão à Dieta Mediterrânica’ ($p<0,001$); ‘adesão à Dieta Atlântica’ ($p=0,003$) e ‘Literacia Nutricional’ ($p<0,001$). Dada a não normalidade das variáveis quantitativas, as mesmas foram sumariadas por mediana e distâncias interquartis (P25 e P75).

Os *scores* de adesão à DM (*scoreDM*), de adesão à DA (*scoreDA*) e de LN foram tratados como variáveis quantitativas e posteriormente, após agrupamento dos dados em categorias distintas, transformados em variáveis categóricas.

As variáveis categóricas mencionadas, após uma primeira análise, sofreram alterações nas categorias e pontos de corte estabelecidos inicialmente, devido ao tamanho da amostra. Para as variáveis de adesão à DM e à DA, dado o baixo número de participantes com baixa adesão (8,3% com baixa adesão à DM e 1,9% com baixa adesão à DA), optou-se por agrupar as categorias “baixa adesão” e “adesão moderada”. As novas categorias de adesão à DM e respetivos pontos de corte foram os seguintes: adesão baixa a moderada à DM (*score* ≤ 9 pontos) e boa adesão à DM (*score* ≥ 10 pontos). Para a DA, as novas categorias de adesão e respetivos pontos de corte foram os seguintes: adesão baixa a moderada à DA (*score* ≤ 13 pontos) e boa adesão à DA (*score* ≥ 14 pontos). Ao contrário do índice utilizado para a avaliação da adesão à DM, o índice utilizado para a avaliação da adesão à DA utilizado neste estudo não apresenta pontos de corte pré-definidos, pelo que se optou por, à semelhança da DM, criar 3 pontos de corte equivalentes, de forma a facilitar a comparação dos resultados. Para a variável “Literacia Nutricional”, dado o baixo número de participantes com “alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada” (10,3%), optou-se por agrupar as categorias “alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada” e “possibilidade de literacia limitada”. As novas categorias de LN e respetivos pontos de corte foram os seguintes: “Possibilidade de literacia limitada” (*score* ≤ 3); “Quase sempre indica literacia adequada” (*score* ≥ 4).

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A caracterização sociodemográfica dos participantes encontra-se descrita na Tabela 2, sendo a amostra composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (74,4%), na faixa etária dos 30 aos 49 anos (53,2%) e de nacionalidade Portuguesa (82,7%). Em termos de escolaridade, os participantes possuem na sua maioria o Ensino Superior Pré-graduado (55,1%), seguidos pelo Ensino Superior Pós-graduado (30,1%), Ensino Secundário (10,3%) e, por fim, Ensino Básico (4,5%). Relativamente à profissão dos participantes, estes eram na sua maioria Enfermeiros (55,2%), seguidos por Médicos (16,2%) e Assistentes Técnicos, Operacionais e Informáticos (16,2%) e, por fim, Outros Profissionais de Saúde (12,3%), trabalhando na sua maioria nos Cuidados de Saúde Hospitalares (84,0%).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Sexo:	n (%)
Feminino	116 (74,4)
Masculino	40 (25,6)
Idade:	n (%)
18 anos 29 anos	21 (13,5)
30 aos 49 anos	83 (53,2)
≥ 50 anos	52 (33,3)
Nacionalidade:	n (%)
Portuguesa	129 (82,7)
Estrangeira	27 (17,3)
Anos de trabalho em Portugal (para participantes estrangeiros):	n (%)
Menos de 10 anos	2 (11,1)
10 a 20 anos	3 (16,7)
Mais de 20 anos	13 (72,2)
Anos de trabalho em Portugal (para participantes estrangeiros):	Mediana (P25-P75)
	24 (18-28)
Escolaridade:	n (%)
Ensino Básico (9ºano)	7 (4,5)

Ensino Secundário (12ºano)	16 (10,3)
Ensino Superior Pré-graduado (bacharelato, licenciatura)	86 (55,1)
Ensino Superior Pós-graduado (pós-graduação, mestrado, doutoramento)	47 (30,1)

Licenciatura dos participantes com Ensino Superior Pré e Pós-graduado:	n (%)
Medicina	25 (19,1)
Enfermagem	85 (64,9)
Fisioterapia	3 (2,3)
Ciências da Nutrição/Dietética e Nutrição/Dietética	5 (3,8)
Psicologia	1 (0,8)
Ciências Biomédicas Laboratoriais	1 (0,8)
Análises Clínicas e de Saúde Pública	3 (2,3)
Engenharia da Computação Gráfica	1 (0,8)
Artes	1 (0,8)
Gestão	2 (1,5)
Relações Públicas	1 (0,8)
Cardiopneumologia	2 (1,5)
Técnico Auxiliar de Saúde	1 (0,8)

Especialidade:	n (%)
Profissionais com especialidade	58 (45,0)
Profissionais sem especialidade	71 (55,0)

Profissão:	n (%)
Médico	25 (16,2)
Enfermeiro	85 (55,2)
Outros Profissionais de Saúde	19 (12,3)
Assistentes Técnicos, Operacionais e Informáticos	25 (16,2)

Local de Trabalho:	n (%)
Cuidados de Saúde Hospitalares	131 (84,0)
Cuidados de Saúde Primários	25 (16,0)

4.2. Caracterização dos Hábitos Alimentares da Amostra

Os hábitos alimentares dos participantes encontram-se descritos de forma sumária na Tabela 3, sendo que, na sua maioria, os participantes apresentam um padrão alimentar omnívoro (99,3%) e realizam 5 a 6 refeições por dia (55,5%).

A adesão à DM (*scoreDM*) apresentou uma mediana de 8 (7-10), tendo a maioria dos participantes apresentado uma “adesão moderada à Dieta Mediterrânica” (62,2%), seguida de uma “boa adesão à Dieta Mediterrânica” (29,5%) e, por último com uma menor percentagem, uma “baixa adesão à Dieta Mediterrânica” (8,3%).

A adesão à DA (*scoreDA*) apresentou uma mediana de 12 (11-14), tendo a maioria dos participantes apresentado uma “adesão moderada à Dieta Atlântica” (64,7%), seguida de uma “boa adesão à Dieta Atlântica” (33,3%) e, por último com uma menor percentagem, uma “baixa adesão à Dieta Atlântica” (1,9%).

Apesar de ambos os instrumentos possuírem questões em comum, optou-se por analisar e apresentar a adesão aos diferentes critérios em tabelas distintas, uma referente aos itens usados na determinação do *scoreDM* (Tabela 4) e outra referente aos itens usados na determinação do *scoreDA* (Tabela 6). Analisaram-se os diferentes itens de cada um dos índices, comparando a proporção de respostas positivas entre sexos.

Tabela 3. Caracterização dos hábitos alimentares dos participantes.

Padrão Alimentar, n (%)	
Omnívoro	151 (99,3)
Vegetariano	0 (0,0)
Pescetariano	1 (0,7)
Número de refeições/dia, n (%)	
1 a 2 refeições/dia	4 (2,6)
3 a 4 refeições/dia	63 (40,6)
5 a 6 refeições/dia	86 (55,5)
7 ou mais refeições/dia	2 (1,3)
Número de refeições/dia, mediana (P25-P75)	
	5 (4-5)
Adesão à Dieta Mediterrânica (<i>scoreDM</i>), mediana (P25-P75)	
	8 (7-10)
Adesão à Dieta Mediterrânica, n (%)	

Baixa adesão à Dieta Mediterrânica (<i>score</i> ≤ 5)	13 (8,3)
Adesão moderada à Dieta Mediterrânica (<i>score</i> de 6 a 9)	97 (62,2)
Boa adesão à Dieta Mediterrânica (<i>score</i> ≥ 10)	46 (29,5)
Adesão à Dieta Atlântica (<i>score</i>DA), mediana (P25-P75)	12 (11-14)
Adesão à Dieta Atlântica, n (%)	
Baixa adesão à Dieta Atlântica (<i>score</i> ≤ 7)	3 (1,9)
Adesão moderada à Dieta Atlântica (<i>score</i> de 8 a 13)	101 (64,7)
Boa adesão à Dieta Atlântica (<i>score</i> ≥ 14)	52 (33,3)

4.3. Adesão à Dieta Mediterrânica

Relativamente aos critérios de adesão à DM, importa destacar que a maioria dos participantes utiliza o azeite como principal gordura culinária (97,4%); apresenta um consumo de bebidas açucaradas ou gaseificadas < 1 porção/dia (92,9%); consome preferencialmente frango, peru e coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha (87,8%); usa refogado na confeção de hortícolas, massa, arroz ou outros pratos ≥ 2 vezes/semana (87,1%). Pelo contrário, podemos verificar uma baixa adesão a alguns dos critérios estabelecidos para a DM, sendo estes: consumo de vinho ≥ 7 copos/semana (2,6%) e consumo de frutos oleaginosos ≥ 3 porções/semana (3,5%) (tabela 4).

Quando analisados os itens da DM individualmente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no consumo de produtos hortícolas entre os sexos ($p=0,016$), tendo-se observado que, são as mulheres quem apresenta um “consumo de hortícolas ≥ 2 porções/dia” mais frequentemente, em comparação com os homens (69,0% vs. 47,4% respetivamente). Foram observadas, também, diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, no consumo de produtos de pastelaria ($p=0,013$), onde as mulheres apresentaram uma maior percentagem no “consumo de produtos de pastelaria ou doces comerciais < 3 porções/semana” comparativamente com os homens (81,7% vs. 62,5% respetivamente).

Posteriormente, procurou-se estabelecer comparações entre os graus de adesão à DM e as diferentes características sociodemográficas dos participantes (Tabela 5). Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas dos participantes e o respetivo grau de adesão à DM.

Tabela 4. Adesão dos participantes à Dieta Mediterrânica, por item.

Critérios de adesão à Dieta Mediterrânica(30)	Resposta positiva, n (%)			p
	Total n=156	Mulheres n=116	Homens n=40	
1. Utilização de azeite como principal gordura culinária	152 (97,4%)	113 (97,4%)	39 (97,5%)	1,000
2. Consumo de azeite ≥ 4 colheres de sopa/dia	69 (44,8%)	48 (42,1%)	21 (52,5%)	0,255
3. Consumo de produtos hortícolas ≥ 2 porções/dia	96 (63,6%)	78 (69,0%)	18 (47,4%)	0,016
4. Consumo de fruta ≥ 3 porções/dia	70 (45,5%)	55 (48,2%)	15 (37,5%)	0,240
5. Consumo de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) < 1 porção/dia	77 (49,4%)	59 (50,9%)	18 (45,0%)	0,523
6. Consumo de manteiga, margarina ou natas < 1 porção/dia	101 (64,7%)	77 (66,4%)	24 (60,0%)	0,466
7. Consumo de bebidas açucaradas ou gaseificadas < 1 porção/dia	145 (92,9%)	110 (94,8%)	35 (87,5%)	0,151
8. Consumo de vinho ≥ 7 copos/semana	4 (2,6%)	3 (2,6%)	1 (2,5%)	1,000
9. Consumo de leguminosas ≥ 3 porções/semana	99 (64,3%)	78 (67,8%)	21 (53,8%)	0,115
10. Consumo de peixe ou marisco ≥ 3 porções/semana	96 (65,3%)	72 (66,1%)	24 (63,2%)	0,747
11. Consumo de produtos de pastelaria ou doces comerciais (bolos, bolachas, biscoitos) < 3 porções/semana	119 (76,8%)	94 (81,7%)	25 (62,5%)	0,013
12. Consumo de frutos oleaginosos ≥ 3 porções/semana	5 (3,5%)	4 (3,7%)	1 (2,7%)	1,000
13. Consumo preferencial de frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha	137 (87,8%)	102 (87,9%)	35 (87,5%)	1,000
14. Uso de refogado na confeção de hortícolas, massa, arroz ou outros pratos ≥ 2 vezes/semana	135 (87,1%)	99 (86,1%)	36 (90,0%)	0,525

Tabela 5. Associação entre a adesão à Dieta Mediterrânica e as características sociodemográficas dos participantes.

	Adesão à Dieta Mediterrânica		<i>p</i>
	Adesão moderada n=110	baixa a Boa adesão n=46	
Sexo, n (%)			0,261
Feminino	79 (71,8)	37 (80,4)	
Masculino	31 (28,2)	9 (19,6)	
Idade, n (%)			0,969
18 anos 29 anos	15 (13,6)	6 (13,0)	
30 aos 49 anos	59 (53,6)	24 (52,2)	
≥ 50 anos	36 (32,7)	16 (34,8)	
Nacionalidade, n (%)			0,655
Portuguesa	90 (81,8)	39 (84,8)	
Estrangeira	20 (18,2)	7 (15,2)	
Escolaridade, n (%)			0,407
Ensino Básico	5 (4,5)	2 (4,3)	
Ensino Secundário	14 (12,7)	2 (4,3)	
Ensino Superior Pré-graduado	57 (51,8)	29 (63,0)	
Ensino Superior Pós-graduado	34 (30,9)	13 (28,3)	
Especialidade, n (%)			0,832
Profissionais com especialidade	42 (39,6)	17 (37,8)	
Profissionais sem especialidade	64 (60,4)	28 (62,2)	
Profissão, n (%)			0,376
Médico	20 (18,5)	5 (10,9)	
Enfermeiro	55 (50,9)	30 (65,2)	
Outros Profissionais de Saúde	15 (13,9)	4 (8,7)	
Assistentes Técnicos, Operacionais e Informáticos	18 (16,7)	7 (15,2)	
Local de Trabalho, n (%)			0,436

Cuidados de Saúde Hospitalares	94 (85,5)	37 (84,4)
Cuidados de Saúde Primários	16 (14,5)	9 (19,6)

4.4. Adesão à Dieta Atlântica

Relativamente aos critérios de adesão à DA, a maioria dos participantes utiliza o azeite regularmente (97,4%); apresenta um consumo de carnes de aves e de caça ≥ 1 porção/semana (90,3%) e apresenta um consumo regular de alimentos sazonais, tradicionais e locais (87,8%). Em contrapartida, verificou-se uma baixa adesão aos seguintes critérios: consumo de vinho ≥ 1 porção/dia (2,6%); consumo de marisco ≥ 1 porção/semana (13,1%) e consumo de frutos oleaginosos e castanha ≥ 2 porções/semana (13,2%) (tabela 6).

Foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para alguns dos critérios de adesão à DA. Observou-se que, as mulheres apresentam uma maior adesão aos seguintes critérios, comparativamente aos homens: “consumo de fruta ≥ 2 porções/dia” (84,2% vs. 67,5%, $p=0,023$); “consumo de hortícolas ≥ 2 porções/dia” (69,0% vs. 47,4%, $p=0,016$); “consumo de hortícolas brássicas ≥ 3 porções/semana” (89,7% vs. 70,0%, $p=0,003$) e “consumo regular de alimentos sazonais, tradicionais e locais” (91,4% vs. 77,5%, $p=0,027$). Já para o critério “consumo de carnes vermelhas (vaca, cordeiro, carneiro) ≥ 1 porção/semana”, os homens apresentam uma maior adesão a este critério, comparativamente às mulheres (80,0% vs. 62,1%, $p=0,038$).

Procurou-se também estabelecer comparações entre os graus de adesão à DA e as diferentes características sociodemográficas dos participantes (Tabela 7). Foi possível observar diferenças estatisticamente significativas na adesão à DA entre os sexos ($p=0,001$), verificando-se uma maior percentagem de mulheres com uma boa adesão à DA, comparativamente aos homens. Para as restantes características sociodemográficas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6. Adesão dos participantes à Dieta Atlântica, por item.

Critérios de adesão à Dieta Atlântica(51)	Resposta positiva, n (%)			p
	Total n=156	Mulheres n=116	Homens n=40	
1. Consumo de pão integral ≥ 1 porção/dia	65 (41,9)	51 (44,3)	14 (35,0)	0,302
2. Consumo de arroz e cereais ≥ 1 porção/dia	132 (84,6)	100 (86,2)	32 (80,0)	0,348
3. Consumo de batatas ≥ 1 porção/dia	67 (43,2)	50 (43,5)	17 (42,5)	0,914
4. Uso regular de azeite	152 (97,4)	113 (97,4)	39 (97,5)	1,000
5. Consumo de fruta ≥ 2 porções/dia	123 (79,9)	96 (84,2)	27 (67,5)	0,023
6. Consumo de hortícolas ≥ 2 porções/dia	96 (63,6)	78 (69,0)	18 (47,4)	0,016
7. Consumo de hortícolas brássicas ≥ 3 porções/semana	132 (84,6)	104 (89,7)	28 (70,0)	0,003
8. Consumo de produtos lácteos ≥ 2 porções/dia	115 (74,7)	88 (76,5)	27 (69,2)	0,366
9. Consumo de pescado ≥ 3 porções/semana	96 (61,9)	72 (62,6)	24 (60,0)	0,770
10. Consumo de marisco ≥ 1 porção/semana	20 (13,1)	15 (13,3)	5 (12,5)	0,901
11. Consumo de porco (carne magra, fiambre) ≥ 1 porção/semana	100 (64,1)	72 (62,1)	28 (70,0)	0,367
12. Consumo de carnes de aves e de caça ≥ 1 porção/semana	139 (90,3)	105 (92,1)	34 (85,0)	0,219
13. Consumo de carnes vermelhas (vaca, cordeiro, carneiro) ≥ 1 porção/semana	104 (66,7)	72 (62,1)	32 (80,0)	0,038
14. Consumo de ovos ≥ 3 porções/semana	101 (66,4)	79 (69,3)	22 (57,9)	0,197
15. Consumo de leguminosas ≥ 2 porções/semana	99 (64,3)	78 (67,8)	21 (53,8)	0,115
16. Consumo de frutos oleaginosos e castanha ≥ 2 porções/semana	19 (13,2)	15 (14,0)	4 (10,8)	0,781
17. Consumo de vinho ≥ 1 porção/dia	4 (2,6)	3 (2,6)	1 (2,5)	1,000
18. Consumo regular de alimentos sazonais, tradicionais e locais	137 (87,8)	106 (91,4)	31 (77,5)	0,027
19. Consumo raro de alimentos processados e pré-cozinhados	132 (85,2)	101 (87,8)	31 (77,5)	0,114
20. Consumo raro de açúcar e outros adoçantes, incluindo refrigerantes	109 (69,9)	85 (73,3)	24 (60,0)	0,115

Tabela 7. Associação entre a adesão à Dieta Atlântica e as características sociodemográficas dos participantes.

	Adesão à Dieta Atlântica		<i>p</i>
	Adesão baixa a moderada n=104	Boa adesão n=52	
Sexo, n (%)			0,001
Feminino	69 (66,3)	47 (90,4)	
Masculino	35 (33,7)	5 (9,6)	
Idade, n (%)			0,309
18 anos 29 anos	16 (15,4)	5 (9,6)	
30 aos 49 anos	51 (49,0)	32 (61,5)	
≥ 50 anos	37 (35,6)	15 (28,8)	
Nacionalidade, n (%)			0,073
Portuguesa	82 (78,8)	47 (90,4)	
Estrangeira	22 (21,2)	5 (9,6)	
Escolaridade, n (%)			0,267
Ensino Básico	4 (3,8)	3 (5,8)	
Ensino Secundário	13 (12,5)	3 (5,8)	
Ensino Superior Pré-graduado	60 (57,7)	26 (50,0)	
Ensino Superior Pós-graduado	27 (26,0)	20 (38,5)	
Especialidade, n (%)			0,497
Profissionais com especialidade	41 (41,0)	18 (35,3)	
Profissionais sem especialidade	59 (59,0)	33 (64,7)	
Profissão, n (%)			0,906
Médico	18 (17,6)	7 (13,5)	
Enfermeiro	55 (53,9)	30 (57,7)	
Outros Profissionais de Saúde	13 (12,7)	6 (11,5)	
Assistentes Técnicos, Operacionais e Informáticos	16 (15,7)	9 (17,3)	
Local de Trabalho, n (%)			0,537

Cuidados de Saúde Hospitalares	86 (82,7)	45 (86,5)
Cuidados de Saúde Primários	18 (17,3)	7 (13,5)

4.5. Caracterização da Literacia Nutricional da Amostra

Relativamente às questões colocadas para avaliar a LN, apenas uma questão apresentou uma baixa percentagem de respostas corretas, observando-se que à questão “Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção deste gelado?”, apenas 46,3% dos participantes respondeu corretamente (Tabela 8).

A maioria dos participantes apresentou um *score* de LN que “quase sempre indica literacia adequada” (79,5%), seguido por “possibilidade de literacia limitada” (10,3%) e “alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada” (10,3%) (Tabela 9).

As comparações entre os graus de LN e as diferentes características sociodemográficas dos participantes encontram-se sumariadas na Tabela 10. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas para a escolaridade ($p=0,004$) e para a profissão ($p=0,008$) dos participantes. A maioria dos participantes com um *score* que indica literacia adequada possuía Ensino Superior Pré-graduado (56,5%) ou Pós-graduado (33,9%). Relativamente à profissão, os participantes que apresentaram um *score* que indica literacia adequada eram, na sua maioria, Enfermeiros (59,0%), seguindo-se os Médicos (17,2%), Outros Profissionais de Saúde (13,1%) e por fim Assistente Técnicos, Operacionais e Informáticos (10,7%).

Tabela 8. Literacia Nutricional dos participantes, por item.

Critérios de avaliação da Literacia Nutricional(91)	Resposta Correta, n (%)
Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?	132 (89,8)
Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?	129 (88,4)

Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?	117 (81,3)
Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção deste gelado?	72 (46,2)
Imagine que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de latex e picadas de abelha. É seguro para si comer este gelado?	128 (87,7)
Se respondeu não à questão anterior, por que não considera o gelado seguro?	122 (94,6)

Tabela 9. Literacia Nutricional dos participantes

Literacia Nutricional, mediana (P25-P75)	5 (4-6)
Literacia Nutricional, n (%)	
Alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada (<i>score</i> < 2)	16 (10,3)
Possibilidade de literacia limitada (<i>score</i> de 2 a 3)	16 (10,3)
Quase sempre indica literacia adequada (<i>score</i> ≥ 4)	124 (79,5)

Tabela 10. Associação entre a Literacia Nutricional e as características sociodemográficas dos participantes

	Literacia Nutricional		<i>p</i>
	Possibilidade de literacia limitada n=32	Quase sempre indica literacia adequada n=124	
Sexo, n (%)			0,718
Feminino	23 (71,9)	93 (75,0)	
Masculino	9 (28,1)	31 (25,0)	
Idade, n (%)			0,855

18 anos 29 anos	5 (15,6)	16 (12,9)	
30 aos 49 anos	16 (50,0)	67 (54,0)	
≥ 50 anos	11 (34,4)	41 (33,1)	
Nacionalidade, n (%)			0,778
Portuguesa	27 (84,4)	102 (82,3)	
Estrangeira	5 (15,6)	22 (17,7)	
Escolaridade, n (%)			0,004
Ensino Básico	3 (9,4)	4 (3,2)	
Ensino Secundário	8 (25,0)	8 (6,5)	
Ensino Superior Pré-graduado	16 (50,0)	70 (56,5)	
Ensino Superior Pós-graduado	5 (15,6)	42 (33,9)	
Especialidade, n (%)			0,158
Profissionais com especialidade	8 (27,6)	51 (41,8)	
Profissionais sem especialidade	21 (72,4)	71 (58,2)	
Profissão, n (%)			0,008
Médico	4 (12,5)	21 (17,2)	
Enfermeiro	13 (40,6)	72 (59,0)	
Outros profissionais de Saúde	3 (9,4)	16 (13,1)	
Assistentes Técnicos, Operacionais e Informáticos	12 (37,5)	13 (10,7)	
Local de Trabalho, n (%)			0,945
Cuidados de Saúde Hospitalares	27 (84,4)	104 (83,9)	
Cuidados de Saúde Primários	5 (15,6)	20 (16,1)	

4.6. Associações entre a Literacia Nutricional e a Adesão às Dietas Mediterrânica e Atlântica

Procurou-se perceber se o grau de LN estava relacionado com o grau de adesão à DM e à DA. Diferenças estatisticamente significativas não foram observadas (Tabela 11), verificando-se que o grau de LN não estava associado ao grau de adesão à DM ($p=0,135$), nem ao grau de adesão à DA ($p=0,262$). Devido ao número reduzido de profissionais não naturais de Portugal

que foram incluídos no estudo, bem como a heterogeneidade de tempo em que estão em Portugal e a profissão, não foi possível a análise inicialmente prevista, de estudar a associação entre a adesão à DM e à DA e o tempo de trabalho em Portugal.

Tabela 11. Associação entre a literacia nutricional e a adesão à Dieta Mediterrânica e à Dieta Atlântica.

	Literacia Nutricional		<i>p</i>
	Possibilidade de literacia limitada n=32	Quase sempre indica literacia adequada n=124	
Adesão à Dieta Mediterrânica, n (%)			0,135
Adesão baixa a moderada	26 (81,3%)	84 (67,7%)	
Boa adesão	6 (18,8%)	40 (32,3%)	
Adesão à Dieta Atlântica, n (%)			0,262
Adesão baixa a moderada	24 (75,0%)	80 (64,5%)	
Boa adesão	8 (25,0%)	44 (35,5%)	

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo, caracterizar o padrão alimentar de uma amostra de profissionais da ULSAM, que se encontravam no ativo e entendiam português, e relacionar esse padrão com a sua literacia nutricional.

A DM é reconhecida como um dos padrões alimentares mais saudáveis, apresentando vários benefícios para a saúde.⁽⁹⁵⁾ A mesma, tem sido associada à prevenção de várias doenças crónicas.⁽⁹⁶⁾ De acordo com vários estudos, a DM tem-se associado a um melhor controlo da glicemia, da pressão arterial, do perfil lipídico e de marcadores inflamatórios, contribuindo para uma redução do risco cardiovascular e um melhor controlo da Diabetes *Mellitus* tipo 2.⁽⁹⁷⁾⁽⁹⁸⁾⁽⁹⁹⁾ Além disso, estudos mostraram um efeito protetor da DM na ocorrência de doença de Alzheimer, de demência e de depressão.⁽¹⁰⁰⁾⁽¹⁰¹⁾⁽¹⁰²⁾ Também um menor risco de vários tipos de cancro, bem como de mortalidade por esta causa, foram associados à DM.⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁴⁾

Ao longo dos anos, vários instrumentos, como os índices, têm surgido com o objetivo de avaliar o grau de adesão da população à DM.⁽³⁰⁾

No presente trabalho, o grau de adesão à DM foi avaliado através do instrumento PREDIMED⁽³⁰⁾, devido à sua facilidade de aplicação e por ser um instrumento utilizado em vários estudos, permitindo uma melhor comparação dos resultados.

Neste estudo, apenas 29,5% (n=46) dos participantes apresentou uma boa adesão à DM, definida por um *score* ≥ 10 . Estes resultados são superiores aos resultados obtidos para a população portuguesa no IAN-AF 2015-2016, onde se verificou que apenas 18% da população apresentava uma adesão elevada ao padrão alimentar mediterrânico.⁽⁴⁰⁾ Outros dois estudos realizados à população adulta portuguesa mostraram que apenas 17% e 12% dos participantes apresentaram uma adesão à DM ≥ 10 .⁽¹⁰⁵⁾⁽¹⁰⁶⁾ No entanto, os nossos resultados são semelhantes aos resultados obtidos no estudo de adesão ao PAM realizado à população portuguesa em 2020, onde 26% da população apresentou uma elevada adesão à DM.⁽³⁹⁾ Sendo a amostra constituída maioritariamente por profissionais de saúde, seria espectável valores de boa adesão à DM mais elevados, uma vez que os mesmos, sendo promotores de saúde, deveriam estar mais sensibilizados para a prática de uma alimentação saudável. Desconhecem-se outros estudos de adesão à DM com profissionais de saúde, Em contrapartida, um estudo realizado com estudantes universitários de áreas das ciências da saúde e outras áreas, em Portugal, revelou que 40% da amostra dos estudantes de Ciências da Nutrição apresentou uma alta adesão à DM e apenas 5% da amostra dos estudantes de Ciências Farmacêuticas apresentou o mesmo grau de adesão.⁽⁹⁵⁾

Estes resultados refletem o aparente afastamento dos hábitos alimentares mediterrânicos, das populações dos países mediterrânicos, que se tem vindo a observar noutros estudos.⁽³⁴⁾⁽⁹⁶⁾⁽¹⁰⁷⁾ À semelhança de diferentes estudos realizados em países mediterrânicos, quando analisada a adesão à DM por sexo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.⁽⁹⁶⁾⁽¹⁰⁸⁾ Outros estudos realizados em Portugal e um estudo realizado na Califórnia à população portuguesa, relataram que os homens apresentaram uma adesão à DM significativamente menor em relação às mulheres.⁽⁹⁵⁾⁽¹⁰⁵⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾ Assim, não é possível assumir a existência ou não de uma relação entre a adesão à DM e o sexo. Os diferentes resultados podem ser explicados pelas diferenças amostrais, nomeadamente, o tamanho da amostra, a população, a idade dos participantes, o país do estudo, para além do instrumento utilizado para a avaliar a adesão à DM. Resultados diferentes na adesão à DM foram observados com a utilização de diferentes instrumentos, na mesma população.⁽¹¹¹⁾ Relativamente à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos participantes e a adesão à DM à semelhança do observado noutros estudos.⁽¹¹²⁾

Quando avaliados cada item da DM individualmente, verificou-se que mais de 85% dos participantes utilizava o azeite como principal gordura culinária, consumia bebidas açucaradas ou gaseificadas < 1 vez/dia, consumia preferencialmente frango, peru e coelho em vez de carnes vermelhas e processadas, utilizava refogado na confeção de hortícolas, massa, arroz ou outros pratos ≥ 2 vezes/semana. Resultados semelhantes foram observados por Léon-Muñoz, et al., (2012).⁽¹⁰⁷⁾ Relativamente a outros alimentos incluídos na DM, como o consumo de vinho de ≥ 7 copos/semana e o consumo de frutos oleaginosos de ≥ 3 porções/semana, verificou-se que somente 2,6% e 3,5% respetivamente dos participantes satisfaziam estes critérios. No caso do vinho, existe um abandono do hábito do consumo moderado de vinho às refeições, passando para um consumo excessivo em momentos mais casuais, particularmente em festas. Quanto aos frutos oleaginosos, o preço elevado destes alimentos e a sua associação a alimentos demasiado calóricos, nomeadamente devido ao aporte em gordura, podem explicar estes resultados. Em Portugal, os frutos gordos são consumidos essencialmente em épocas festivas, como o Natal, sendo o consumo médio diário de frutos gordos e sementes comestíveis de 2,8 g.⁽⁴⁰⁾ Geograficamente, Portugal não é banhado pelo mar Mediterrâneo, mas fica muito próximo e historicamente apresentava um consumo alimentar mediterrânico. Mas sendo este padrão alimentar tão associado à produção alimentar e ao clima, será que todo o país partilhava o mesmo padrão alimentar? Há quem defenda que, no norte de Portugal, o padrão alimentar ancestral seria o Atlântico.

A par da DM, estudou-se a adesão à DA, um padrão alimentar não tão amplamente reconhecido, mas que tem vindo a ganhar algum destaque. Apesar dos poucos estudos existentes sobre a mesma, a DA tem mostrado benefícios para a saúde, nomeadamente no risco cardiovascular,⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾ nos níveis mais baixos de proteína C reativa, resistência à insulina, albumina na urina, relação albumina-creatinina na urina⁽⁴⁷⁾ e pressão arterial.⁽⁴⁷⁾⁽¹¹³⁾ Estudos relatam menores níveis de triglicéridos e de colesterol total com a adesão à DA.⁽⁴³⁾⁽⁴⁷⁾ A DA foi também inversamente associada com o perímetro da cintura⁽¹¹³⁾ e com uma menor prevalência de obesidade.⁽⁴³⁾ Uma adesão ideal à DA pareceu melhorar o índice aterogénico em adolescentes com altos níveis de aptidão física.⁽⁴⁸⁾ Por fim, uma maior adesão à DA, associou-se a um menor risco de morte por todas as causas.⁽⁴⁹⁾

À semelhança dos índices de adesão à DM, também existem diferentes índices de adesão à DA.

No nosso estudo, para avaliar o grau de adesão à DA, foi utilizado um índice elaborado pela Fundación Dieta Atlántica,⁽⁵¹⁾ devido à sua facilidade de aplicação e por se considerar a ferramenta mais completa atualmente existente.

Neste estudo 33,3% (n=52) dos participantes apresentaram uma boa adesão à DA, definida por um *score* ≥ 14 . Este valor foi ligeiramente superior quando comparado com a adesão à DM (29,5%). Apesar da DA ser um conceito mais recente⁽¹¹⁾ do que a DM e de existir um menor conhecimento da mesma, o valor superior de boa adesão a este padrão, comparativamente com o valor de boa adesão à DM, pode ser explicado pelo facto da DA ser caracterizada por um consumo mais elevado de proteína de origem animal, proveniente principalmente da carne vermelha, em particular da carne de porco e do consumo superior de laticínios e derivados, alimentos bastante presentes na alimentação portuguesa.⁽²⁷⁾⁽¹¹⁴⁾

No entanto, seria de esperar que a nossa amostra apresentasse uma adesão à DA mais elevada, dada a sua área geográfica próxima da Galiza. Uma vez que, como já referido anteriormente, a DA foi definida como a dieta tradicional daquela região⁽¹¹⁾⁽⁴¹⁾. Valores de adesão à DA semelhantes foram encontrados nos estudos de Rodríguez-Martín et al., (2019)⁽⁴³⁾ e de García-Gómez et al., (2022)⁽⁵⁰⁾, realizados com a população espanhola, onde 37,8% e 39,9% da amostra, respetivamente, apresentaram uma boa adesão à DA.⁽⁴³⁾⁽⁵⁰⁾

Porém, seria de esperar que, na nossa amostra, valores de boa adesão à DA superiores fossem observados junto de profissionais dos serviços de saúde. À semelhança do esperado para a adesão à DM, sendo estes profissionais promotores de saúde, deveriam estar mais sensibilizados para comportamentos alimentares que vão ao encontro da mesma.

Diferenças estatisticamente significativas foram observadas quando avaliada a adesão à DA entre os sexos. Foram as mulheres que apresentaram uma maior percentagem de boa

adesão à DA comparativamente aos homens. Resultados semelhantes foram obtidos por Rodríguez- Martín et al., (2019).⁽⁴³⁾ Pelo contrário, outros estudos mostraram que a maior adesão à DA foi observada em homens.⁽⁴⁷⁾⁽¹¹⁵⁾ Encontrou-se ainda um estudo onde não foram encontradas diferenças significativas entre a adesão à DA e o sexo.⁽⁵⁰⁾ Mais uma vez, os diferentes resultados podem possivelmente ser explicados pelas diferenças amostrais e pelas ferramentas utilizadas.

Quando avaliados cada item da DA individualmente, verificou-se que mais de 87% dos participantes cumpria o consumo estabelecido para azeite, para o consumo preferencial de carnes de aves e caça e para o consumo regular de alimentos sazonais, tradicionais e locais. Por outro lado, verificou-se uma baixa percentagem de inquiridos que cumpriu o consumo das porções estabelecidas para o vinho (2,6%), para o marisco (13,1%) e para os frutos oleaginosos e castanhas (13,2%). Resultados semelhantes foram observados para a utilização do azeite e de alimentos sazonais, assim como para o consumo de frutos oleaginosos, vinho e marisco.⁽⁴²⁾⁽⁵⁰⁾⁽¹¹⁵⁾⁽¹¹⁶⁾⁽¹¹⁷⁾ Contrariamente a estes resultados, um estudo, realizado em Espanha, apresentou o azeite como um dos itens da DA com menor consumo e o consumo de frutos oleaginosos e de peixe e marisco como os itens com maior adesão.⁽⁴³⁾ As diferenças observadas podem dever-se a diferentes fatores como a região e a idade, assim como às diferenças dos instrumentos de avaliação utilizados. Ainda para a DA, foram observadas no nosso estudo, diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. As mulheres apresentaram, comparativamente aos homens, uma maior adesão no consumo ≥ 2 porções/dia de fruta e de hortícolas, no consumo ≥ 3 porções/semana de hortícolas brássicas e no consumo regular de alimentos sazonais, tradicionais e locais. Os homens apresentaram uma maior adesão no que diz respeito ao consumo de carnes vermelhas ≥ 1 vez/semana. O consumo superior de carne pelos homens e de hortícolas pelas mulheres foram observados noutros estudos, nomeadamente na população portuguesa.⁽⁴²⁾⁽¹¹⁶⁾⁽¹¹⁸⁾ Em contrapartida, o estudo de Del Pozo, Cuadrado & Moreiras, (2003)⁽¹¹⁹⁾, não mostrou diferenças entre os sexos no consumo de carne.⁽¹¹⁹⁾ Contrariamente aos resultados do nosso estudo, Vaquero et al., (2004)⁽¹¹⁸⁾, observou que eram os homens quem apresentava um maior consumo de fruta comparativamente às mulheres.⁽¹¹⁸⁾ Outras associações estatisticamente significativas entre os sexos e os diferentes itens de adesão à DA não foram encontradas no nosso estudo. Outros estudos mostraram relações estatisticamente significativas entre os sexos também para o consumo de vinho, batatas e leguminosas, onde os homens apresentaram uma maior adesão.⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽¹¹⁶⁾⁽¹¹⁸⁾⁽¹¹⁹⁾

Outras associações estatisticamente significativas entre a adesão à DA e as restantes características sociodemográficas não foram observadas no nosso estudo. Outros estudos, mostraram que os participantes com maior adesão à DA eram indivíduos mais velhos e com maior escolaridade.⁽⁴³⁾⁽⁴⁷⁾⁽¹¹⁵⁾

Para que a promoção de hábitos alimentares saudáveis possa levar à diminuição da incidência de doenças crónicas, a população deve ter conhecimento sobre nutrição, alimentação e hábitos saudáveis.⁽⁸⁶⁾ Indivíduos com LS limitada consultam menos os rótulos alimentares, demonstrando maior dificuldade na sua interpretação, bem como na estimativa de porções alimentares adequadas.⁽⁷⁵⁾

No presente estudo o grau de LN foi avaliado através da ferramenta *Newest Vital Sign*⁽⁹¹⁾, dado ser um instrumento validado para a população portuguesa e de fácil aplicação. O facto de ser um instrumento utilizado noutros estudos ajuda à compreensão e comparação dos resultados.

No presente estudo 79,5% (n=124) dos participantes apresentaram uma literacia adequada, definida por um *score* ≥ 4 . Este resultado é semelhante ao resultado de um estudo realizado em Portugal a estudantes de Medicina Dentária, onde 87,6% dos universitários apresentaram uma literacia adequada⁽¹²⁰⁾ e bastante superior aos resultados obtidos por Paiva et al., (2017) onde apenas 27,1% da população portuguesa apresentou uma literacia adequada.⁽¹²¹⁾ Apesar de baixo, este resultado foi superior ao observado noutros países que utilizaram a mesma ferramenta de medição no Inquérito Europeu sobre a Literacia em Saúde de 2011.⁽⁵⁹⁾ Há semelhança deste estudo e apesar da diferença na idade amostral, um estudo realizado com idosos, mostrou que apenas 20% da população idosa portuguesa apresenta uma literacia adequada.⁽¹²²⁾ Outros estudos, realizados em diferentes contextos relataram níveis de literacia adequados para a maioria da população portuguesa.⁽⁸⁶⁾

Quando comparados os níveis de LN com as características sociodemográficas, os participantes com ensino superior são os que mais apresentaram uma literacia adequada (57,1% ensino básico vs. 50,0% ensino secundário vs. 81,4% ensino superior pré-graduado vs. 89,4% ensino superior pós-graduado). Resultados semelhantes foram observados em vários estudos.⁽⁸⁶⁾⁽¹²⁰⁾⁽¹²¹⁾⁽¹²²⁾⁽¹²³⁾ Diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LN foram também observadas para a profissão, verificando-se que os profissionais das áreas das ciências da saúde, como os enfermeiros, médicos, técnicos de análises entre outros, possuem maior literacia (84% nos profissionais de saúde vs. 52% nos outros profissionais). Outros estudos constataram que o conhecimento sobre nutrição era menor em participantes de outras áreas que não as das ciências da saúde, corroborando os nossos

resultados.⁽⁸⁶⁾⁽¹²⁴⁾ Estes resultados seriam de esperar, uma vez que em cursos relacionados com as áreas das ciências da saúde, são habitualmente abordados temas como a nutrição e a alimentação, contrariamente aos cursos das outras áreas. Além disso, lidam no seu dia-a-dia com indivíduos com doenças cuja alimentação é fator de risco ou tratamento para a mesma, aumentando a sensibilidade para a temática.

Não foram observadas outras relações estatisticamente significativas entre a LN e as características sociodemográficas no nosso estudo. No entanto, outros trabalhos mostraram a existência dessas associações para a idade, onde os mais velhos apresentaram níveis de literacia significativamente mais baixos em relação aos mais jovens.⁽¹²⁰⁾⁽¹²¹⁾⁽¹²⁵⁾ Foi encontrado apenas um estudo de mães com filhos em idade pré-escolar, onde este resultado foi contraditório, tendo-se observado que as mães com literacia suficiente eram mais velhas.⁽¹²³⁾

Quando avaliada cada questão do NVS individualmente, a pergunta com maior percentagem de respostas corretas foi a “6” “Se respondeu não à questão anterior, por que não considera o gelado seguro?” com 94,6%. Este resultado foi semelhante aos resultados encontrados por Vasconcelos et al., (2022).⁽¹²⁰⁾ No entanto, num estudo realizado no Brasil, a questão “6” foi a segunda questão com mais respostas erradas.⁽¹²⁶⁾ Esta diferença nos resultados pode dever-se ao facto da nossa amostra ser composta exclusivamente por profissionais dos serviços de saúde, onde, devido à existência de alergias e intolerâncias alimentares da população, necessitam de um maior conhecimento e formação nesta área. Por sua vez, a pergunta com maior percentagem de respostas incorretas foi a “4” “Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção deste gelado?” com 46,2%, resultados semelhantes aos obtidos por Vasconcelos et al., (2022)⁽¹²⁰⁾ e Paiva et al., (2017).⁽¹²¹⁾ Esta questão dá ênfase à capacidade de análise de números e de conceitos matemáticos, uma vez que é exigida a realização de cálculos para dar resposta a esta questão. Em Portugal é notório que as habilidades matemáticas são desadequadas.⁽¹²⁷⁾

No melhor do nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo que caracterizou o padrão alimentar de profissionais dos serviços de saúde, em Portugal. Possibilita, assim, inferir que mesmo os profissionais de saúde têm um padrão alimentar que se afasta já dos tão apregoados padrões ancestrais (DM e DA) associados a benefícios para a saúde. Naturalmente que vários fatores podem contribuir para tal cenário, sendo a LA e a LN apenas um deles, ao qual se associa a disponibilidade de alimentos, a conveniência, o preço ou a publicidade convincente de produtos ultraprocessados, que não fazem parte de qualquer um destes padrões saudáveis.

Reconhecemos, no entanto, algumas limitações ao nosso estudo, nomeadamente o facto de se tratar de uma amostra de conveniência e de tamanho amostral relativamente pequeno, atendendo ao número de pessoas que trabalham na ULSAM. Por outro lado, é ainda possível que estes resultados, ainda que baixos, estejam sobrestimados, na medida em que sendo a maioria profissionais de saúde, poderão responder de acordo com o que acham ser o saudável e não exatamente o que praticam.

6. CONCLUSÃO

O padrão alimentar é o conjunto de alimentos e bebidas consumidos por uma população, assim como as quantidades e frequência de ingestão desses mesmos alimentos. A escolha desse padrão pode ter um impacto significativo na saúde dos indivíduos.

A DM e a DA são padrões alimentares saudáveis, que têm vindo a ser associados a vários benefícios para a saúde.

Sendo Portugal um país com tradições tipicamente mediterrânicas e ao mesmo tempo atlânticas, seria de esperar que os hábitos alimentares próprios destas regiões estivessem bastante enraizados. Esta expectativa aumenta quando falamos em profissionais dos serviços de saúde, uma vez que se esperaria que estes tivessem mais sensibilizados para o seguimento das diretrizes dietéticas e para a adesão a padrões alimentares mais saudáveis. No entanto, no nosso estudo esses resultados não se verificam, existindo apenas uma pequena percentagem de profissionais com uma boa adesão à DM (29,5%) e à DA (33,3%), o que vai ao encontro do processo de globalização, verificando-se uma tendência de modelo alimentar ocidental. Como consequência assiste-se a um afastamento dos países mediterrânicos e atlânticos do seu estilo de vida. Apesar da baixa percentagem de adesão à DM e à DA, a maioria dos participantes (aproximadamente 90%) utilizava azeite, não consumia bebidas açucaradas ou gaseificadas diariamente, preferia o consumo de carnes magras, utilizava refogados e consumia alimentos sazonais, tradicionais e locais.

A literacia dos profissionais de saúde é essencial para garantir a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde, nomeadamente no que toca à educação nutricional. Uma elevada LN dos profissionais de saúde é essencial, no sentido em que os mesmos possam oferecer orientações corretas, precisas e eficazes sobre nutrição e alimentação. Profissionais de saúde bem informados são fundamentais para promover a saúde, prevenir doenças e auxiliar nas escolhas alimentares saudáveis, possibilitando uma maior eficácia na melhoria dos desfechos a nível da saúde dos seus pacientes. A capacidade para o fornecimento de orientações nutricionais eficazes pode ser uma ferramenta poderosa na promoção da saúde e no tratamento de doenças, contribuindo para uma melhoria da saúde pública em geral.

Este estudo permitiu concluir que é necessário sensibilizar a população, nomeadamente os profissionais de saúde, para a preservação de uma alimentação tradicional, promovendo hábitos alimentares saudáveis.

Mais estudos são necessário sobre a LN dos profissionais de saúde em Portugal, permitindo conhecer a realidade nesta temática para que melhores intervenções de capacitação destes profissionais possam ser implementadas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olinto MTA. Padrões alimentares: análise de componentes principais. In: KAC, G., SICHIERI, R., and GIGANTE, DP., orgs. *Epidemiologia nutricional* [internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007, pp. 213-225. ISBN 978-85-7541-320-3. Available from: <http://books.scielo.org>.
2. Teixeira B, Afonso C, Rodrigues S, Oliveira A. Healthy and Sustainable Dietary Patterns in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2022 Aug 1;13(4):1144-1185.
3. Hu FB. Dietary pattern analysis: A new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol*. 2002 Feb;13(1):3-9.
4. Real H, Queiroz J, Graça P. Mediterranean food pattern vs. Mediterranean diet: a necessary approach? *Int J Food Sci Nutr*. 2020 Feb;71(1):1-12.
5. Gregório MJ, Rodrigues AM, Eusébio M, Sousa RD, Dias S, André B, et al. Dietary Patterns Characterized by High Meat Consumption Are Associated with Other Unhealthy Life Styles and Depression Symptoms. *Front Nutr*. 2017 Jun 14;4:25.
6. Lj D, Veronese N, Barbagallo M. Dietary Patterns and Healthy or Unhealthy Aging. *Nutrients*. 2022 Feb 20;14(4):889.
7. Casas R. Dietary Pattern and Nutrients Intake on Chronic Diseases. *Nutrients*. 2023 Aug; 15(15): 3399.
8. Róžańska D, Kujawa K, Szuba A, Zatońska K, Regulska-Ilow B. Dietary Patterns and the Prevalence of Noncommunicable Diseases in the PURE Poland Study Participants. *Nutrients*. 2023 Aug 10;15(16):3524.
9. Neuhouser ML. The importance of healthy dietary patterns in chronic disease prevention. *Nutr Res*. 2019 Oct;70:3-6.
10. IHME. The Institute for Health Metrics and Evaluation: Global Burden Disease Portugal [Internet]. The Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.healthdata.org/portugal>).
11. Almeida M, Oliveira A. Padrão alimentar mediterrânico e atlântico- uma abordagem às características-chave e efeitos na saúde. *Acta Port Nutr*. 2018 Nov:22–8.
12. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. *Nutrition*. 1997 Mar;13(3):250-2;

discussion 249, 253.

13. Gussow JD. Mediterranean diets: are they environmentally responsible?. *Am J Clin Nutr.* 1995 Jun;61(6 Suppl):1383S-1389S.
14. Burlingame B, Dernini S. Sustainable diets: the Mediterranean diet as an example. *Public Health Nutr.* 2011 Dec;14(12A):2285-7.
15. Dernini S, Berry EM. Historical and Behavioral Perspectives of the Mediterranean Diet. In: Romagnolo DF, Selmin O. *Mediterranean Diet [Internet]. Nutrition and Health: Ornella I. Selmin Editors.* 2016;(March 2016):29–41. Available from: https://www.researchgate.net/publication/315563247_Historical_and_Behavioral_Perspectives_of_the_Mediterranean_Diet.
16. República PDA. Parte a Parte C. 2014;2007–8.
17. Keys A, Menotti A, Aravanis C, Blackburn H, Djordevic BS, Buzina R, et al. The Seven Countries Study : 2 , 289 Deaths in 15 Years *. *Prev Med.* 1984 Mar;13(2):141-54.
18. Sofi F. The Mediterranean diet revisited : evidence of its effectiveness grows. *Curr Opin Cardiol.* 2009 Sep;24(5):442-6.
19. Serra-Majem L, Román-Viñas B, Sanchez-Villegas A, Guasch-Ferré M, Corella D, La Vecchia C. Benefits of the Mediterranean diet: Epidemiological and molecular aspects. *Mol Aspects Med.* 2019 Jun;67:1-55.
20. Benhammou S, Heras-González L, Ibáñez-Peinado D, Barceló C, Hamdan M, Rivas A et al. Comparison of Mediterranean diet compliance between European and non-European populations in the Mediterranean basin. *Appetite.* 2016 Dec 1:107:521-526.
21. Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes : an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur J Clin Nutr.* 2018 Jan;72(1):30-43.
22. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status. *BMJ.* 2008 Sep 11:337:a1344.
23. Schroder H. Protective mechanism of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. *J Nutr Biochem.* 2007 Mar;18(3):149-60 2022.
24. Dernini S, Berry E, Bach-Faig A, Balahsen R, Donini L, Lairon D, et al. A Dietary Model Constructed By Scientists: The Mediterranean Diet. *Mediterra 2012 [Internet] . CIHEAM–SciencesPo Les Presses; 2012 [cited 2023 Jun 30]. Available from:*

https://www.researchgate.net/publication/239747370_A_DIETARY_MODEL_CONSTRUCTED_BY_SCIENTISTS_THE_MEDITERRANEAN_DIET.

25. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr*. 2011 Dec;14(12A):2274-84.
26. Serra-Majem L, Tomaino L, Dernini S, Berry EM, Lairon D, de la Cruz JN, et al. Updating the mediterranean diet pyramid towards sustainability: Focus on environmental concerns. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 25;17(23):8758.
27. DGS. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Roda dos alimentos [Internet]. Lisboa: Direção Geral da Saúde; [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>.
28. Barros V, Carrageta M, Graça P, Queiroz J, Sarmiento M. Ordem dos Nutricionistas: Dieta Mediterrânica-Um património civilizacional partilhado. [Internet]. 2013 [cited 2023 Jul 5]. Available from: https://www.ordemdosnutricionistas.pt/imagens/noticias/Dieta_Mediterranica_-_Um_patrimonio_civilizacional_partilhado.pdf.
29. Wirfa E, Drake I, Wallstro P. What do review papers conclude about food and dietary patterns?. *Food Nutr Res*. 2013 Mar; 2013:57.
30. Afonso L, Moreira T, Oliveira A. Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. *Revista Fatores de Risco* 2014; N°31 Jan-Mar 2014.
31. Trichopoulou A, Kouris-blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, et al. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ*. 1995 Dec 2;311(7018):1457-60.
32. Martínez-González MÁ, Corella D, Salas-salvadó J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: Design and methods of the PREDIMED study. *Int J Epidemiol*. 2012 Apr;41(2):377-85.
33. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, Corella D, et al. A 14-item mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED trial. *PLoS One*. 2012 Aug;7(8):e43134.
34. Vareiro D, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Bertomeu I, Buckland G, Vaz De Almeida MD, et al. Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four

- decades: Comparison of several geographical areas. *Public Health Nutr.* 2009 Sep;12(9A):1667-75.
35. Chatzivagia E, Pepa A, Vlassopoulos A, Kapsokefalou M, Malisova O, Filippou K. Nutrition transition in the post-economic crisis of Greece: assessing the nutritional gap of food-insecure individuals. A cross-sectional study. *Nutrients.* 2019 Dec 2;11(12):2914.
 36. Alves R, Perelman J. Dietary changes during the Great Recession in Portugal: Comparing the 2005/2006 and the 2014 health surveys. *Public Health Nutr.* 2019 Aug;22(11):1971-1978.
 37. Alves R, Perelman J. European mature adults and elderly are moving closer to the Mediterranean diet - a longitudinal study, 2013-19. *Eur J Public Health.* 2022 Aug 1;32(4):600-605.
 38. Pinho I, Rodrigues S, Franchini B, Graça P. Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor De Saúde[Internet]. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Direção-Geral da Saúde; 2016 [cited 2023 Jul 8]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>.
 39. Gregório MJ, Sousa SM, Chkoniya V, Graça P. Estudo de adesão ao padrão alimentar Mediterrânico. [Internet]. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2020 [cited 2023 Jul 8]. Available from: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/10/Estudo-de-adesa%CC%83o-ao-padra%CC%83o-alimentar-mediterra%CC%82nico.pdf>.
 40. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados [Internet]. Universidade do Porto 2017. Available from: <https://ian-af.up.pt/projeto/objetivos>.
 41. Velho MV, Pinheiro R, Rodrigues AS. The Atlantic diet - Origin and features. *Int J Food Stud.* 2016 Apr;5(1):106–19.
 42. Oliveira A, Lopes C, Rodríguez-Artalejo F. Adherence to the Southern European Atlantic Diet and occurrence of nonfatal acute myocardial infarction. *Am J Clin Nutr.* 2010 Jul;92(1):211-7.
 43. Rodríguez-Martín C, Garcia-Ortiz L, Rodriguez-Sanchez E, Martin-Cantera C, Soriano-Cano A, Arieteleanizbeaskoa MS, et al. The relationship of the atlantic diet with cardiovascular risk factors and markers of arterial stiffness in adults without cardiovascular disease. *Nutrients.* 2019 Mar 29;11(4):742.

44. Fundación Dieta Atlántica. Características Dieta Atlântica [Internet]. [cited 2023 Jul 15] Available from: <https://www.fundaciondietatlantica.com/caracteristicas.php>.
45. Trabazo RL, Pérez C de L, Castro Pérez X, Solla P. Atlantic diet. Nutrition and gastronomy in galicia. *Nutr Hosp*. 2019 Jul 2;36(Spec No1):7-13.
46. Varela Mosquera G, Charro Salgado AL. Dieta atlántica, seguridad alimentaria, nutrición y mujer. II Reunión internacional: La alimentación y la nutrición en el siglo XXI. [Internet]. Baiona: FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE LA NUTRICIÓN; 2002 [cited 2023 Aug 3]. Available from: <https://www.fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/15220071857.pdf> .
47. Guallar-Castillón P, Oliveira A, Lopes C, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. The Southern European Atlantic Diet is associated with lower concentrations of markers of coronary risk. *Atherosclerosis*. 2013 Feb;226(2):502-9.
48. Agostinis-Sobrinho C, Dias AF, Brand C, Norkiene S, Abreu S, Gaya ACA, et al. Adherence to Southern European Atlantic Diet and physical fitness on the atherogenic index of plasma in adolescents. *Cad Saude Publica*. 2019 Nov 28;35(12):e00200418.
49. Carballo-Casla A, Ortolá R, García-Esquinas E, Oliveira A, Sotos-Prieto M, Lopes C, et al. The Southern European Atlantic Diet and all-cause mortality in older adults. *BMC Med*. 2021 Feb 9;19(1):36.
50. García-Gómez B, Rivas-Casais A, Lorences-Touzón R, Piedrafita-Sáez N, Muñoz-Ferreiro N, Vázquez-Odériz L, et al. Adherence to and knowledge about the Atlantic Diet pattern in the senior population of the Galician region (NW-Spain). *J Funct Foods*. 2022 April; 105015.
51. Fundación Dieta Atlántica. Bases científicas de la Dieta Atlántica. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; 2020. 285p.
52. Real H. Dieta Mediterrânica- um padrão alimentar saudável [Internet]. APN; 2014 May [cited 2023 Aug 13]. Available from: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf.
53. Carvalho GS. Literacia científica: Conceitos e dimensões. In: Azevedo, F. & Sardinha, M.G. (Coord.). Modelos e práticas em literacia. Lisboa: Lidel; 2009. pp.179-194.
54. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009 Jul; 54(5):303–5.

55. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000 Sep; 15(3):259–67.
56. Arriaga M T. Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In: C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.). *Literacia em saúde na prática* [Internet] (). Lisboa: Edições ISPA; 2019 [cited 2023 Aug 15]; [about 11-15 p.]. Available from:
https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7658/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_11.pdf .
57. Rodrigues V. Literacia em saúde. *Rev Port Cardiol.* 2018 Jul; 37(8):679–80.
58. SNS. Literacia em Saúde [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2016 [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>.
59. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015 Dec; 25(6):1053-8.
60. Kathleen TH, Creber RM, Reading M, Sciacca RR, Riga TC, Frulla AP, et al. Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *Nurse Pract.* 2018 August; 43(8): 49–55.
61. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011 Jul 19;155(2):97-107.
62. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington, DC: Author.
63. Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Sep 12;22(1):1148.
64. Biasio LR, Zanobini P, Lorini C, Monaci P, Fanfani A, Gallinoro V, et al. COVID-19 vaccine literacy: A scoping review. *Hum Vaccin Immunother.* 2023 Feb 15; 19(1): 2176083.
65. Forray AI, Coman MA, Cherecheş RM, Borzan CM. Exploring the Impact of Sociodemographic Characteristics and Health Literacy on Adherence to Dietary

- Recommendations and Food Literacy. *Nutrients*. 2023 Jun 23;15(13):2853.
66. Lee SYD, Arozullah AM, Cho YI, Crittenden K, Vicencio D. Health literacy, social support, and health status among older adults. *Educ Gerontol*. 2009 Mar; 35(3):191–201.
 67. Benavente A, Rosa A, Costa AF, Ávila P. A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian I Conselho Nacional de Educação; 1996.
 68. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2016 Oct 16;34(3):259–75.
 69. Espanha R, Ávila P, Mendes RV (Fundação Calouste gulbenkian). Literacia em saúde em Portugal [Internet]. Fundação Calouste Gulbenkian; 2016 [cited 2023 Aug 23]. 16 p. Available from: <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal/>.
 70. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S, Abel T. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int*. 2018 Jun 1;33(3):378-389.
 71. Vidgen HA, Gallegos D. Defining food literacy and its components. *Appetite*. 2014 Jan 22;76:50–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>.
 72. Vettori V, Lorini C, Milani C, Bonaccorsi G. Towards the implementation of a conceptual framework of food and nutrition literacy: Providing healthy eating for the population. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 11;16(24):5041.
 73. Silva P. Food and Nutrition Literacy: Exploring the Divide between Research and Practice. *Foods*. 2023 Jul 19;12(14):2751.
 74. Al Tell M, Natour N, Alshawish E, Badrasawi M. The relationship between nutrition literacy and nutrition information seeking attitudes and healthy eating patterns among a group of palestinians. *BMC Public Health*. 2023 Jan 24;23(1):165.
 75. Taylor MK, Sullivan DK, Ellerbeck EF, Gajewski BJ, Gibbs HD. Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutr*. 2019 Aug;22(12):2157-2169.
 76. Gibbs HD, Kennett AR, Kerling EH, Yu Q, Gajewski B, Ptomey LT, et al. Assessing the Nutrition Literacy of Parents and its Relationship with Child Diet Quality. *J Nutr Educ Behav*. 2016 Jul-Aug;48(7):505-509.e1.

77. Mengi Çelik Ö, Karacil Ermumcu MS, Ozyildirim C. Turkish version of the “food and nutrition literacy questionnaire for Chinese school-age children” for school-age adolescents: a validity and reliability study. *BMC Public Health*. 2023 Sep 16;23(1):1807.
78. Cha ES, Kim KH, Lerner HM, Dawkins CR, Bello MK, Umpierrez G, et al. Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults. *Am J Health Behav*. 2014 May 1;38(3):331-9.
79. Miller LM, Cassady DL. The Effects of Nutrition Knowledge on Food Label Use: A Review of the Literature. *Appetite*. 2015 Sep 1; 92: 207–216.
80. Rothman RL, Housam R, Weiss H, Davis D, Gregory R, Gebretsadik T, et al. Patient Understanding of Food Labels. The Role of Literacy and Numeracy. *Am J Prev Med*. 2006 Nov;31(5):391–8.
81. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, et al. Literacy, Numeracy, and Portion-Size Estimation Skills. *Am J Prev Med*. 2009 Apr;36(4):324-8.
82. Zoellner J, You W, Connell C, Smith-Ray RL, Allen K, Tucker L, et al. Health Literacy is associated with Healthy Eating Index Scores and Sugar-Sweetened Beverage Intake: Findings from the Rural Lower Mississippi Delta. *J Am Diet Assoc*. 2011 Jul ; 111(7): 1012–1020.
83. Chari R, Warsh J, Ketterer T, Hossain J, Sharif I. Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Educ Couns*. 2014 Jan;94(1):61-6.
84. Lee Y, Kim T, Jung H. The Relationships between Food Literacy, Health Promotion Literacy and Healthy Eating Habits among Young Adults in South Korea. *Foods*. 2022 Aug 16;11(16):2467.
85. Real H, Torres R. Literacia Nutricional e Literacia Alimentar: Uma revisão narrativa sobre definição, domínios e ferramentas de avaliação. *Acta Port Nutr*. 2021 Mar 31;24:56–63.
86. Monteiro M, Fontes T, Ferreira-Pêgo C. Nutrition literacy of portuguese adults—a pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 19;18(6):3177.
87. Vilelas J. *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. 3rd ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2020.
88. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiologia básica [Internet]*. 2nd ed. São Paulo: Santos; 2010 [cited 2023 Oct 17]. Available from:

- https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5581459/mod_resource/content/1/Epidemiologia.pdf.
89. Fontenelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontenelles RG. Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa [Internet]. 2009 Aug 28;8. Available from: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4977974&forceview=1>.
 90. Ribeiro JL. Investigação e avaliação em psicologia e saúde. 2nd ed. Lisboa: Placebo Editora; 2010. 1–140 p.
 91. Martins AC, Andrade IM. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. Rev Enferm Ref. 2014 Dec;IV Série(3):75–84.
 92. 64o Assembleia Geral da Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial- Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos [Internet]. Fortaleza, Brasil. 2013. p. 6. Available from: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf.
 93. Assembleia da República. Decreto do Presidente da República nº 1/2001. Diário da Repub. 2001 Jan 3;1(2):14–36.
 94. Néné, M., & Sequeira C. Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática. Lidel, editor. 2022.
 95. Ferreira-Pêgo C, Rodrigues J, Costa A, Sousa B. Adherence to the Mediterranean diet in Portuguese university students: Adesão à Dieta Mediterrânea em estudantes universitários Portugueses. Biomed Biopharm Res. 2019 Jun; (16) 1: , 41-49.
 96. Obeid CA, Gubbels JS, Jaalouk D, Kremers SPJ, Oenema A. Adherence to the Mediterranean diet among adults in Mediterranean countries: a systematic literature review. Eur J Nutr. 2022 Oct;61(7):3327-3344.
 97. Pascual V, Martinez PP, Fernandez JM, Solá R, Pallarés V, Secín AR, et al. Documento de consenso SEA/SEMergen 2019. Recomendaciones dietéticas en la prevención cardiovascular. Clin Investig Arterioscler. 2019 Jul-Aug;31(4):186-201.
 98. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Chiodini P, Panagiotakos D, Giugliano D. A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: A systematic review with meta-analyses. BMJ Open. 2015 Aug 10;5(8):e008222.

99. Milenkovic T, Bozhinovska N, Macut D, Bjekic-Macut J, Rahelic D, Asimi ZV, et al. Mediterranean diet and type 2 diabetes mellitus: A perpetual inspiration for the scientific world. a review. *Nutrients*. 2021 Apr 15;13(4):1307.
100. Mantzorou M, Vadikolias K, Pavlidou E, Tryfonos C, Vasios G, Serdari A, et al. Mediterranean diet adherence is associated with better cognitive status and less depressive symptoms in a Greek elderly population. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Apr;33(4):1033-1040.
101. Moore K, Hughes CF, Ward M, Hoey L, McNulty H. Diet, nutrition and the ageing brain: Current evidence and new directions. *Proc Nutr Soc*. 2018 May;77(2):152-163.
102. Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sánchez-Villegas A, Kivimäki M, et al. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Mol Psychiatry*. 2019 Jul;24(7):965-986.
103. Schulpen M, van den Brandt PA. Adherence to the Mediterranean Diet and Overall Cancer Incidence: The Netherlands Cohort Study. *J Acad Nutr Diet*. 2021 Feb;121(2):242-252.
104. Morze J, Danielewicz A, Przybyłowicz K, et al. An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer. *Eur J Nutr*. 2021 Apr;60(3):1561-1586.
105. Andrade V, Jorge R, García-Conesa MT, Philippou E, Massaro M, Chervenkov M, et al. Mediterranean diet adherence and subjective well-being in a sample of portuguese adults. *Nutrients*. 2020 Dec 16;12(12):3837.
106. Gregório MJ, Rodrigues AM, Graça P, et al. Food insecurity is associated with low adherence to the Mediterranean Diet and adverse health conditions in Portuguese adults. *Front Public Health*. 2018 Feb 21;6:38.
107. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr*. 2012 Oct;142(10):1843-50.
108. Kyriacou A, Evans JMM, Economides N, Kyriacou A. Adherence to the Mediterranean diet by the Greek and Cypriot population: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1012-8.
109. Arvaniti F, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Zampelas A, Stefanadis C. Dietary habits in a Greek sample of men and women: The ATTICA study. *Cent Eur J Public Health*. 2006

Jun;14(2):74-7.

110. Couto RM, Frugé AD, Greene MW. Adherence to the mediterranean diet in a portuguese immigrant community in the central valley of California. *Nutrients*. 2021 Jun 9;13(6):1989.
111. Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Bochud M, Stringhini S, Guessous I. Sociodemographic and behavioural determinants of a healthy diet in Switzerland. *Ann Nutr Metab*. 2015;67(2):87-95.
112. Marventano S, Godos J, Platania A, Galvano F, Mistretta A, Grosso G. Mediterranean diet adherence in the Mediterranean healthy eating, aging and lifestyle (MEAL) study cohort. *Int J Food Sci Nutr*. 2018 Feb;69(1):100-107.
113. Agostinis-Sobrinho C, Abreu S, Moreira C, Lopes L, García-Hermoso A, Ramírez-Vélez R, et al. Muscular fitness, adherence to the Southern European Atlantic Diet and cardiometabolic risk factors in adolescents. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2017 Aug;27(8):695-702.
114. INE. Balança Alimentar Portuguesa 2016-2020 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, editor; 2021 [cited 2023 Oct 29]. Available from: file:///C:/Users/Mariana/Downloads/15Balan%C3%A7aAlim.2016_2020.pdf.
115. Chen Y, Knuppel A, Ruiz M, Kozela M, Kubinova R, Pajak A, et al. The Southern European Atlantic diet and depression risk : a European multicohort study. *Mol Psychiatry*. 2023 Aug;28(8):3475-3483.
116. Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega 2007. Documento ampliado [Internet]. Santiago de Compostela:Xunta de Galicia; 2008 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/SaludPublica/PDF-2153-es.pdf>.
117. Varela G, Moreiras O, Ansón R, Ávila JM, Cuadrado C, Estalrich P, et al. Consumo de Alimentos en Galicia-La Dieta Atlántica [Internet]. Madrid: Fundación Española de la Nutrición, editor; 2004 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www.fen.org.es/publicacion/consumo-de-alimentos-en-galicia-la-dieta-atlantica>.
118. Vaquero MP, Garci MC. Mineral and Vitamin Status in Elderly Persons from Northwest Spain Consuming an Atlantic Variant of the Mediterranean Diet. *Ann Nutr Metab*.

2004;48(3):125-33.

119. Pozo S, Cuadrado C, Moreiras O. Cambios con la edad en la ingesta dietética de personas de edad avanzada. Estudio Euronut-SENECA. *Nutr Hosp* 2003;18:348-352.
120. Vasconcelos M, Luís H, Mendes S. Literacia em saúde de estudantes universitários portugueses de cursos da área da saúde oral. *rev port estomatol med dent cir maxilofac*. 2022 Jun;63(2):76-84.
121. Paiva D, Silva S, Severo M, Moura-ferreira P, Lunet N, Azevedo A. Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port*. 2017 Dec 29;30(12):861-869.
122. Veiga S, Serrão C. Health Literacy of a Sample of Portuguese Elderly. *Applied Research In Health And Social Sciences: Interface And Interaction*. 2016 Dec;13(1).
123. Ahmadi F, Karamitanha F. Health literacy and nutrition literacy among mother with preschool children : What factors are effective? *Prev Med Rep*. 2023 Jul 19;35:102323.
124. Barzegari A, Ebrahimi M, Azizi M, Ranjbar K. A study of nutrition knowledge, attitudes and food habits of college students. *World Appl Sci J*. 2011 Jan;15(7):1012–7.
125. Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C, Costarelli V. Sex and age in relation to health and nutrition literacy levels in a sample of Greek adults. *Int J Heal Promot Educ*. 2020 Sep;58(5):229–41.
126. Pereira Cruvinel AF, Cusicanqui Méndez DA, Campos Chaves G, Gutierrez E, Lotto M, Marchini Oliveira T, et al. The Brazilian validation of a health literacy instrument: the newest vital sign. *Acta Odontol Scand*. 2018 Nov;76(8):587-594.
127. OECD. Programme for Internacional Student Assessment. Results from PISA 2018: Portugal [Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2019 [cited 2023 Oct 27]. Available from: https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_PRT.pdf.

APÊNDICES

Apêndice I- Questionário de Recolha de Dados

QUESTIONÁRIO

Este questionário foi desenvolvido no âmbito de uma tese de Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e tem como objetivo caracterizar o padrão alimentar dos profissionais da ULSAM e relacioná-lo com a literacia nutricional. Os seus resultados poderão originar, se necessário, a criação de recursos que permitam aumentar a literacia nutricional entre este grupo de profissionais.

O estudo é anónimo e confidencial e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para o presente estudo. O preenchimento do questionário demora não mais de 10 minutos.

A sua participação é muito importante. Se tiver alguma dúvida, por favor, contacte a investigadora principal, Mariana Rebelo (marianarebelo.nutricionista@gmail.com). No fim do preenchimento do questionário poderá fazer download de um e-book à sua escolha sobre alimentação.

Declaro ter lido e compreendido toda a informações. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

A) Caracterização sociodemográfica

1. Sexo:

Feminino Masculino Prefiro não responder: _____

2. Idade:

- 18-24 anos
- 25-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos

60-65 anos

Mais de 65 anos

3. País onde nasceu: _____

No caso de não ter nascido em Portugal, há quanto tempo trabalha em Portugal? _____

4. Escolaridade:

1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)

Ensino secundário (12º ano)

Ensino superior pré-graduado (bacharelato, licenciatura)

No caso de ser bacharel ou licenciado, qual é o curso? _____

Ensino superior pós-graduado (pós-graduação, mestrado, doutoramento)

Outro. Qual? _____

5. Profissão: _____

5.1. Tem grau de especialista?

Sim _____ Não _____ Se sim, qual? _____

6. Indique o local ou locais de trabalho:

Hospital Conde de Bertiandos

Hospital de Santa Luzia

Centro de Saúde de Arcos de Valdevez

Centro de Saúde de Barroselas

Centro de Saúde de Caminha

Centro de Saúde de Darque

Centro de Saúde de Melgaço

Centro de Saúde de Monção

Centro de Saúde de Paredes de Coura

Centro de Saúde de Ponte da Barca

Centro de Saúde de Ponte de Lima

Centro de Saúde de Valença

Centro de Saúde de Viana do Castelo

Centro de Saúde de Vila Nova de Cerveira

B) Hábitos alimentares

7. Relativamente aos seus hábitos alimentares:

- 7.1. Quantas refeições faz diariamente? R: _____
- 7.2. Como classificaria o seu padrão alimentar?
- Omnívoro, isto é, consumo de alimentos de origem vegetal e de origem animal
- Vegetariano, isto é, não consumo alimentos de origem animal, quando implica sacrifício dos animais (não implica necessariamente exclusão de produtos lácteos e ovos)
- Outro. Qual?
- _____

8. Reporte-nos os seus hábitos alimentares, respondendo às questões apresentadas:

1. Quantas porções de fruta fresca consome diariamente? R: _____
Peso de uma porção: 120-200g (1 peça média, 1 taça de cerejas, 1 taça de morangos, 2 fatias de melão).
2. Quantas porções de hortícolas consome diariamente? R: _____
Peso de uma porção: 150-200g (1 prato de salada variada, 1 prato de hortícolas cozidos, 1 tomate grande, 2 cenouras). As guarnições ou acompanhamentos contabilizam como meia porção.
3. Quantas porções de frutos oleaginosos (presencialmente nozes e amêndoas) e castanhas consome diariamente? R: _____
Peso por porção: 20-30g (1 punhado)

Questão	SIM	NÃO
4. Consome 1 ou mais porções de pão integral por dia? Peso de uma porção: 40-60g		
5. Consome 1 ou mais porções de arroz ou cereais por dia? Peso da porção: 100g (1/2 prato)		
6. Consome 1 ou mais porções de batata por dia? Peso de uma porção: 150-200g (1 batata grande ou 2 pequenas)		
7. Usa azeite regularmente como principal gordura na cozinha?		
8. Usa 4 ou mais colheres de sopa de azeite diariamente (incluindo azeite para fritar, temperar alimentos, refeições fora de casa, etc.)?		

<p>9. Consome 3 ou mais porções de hortícolas Brássicas (couve, repolho, grelos, brócolos, etc.) em sopas, estufados ou como acompanhamento por semana? Peso da porção: 150g (1 chávena almoçadeira crus; 1/2 chávena cozinhados)</p>		
<p>10. Consome 2 ou mais vezes por semana produtos hortícolas, massa, arroz ou outro prato que seja utilizado um refogado (molho à base de tomate, alho, cebola, tomate e azeite)?</p>		
<p>11. Consome 2 ou mais porções de laticínios e derivados por dia? Peso por porção: 200-250ml de leite (1 chávena almoçadeira); 200-250ml de iogurte (2 unidades); 40-60g de queijo curado; 80-125g de queijo fresco (2-3 fatias de queijo; 1 porção individual)</p>		
<p>12. Consome 3 ou mais porções de pescado por semana? Peso de uma porção, parte edível, em cru: 125-150g (1 filete de peixe, 1 posta de pescada, 4 peixes pequenos, 2 tentáculos de polvo, 3 lulas)</p>		
<p>13. Consome 1 ou mais porções de marisco por semana? Peso edível: 100g (1 prato de sobremesa de camarão, ameijoas, mexilhão)</p>		
<p>14. Consome 1 ou mais porções de carne de porco (carne magra, pá, presunto, fiambre, chouriço) por semana? Peso por porção: 100-125g</p>		
<p>15. Consome 1 ou mais porções de carne vermelha (carne de bovino, cordeiro, cabra) por semana? Peso por porção: 100-125g</p>		
<p>16. Considerando os dois tipos de carne acima mencionados, consome algum deles, pelo menos, uma vez por dia?</p>		
<p>17. Consome 1 ou mais porções de carne de aves/ caça por semana? Peso por porção: 100-125g</p>		
<p>18. Consome preferencialmente carne de frango, peru ou coelho em vez de vitela, porco, hambúrguer ou salsicha?</p>		
<p>19. Consome 3 ou mais ovos por semana?</p>		
<p>20. Consome 2 ou mais porções de leguminosas (feijões, grão-de-bico, lentilhas) por semana? Peso de uma porção depois de cozinhada: 60-80g</p>		
<p>21. Consome manteiga, margarina ou natas, pelo menos, 1 vez por dia? (1 porção: 12g)</p>		
<p>22. Consome 1 ou mais copos de vinho por dia?</p>		
<p>23. Consome regularmente alimentos da época, tradicionais e de produção local?</p>		
<p>24. Consome regularmente alimentos processados e prontos a comer?</p>		
<p>25. Consome 3 ou mais vezes por semana doces ou pastelaria comercial (sem ser feito em casa), como bolos, bolachas, pudins?</p>		
<p>26. Consome doces (rebuçados, bombons, etc.) e/ou bebidas açucaradas ou gaseificadas diariamente?</p>		
<p>27. Consome regularmente açúcar e outros edulcorantes?</p>		

C) Literacia nutricional

9. Considere o seguinte rótulo de um gelado e responda às questões seguintes:

Informação Nutricional		
Tamanho da porção		100ml
Porções por embalagem		4
Quantidade por porção		
Valor Energético		
Calorias	250 kcal	
		%DDR
Gordura total	13g	20%
Gorduras saturadas	9g	40%
Colesterol	28 mg	12%
Sódio	55mg	2%
Total Hidratos de Carbono	30g	12%
Fibras Alimentares	2g	
Açúcares	23g	
Proteínas	4g	8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.

Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha.

9.1) Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?

R: _____

9.2) Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?

R: _____

9.3) Imagine as seguintes situações: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?

R: _____

9.4) Se consome normalmente 2500kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção deste gelado?

R: _____

9.5) Imagine que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de latex e picadas de abelha.

9.5.1) É seguro para si comer este gelado?

R: _____

9.5.2) Se respondeu não à questão anterior, porque não considera o gelado seguro?

R: _____

ANEXOS

Anexo I: Instrumento PREDIMED (PREvencion com Dieta MEDiterranea)

Anexo II: Anexo II- Índice de Adesão à Dieta Atlântica da Fundación Dieta Atlántica

Anexo III- Instrumento Newest Vital Sign validado para a população portuguesa

Anexo I- Instrumento PREDIMED (PREvencion com Dieta MEDiterranea)⁽³⁰⁾

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

Anexo II- Índice de Adesão à Dieta Atlântica da Fundación Dieta Atlántica⁽⁵¹⁾

Adesão à Dieta Atlântica (score de 0 a 20 pontos)		
	Grupos de alimentos	Critérios para 1 ponto
1	Pão integral	≥ 1 porção/dia
2	Arroz e cereais	≥ 1 porção/dia
3	Batata	≥ 1 ración/día
4	Azeite	Regularmente
5	Fruta fresca	≥ 2 porções/dia
6	Hortícolas	≥ 2 porções/dia
7	Hortícolas Brássicas (couve, repolho, grelos, brócolos, etc.) em sopas, estufados ou como acompanhamento	≥ 3 porções/semana
8	Lactínios e derivados	≥ 2 porções/dia
9	Pescado	≥ 3 porções/semana
10	Marisco	≥ 1 porção/semana
11	Porco (carne magra, presunto, pá)	≥ 1 porção/semana
12	Aves/Caça	≥ 1 porção/semana
13	Carne vermelha (carne de bovino, cordeiro, cabra)	≥ 1 porção/semana
14	Ovos	≥ 3 porções/semana
15	Leguminosas (feijões, grão-de-bico, lentilhas)	≥ 2 porções/semana
16	Frutos oleaginosos (preferencialmente nozes e amêndoas) e castanha	≥ 2 porções/semana
17	Vinho	≥ 1 porção /dia
18	Alimentos da época, tradicionais e de produção local	Sempre ou quase sempre
19	Alimentos processados e prontos a comer	Nunca ou raramente
20	Açúcar e outros edulcorantes, incluindo os refrigerantes	Nunca ou raramente

Anexo III- Instrumento Newest Vital Sign validado para a população portuguesa⁽⁹¹⁾

Informação Nutricional	
Tamanho da porção	100ml
Porções por embalagem	4
Quantidade por porção	
Valor Energético	
Calorias	250 kcal
	%DDR
Gordura total 13g	20%
Gorduras saturadas 9g	40%
Colesterol 28 mg	12%
Sódio 55mg	2%
Total Hidratos de Carbono 30g	12%
Fibras Alimentares 2g	
Açúcares 23g	
Proteínas 4g	8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.

Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha.

Folha de Pontuação do Questionário *Newest Vital Sign-versão portuguesa* Perguntas e Respostas

	RESPOSTA CORRETA*	
	Sim	Não
<p>LEIA AO SUJEITO: Esta informação nutricional está na parte de trás de uma embalagem de gelado.</p>		
<p>1. Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas? Resposta: 1000 é a única resposta correta.</p>		
<p>2. Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer? Resposta: Qualquer uma das respostas seguintes está correta: 200ml (ou até 200ml), 2 porções (ou até 2 porções), metade de uma embalagem (ou até metade de uma embalagem).</p>		
<p>3. Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir? Resposta: 33g é a única resposta correta.</p>		
<p>4. Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção? Resposta: 10% é a única resposta correta.</p>		
<p>LEIA AO SUJEITO: Imagine que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelha.</p>		
<p>5. É seguro para si comer este gelado? Resposta: Não.</p>		
<p>6. (Pergunte, apenas, se a resposta à questão anterior foi "Não"). Porque não? Resposta: Porque contém óleo de amendoim.</p>		
Número de respostas corretas:		

Interpretação

Pontuação de 0-1 sugere alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada.

Pontuação de 2-3 indica a possibilidade de literacia limitada.

Pontuação de 4-6 quase sempre indica literacia adequada.