

**ESTUDO DE FATORES QUE INFLUENCIAM
A ADEÇÃO À DIETA MEDITERRÂNICA E ATIVIDADE FÍSICA
REGULAR**

Andreia Filipa Gonçalves Páscoa Nº. 180300215

Tese apresentada para obtenção do grau de Mestre na área de Tecnologia
Alimentar

Orientadora: Professora Coordenadora Maria Paula Marinho Pinto

Grau académico: Doutoramento

Coorientadora: Professora Adjunta Vanda Lopes de Andrade

Grau académico: Doutoramento

Dedicatória

Aos meus pais pela educação e valores.

Obrigada!



“Never forget who you are”

Walt Disney

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado realidade e aos quais estarei eternamente grata.

À minha orientadora, Professora Paula Pinto por me ter proporcionado a integrar um estudo internacional que sugere o tema da minha dissertação. Agradeço o apoio, a partilha do saber, a disponibilidade e orientação prestada ao longo da sua realização.

À minha coorientadora, Professora Vanda Andrade pela disponibilidade, paciência e calma que sempre me transmitiu. Agradeço a interajuda disponibilizada ao longo do trabalho.

A todos os meus professores do curso de Tecnologia Alimentar da Escola Superior Agrária de Santarém pela excelência da qualidade técnica de cada um.

Aos meus pais, por me ensinarem a caminhar e assim poder seguir os meus próprios passos. Pela educação e ideias que me inculcaram e definiram a minha personalidade, pelo apoio e amor incondicional.

Ao meu namorado que sempre esteve ao meu lado durante o meu percurso académico, pela compreensão, tranquilidade e confiança, por todos os momentos que esteve de mãos dadas comigo e nunca me deixou desistir.

Em especialmente aos meus amigos, Diogo e Rute que estão presentes na minha vida, pelo apoio, motivação e pelas palavras certas nos momentos que precisei de ouvi-las. Agradeço a vossa amizade!

Obrigada por tudo!

Abreviaturas

BAP – Balança Alimentar Portuguesa

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Dieta Mediterrânica

DP - Desvio padrão

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IAS – Indexante do Apoio Social

II – Intervalo Interquartil

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAI – *Mediterranean Adequacy Index*

MDS - *Mediterranean Diet Score*

MEDAS – *Mediterranean Diet Adherence Screener*

MeDiWeB - *Mediterranean Diet and Well-Being*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PDM – Pirâmide da Dieta Mediterrânica

PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

RAM – Roda Alimentar Mediterrânica

RM – Resposta múltipla

RU – Resposta única SNS – Sistema Nacional de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

Resumo

A Dieta Mediterrânea (DM) é um dos padrões alimentares que mais beneficia a saúde e a qualidade de vida, uma elevada adesão a este padrão e uma atividade física regular, previnem doenças e reduzem o risco de mortalidade.

O estudo compara a adesão à DM e atividade física numa amostra Portuguesa, avaliando quais das variáveis estudadas se correlacionam com a DM. Ainda assim, foi possível estudar a motivação para alterações comportamentais que proporcionam um estilo de vida mais saudável, pesquisando os fatores determinantes que poderiam ajudar a impulsionar as mudanças.

Verificou-se que a DM e a atividade física não apresentam qualquer associação, no entanto, observou-se uma correlação significativa com algumas variáveis estudadas. Os hábitos alimentares e a prática de atividade física foram apontados como os fatores que mais influenciam a saúde e o bem-estar dos participantes. A falta de tempo o principal fator do sedentarismo da amostra estudada.

Palavras-chave: atividade física, Dieta Mediterrânea, estilo de vida, hábitos alimentares, motivação, Pontuação MEDAS.

Abstract

The Mediterranean Diet (DM) is one of the dietary patterns that most benefit health and quality of life, a high adherence to this pattern and regular physical activity, prevent diseases and reduce the risk of mortality.

The study compares adherence to DM and physical activity in a Portuguese sample, evaluating which of the variables studied correlate with DM. Even so, it was possible to study the motivation for behavioral changes that lead to a healthier lifestyle, researching the determining factors that could help drive changes.

It was found that DM and physical activity do not show any association, however, there was a significant correlation with some variables studied. Eating habits and the practice of physical activity were identified as the factors that most influence the health and well-being of the participants. Lack of time is the main factor in the sedentary lifestyle of the studied sample.

Keywords: physical activity, Mediterranean Diet, Lifestyle, motivation, eating habits, MEDAS score.

Índice Geral

AGRADECIMENTOS	I
ABREVIATURAS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	iv
<u>CAPÍTULO I</u>	
1. ENQUADRAMENTO	12
INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS	13
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	14
<u>CAPÍTULO II</u>	
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
DIETA MEDITERRÂNICA	16
PIRÂMIDE ALIMENTAR MEDITERRÂNICA	18
ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA EM PORTUGAL	21
ATIVIDADE FÍSICA	23
ATIVIDADE FÍSICA EM PORTUGAL	25
ATIVIDADE FÍSICA E A SAÚDE	25
<u>CAPÍTULO III</u>	
3. METODOLOGIA	29
AVALIAÇÃO DA ADESÃO À DM, ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS E IMC	29
<i>Desenho do estudo</i>	29
<i>Estrutura do questionário online</i>	29
<i>Análise dos dados</i>	31
AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTOS QUE PROPORCIONAM UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL	32
<i>Desenho do estudo</i>	32
<i>Estrutura do questionário online</i>	32
<i>Análise dos dados</i>	33
<u>CAPÍTULO IV</u>	
4. RESULTADOS	35
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO INQUÉRITO MEDITERRANEAN DIET AND WELL-BEING (MEDIWEB)	35

AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS QUE SE CORRELACIONAM COM ADEÇÃO À DIETA MEDITERRÂNICA	44
AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS QUE SE CORRELACIONAM COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	45
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO 2º INQUÉRITO	49
AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO INDIVIDUAL PARA A ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS QUE PROPORCIONAM UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL	50
CARACTERIZAÇÃO DE FATORES EXTERNOS QUE INFLUENCIAM A MUDANÇA COMPORTAMENTOS PARA UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL	52
CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA	54
<u>CAPÍTULO V</u>	
5. DISCUSSÃO	62
ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA.....	62
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA AMOSTRA ESTUDADA	65
MOTIVAÇÃO INDIVIDUAL PARA ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS QUE PROPORCIONAM UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL	66
<u>CAPÍTULO VI</u>	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
<u>CAPÍTULO VII</u>	
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXO I	80
ANEXO II	86

Índice de Figuras

FIGURA 1 - PIRÂMIDE DA DIETA MEDITERRÂNICA (BARBOSA, PIMENTA, & REAL, 2017).	19
FIGURA 2 - RODA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA (SNS, 2016).....	20
FIGURA 3 - EVOLUÇÃO TEMPORAL, ENTRE 1961 E 2011, DA ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA EM PORTUGAL (PINHO, FRANCHINI, & RODRIGUES, 2016).....	21
FIGURA 4 – CONSUMO DOS GRUPOS ALIMENTARES FACE AO RECOMENDADO NO ANO DE 2016 (INE, 2017).	23
FIGURA 5 - COMPOSIÇÃO SAUDÁVEL CORPORAL (MOHAMMED, SENDRA, LLORET, & BOSCH, 2018)	27
FIGURA 6 – PONTUAÇÃO DO MEDAS DA AMOSTRA ESTUDADA (N=490).	43
FIGURA 7 - CLASSES DE IMC DA AMOSTRA ESTUDADA (N=490).....	43
FIGURA 8 - MOTIVAÇÃO INDIVIDUAL DE CADA PARTICIPANTE PARA UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL - % DE RESPOSTAS.....	50
FIGURA 9 – OS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES QUE O GÉNERO FEMININO MUDAVA EM PROL DE UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL.	51
FIGURA 10 - OS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES QUE O GÉNERO MASCULINO MUDAVA EM PROL DE UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL.....	52
FIGURA 11 - OS PARÂMETROS QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA NA ROTINA DA AMOSTRA ESTUDADA (N=206).....	53

Índice de Tabelas

TABELA 1 - PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES NA DIETA MEDITERRÂNICA, DE ACORDO COM (MARTINS, CORREIA, & TEIXEIRA DE LEMOS, 2014 E BARBOSA, PIMENTA, & REAL, 2017).	19
TABELA 2 - BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA REGULAR (OLSON, ET AL., 2018).	24
TABELA 3 - CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (WHO, 2000).....	26
TABELA 4 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO QUESTIONÁRIO PARA O CÁLCULO DO MEDAS (GARCÍA-CONESA, ET AL., 2020).	30
TABELA 5 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA ESTUDADA (N=490). OS RESULTADOS APRESENTAM-SE EM PERCENTAGEM E NÚMERO DE INDIVÍDUOS (N) E A IDADE É EXPRESSA TAMBÉM EM MEDIANA, INTERVALO INTERQUARTIL (II), MÉDIA E DESVIO PADRÃO (DP). AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	37
TABELA 6 - DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA (N=490). OS RESULTADOS APRESENTAM-SE EM PERCENTAGEM E NÚMERO DE INDIVÍDUOS (N) E A PONTUAÇÃO MEDAS É EXPRESSA TAMBÉM EM MEDIANA, INTERVALO INTERQUARTIL (II), MÉDIA E DESVIO PADRÃO (DP). AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.....	39
TABELA 7 - DADOS SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA ESTUDADA (N=490). OS RESULTADOS APRESENTAM-SE EM PERCENTAGEM E NÚMERO DE INDIVÍDUOS (N) E O IMC É EXPRESSO TAMBÉM EM MEDIANA, INTERVALO INTERQUARTIL (II), MÉDIA E DESVIO PADRÃO (DP). AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	42
TABELA 8 - CORRELAÇÕES PARCIAIS NÃO PARAMÉTRICAS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SAÚDE E ESTILO DE VIDA COM A ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA (PONTUAÇÃO MEDAS). AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO. 44	44
TABELA 9 - CORRELAÇÕES PARCIAIS NÃO PARAMÉTRICAS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICAS, SAÚDE E ESTILO DE VIDA COM O TIPO DE ATIVIDADE TIDA DURANTE O DIA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.....	46
TABELA 10 - CORRELAÇÕES PARCIAIS NÃO PARAMÉTRICAS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICAS, SAÚDE E ESTILO DE VIDA COM O TIPO DE ATIVIDADE PRATICADA NOS TEMPOS LIVRES. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	47

TABELA 11 - CORRELAÇÕES PARCIAIS NÃO PARAMÉTRICAS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICAS, SAÚDE E ESTILO DE VIDA COM A PRÁTICA DE DESPORTO OU ATIVIDADE FÍSICA INTENSA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.....	48
TABELA 12 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA DO SEGUNDO INQUÉRITO (N=206).	49
TABELA 13 – MOTIVAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES PARA A PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL POR GÉNERO, IDADE E ÁREA DE RESIDÊNCIA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO E AS RESPOSTAS MAIS FREQUENTES A SUBLINHADO. OS RESULTADOS APRESENTAM-SE EM PERCENTAGEM, NÚMERO DE INDIVÍDUOS (N) AS RESPOSTAS SELECIONADAS POR CADA PARTICIPANTE SÃO EXPRESSAS TAMBÉM EM MEDIANA, INTERVALO INTERQUARTIL (II), MÉDIA E DESVIO PADRÃO (DP).	55
TABELA 14 - FATORES QUE INFLUENCIAM A MOTIVAÇÃO DOS PARTICIPANTES PARA A PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL GÉNERO, IDADE E ÁREA DE RESIDÊNCIA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO E AS RESPOSTAS MAIS FREQUENTES A SUBLINHADO. OS RESULTADOS APRESENTAM-SE EM PERCENTAGEM, NÚMERO DE INDIVÍDUOS (N) AS RESPOSTAS SELECIONADAS POR CADA PARTICIPANTE SÃO EXPRESSAS TAMBÉM EM MEDIANA, INTERVALO INTERQUARTIL (II), MÉDIA E DESVIO PADRÃO (DP).....	57
TABELA 15 – CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO POR GÉNERO, IDADE E ÁREA DE RESIDÊNCIA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO E AS RESPOSTAS MAIS FREQUENTES A SUBLINHADO. OS RESULTADOS APRESENTAM-SE EM PERCENTAGEM, NÚMERO DE INDIVÍDUOS (N) AS RESPOSTAS SELECIONADAS POR CADA PARTICIPANTE SÃO EXPRESSAS TAMBÉM EM MEDIANA, INTERVALO INTERQUARTIL (II), MÉDIA E DESVIO PADRÃO (DP).....	60
TABELA 16 – CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL MEDAS E DAS VARIÁVEIS DA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	87
TABELA 17 – CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DO MEDAS E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	88
TABELA 18 – CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DO MEDAS E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ($P < 0,05$) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	89

TABELA 19 – CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DO MEDAS E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS DE SAÚDE DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	89
TABELA 20 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DA ATIVIDADE DURANTE O DIA E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	90
TABELA 21 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DA PRÁTICA DE ATIVIDADE NOS TEMPOS LIVRES E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	91
TABELA 22 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DA PRÁTICA DE DESPORTO OU DE ATIVIDADE FÍSICA INTENSA E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	92
TABELA 23 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DA ATIVIDADE DURANTE O DIA E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	93
TABELA 24 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DA ATIVIDADE NOS TEMPOS LIVRES E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.....	93
TABELA 25 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DA VARIÁVEL DA PRÁTICA DE DESPORTO OU DE ATIVIDADE FÍSICA INTENSA E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.....	94
TABELA 26 - CORRELAÇÕES BIVARIADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CONFOUDERS DAS VARIÁVEIS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E DAS VARIÁVEIS DOS DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DA AMOSTRA ESTUDADA. AS DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS (P<0,05) ESTÃO MARCADAS EM NEGRITO.	95

Capítulo I

Enquadramento

1. Enquadramento

Introdução

A alimentação exerce diferentes funções na sociedade desde muito cedo, a partir dos primórdios da Humanidade, que não se restringem apenas a um mero papel nutricional (Nemésio, 2013). Os comportamentos alimentares têm um impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida das populações, estudos epidemiológicos comprovam que a mudança de hábitos alimentares contribuíram para o desenvolvimento da obesidade e das doenças que mais contribuem na atualidade para a mortalidade e morbidade (Godinho & Marques, 2016).

A Dieta Mediterrânica, intitulada como património cultural e imaterial da humanidade da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), tem características não só alimentares, mas também sociais e culturais únicas (Covas, et al., 2015). A DM tem sido amplamente descrita como um modelo de alimentação saudável devido à sua contribuição para um melhor perfil bioquímico e para um elevado bem-estar (Teixeira, et al., 2019), caracterizado também pelo baixo impacto ambiental devido à preferência no consumo de alimentos de origem vegetal, em vez de origem animal (Tilman & Clark, 2014). A DM é caracterizada pela escolha equilibrada de alimentos ricos em fibra, antioxidantes e lípidos insaturados, reduzindo o consumo de lípidos saturados, provenientes de alimentos de origem animal e com um equilíbrio apropriado entre a ingestão e gasto energético (Altomare, et al., 2013).

No que diz respeito à alimentação, Portugal aproxima-se mais do conceito mediterrânico, contudo a população tem optado por alimentos que se afastam da DM, optando por um padrão alimentar mais ocidental, sendo este afastamento mais evidente em pessoas mais jovens (Almeida & Oliveira, 2017).

Segundo Prinelli et al., (2015) a elevada adesão à DM, regular atividade física e não fumar reduz o risco de mortalidade, contudo essa diminuição torna-se mais notória quando os comportamentos de estilo de vida saudáveis são combinados. Porém, sabemos igualmente, que os maus hábitos alimentares, conjuntamente com uma vida sedentária, têm vindo, cada vez mais, a enraizar-se na população em geral e, também, na população portuguesa (Martins, Mendes, & Fernandes, 2012).

A atividade física tem um papel decisivo na saúde e bem-estar ao estar associada à prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis (PNPAF, 2017), como doenças do foro oncológico, cardiovascular, a obesidade, a diabetes e a uma melhoria no estado de saúde mental através da diminuição da ansiedade e do stress (Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016).

Segundo a SNS (2018) a obesidade é definida como uma acumulação excessiva ou anormal de gordura que pode prejudicar a saúde dos indivíduos, resultado do aumento do sedentarismo, da ausência de atividade física e da combinação de uma alimentação inadequada. A elevada prevalência desta patologia apresenta-se, atualmente, como um dos mais importantes problemas de saúde pública que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade (PNPAF, 2017 e SNS, 2018). Enes & Slater (2010) a obesidade tem ganho uma notoriedade no cenário epidemiológico mundial, aumentando a sua prevalência nas últimas décadas em todo o mundo.

A prática de desporto e de atividade física em Portugal é insuficiente. De acordo, com os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) verificou-se que apenas 27% dos portugueses com mais de 14 anos são considerados fisicamente ativos, cumprindo deste modo as recomendações para a promoção da saúde, e cerca de 43% são considerados sedentários (PNPAF, 2017). As atividades desportivas mais frequentemente praticadas pelos adultos são as caminhadas, corrida, futebol, bicicleta e as atividades de ginásio (PNPAF, 2017).

Diversos estudos têm vindo a comprovar a ligação entre a adesão à DM e uma maior taxa de morbidade e maior esperança média de vida e, por esta razão, a DM é considerada um dos padrões alimentares mais saudável (Serra-Majem, et al., 2004 e Trichopoulou, Bamia, & Trichopoulos, 2009). As exigências da globalização, o desenvolvimento tecnológico e o crescimento económico, comprometem cada vez mais a DM, afastando muitos dos países da bacia do Mediterrâneo, no entanto, os países do norte da Europa são os que mais aderem a este padrão (da Silva, et al., 2009).

Objetivos

O estudo apresentado pretendeu analisar a relação entre a adesão à DM, atividade física e outros fatores de estilo de vida, especificamente avaliar a adesão à DM pelo instrumento validado *Mediterranean Diet Adherence Screener* (MEDAS);

- i) comparar a adesão à DM, Índice de Massa Corporal (IMC) e atividade física entre homens e mulheres;
- ii) avaliar quais das variáveis estudadas se correlacionam com a DM;
- iii) avaliar a motivação individual para alterações comportamentais que proporcionam um estilo de vida mais saudável;
- iv) pesquisar os fatores determinantes que poderiam ajudar a impulsionar as mudanças para promover a saúde e o bem-estar coletivos.

Estrutura da dissertação

O presente trabalho está organizado em 6 capítulos:

- i) No primeiro capítulo do trabalho apresenta-se o enquadramento teórico com os respetivos objetivos e a estrutura da dissertação.
- ii) No capítulo 2 referem-se os temas que constituem a revisão bibliográfica da dissertação, sendo estes: a DM, a pirâmide alimentar mediterrânica, adesão à DM em Portugal, as metodologias de avaliação da adesão à DM, definição de atividade física e a sua prática em Portugal e por último a atividade física e a saúde.
- iii) No capítulo 3 é apresentado a metodologia do estudo, numa primeira fase a avaliação da adesão à DM, estilos de vida saudáveis e IMC numa segunda fase a avaliação da motivação para alteração de comportamentos que proporcionam um estilo de vida mais saudável.
- iv) No capítulo 4 apresentam-se os resultados do estudo com base em análise estatística.
- v) No capítulo 5 a discussão dos resultados obtidos.
- vi) No capítulo 6 as conclusões de todo o trabalho realizado.
- vii) E por último, no capítulo 7 as referências bibliográficas mencionadas na dissertação.

Capítulo II

Revisão Bibliográfica

2. Revisão Bibliográfica

Dieta Mediterrânica

O conceito de DM é um dos padrões alimentares que mais beneficia a saúde e a qualidade de vida (Kolooverou, Esposito, Giugliano, & Panagiotakos, 2014) devido à sua associação com a prevenção de doenças (Trichopoulou, Bamia, & Trichopoulos, 2009 e Widmer, Flammer, Lerman, & Lerman, 2015) e aumento da longevidade (Martins, Mendes, & Fernandes, 2012 e Serra-Majem, et al., 2004), caracterizada também pelo baixo impacto ambiental devido a um maior consumo de alimentos de origem vegetal, em vez de origem animal (Tilman & Clark, 2014).

A definição de DM surge no século XX, na década de 40 e 50 pelo fisiologista norte-americano Ancel Benjamin Keys, que identificou a relação entre a alimentação e a baixa frequência de Doenças Cardiovasculares (DCV) em populações do mediterrâneo (Trichopoulou, et al., 2014 e Caprara, 2021). Ancel Keys em conjunto com investigadores norte-americanos da fundação Rockefeller observaram os níveis de saúde da população da ilha de Creta, verificaram que a longevidade era superior em comparação a América do Norte, apesar das condições de vida e acesso a cuidados de saúde serem bastante inferiores (Graça, 2014). Em 1970, Ancel Keys publicou (*Seven Countries - a Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Diseases*) baseando-se na observação de sete grupos de habitantes de países da zona do Mediterrâneo (Estados Unidos da América, Japão, Itália, Grécia, Países Baixos, Finlândia e Jugoslávia) (Graça, 2014). Com base nas observações constatou-se que existia uma associação entre o consumo de gordura e a mortalidade por DCV, sendo o risco tanto maior quanto mais elevado fosse o consumo de gordura. Porém, as populações que viviam na Bacia do Mediterrâneo constituíam uma exceção, apresentando uma baixa mortalidade por DCV, apesar do seu elevado consumo de gordura. Segundo Ancel Keys, estes resultados deviam-se ao tipo de gordura consumida nestas populações, que era sobretudo gorduras insaturadas, proveniente da ingestão de azeite (Gonçalves, 2014 e Carrageta, 2014). Os vários países da Bacia do Mediterrâneo encontram-se numa área geográfica que possui condições geoclimáticas únicas, proporcionando a abundância e variedade de alimentos tradicionalmente saudáveis (Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2015).

Em 2010, a UNESCO classificou a DM como Património Intangível da Humanidade, ou seja, foi reconhecido como padrão alimentar (Graça, 2014 e Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2015). Não obstante, em 2013, a UNESCO reconhece a presença do património alimentar mediterrânico em Portugal como modelo cultural, histórico e de

saúde, reforçando ainda a importância da preservação e transmissão desta herança cultural para o futuro (Covas, et al., 2015 e Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2015).

A DM destaca-se pela escolha equilibrada de alimentos ricos em fibra, antioxidantes e lípidos insaturados, reduzindo o consumo de lípidos saturados (Bonaccio, et al., 2013), provenientes de alimentos de origem animal e com um equilíbrio apropriado entre ingestão calórica e o gasto energético (Altomare, et al., 2013). A DM inclui uma enorme variedade de alimentos, sendo o azeite de oliva a principal fonte de gordura alimentar, com grande quantidade de ácidos gordos monoinsaturados (Bonaccio, et al., 2013 e Teixeira, et al., 2019) utilizado na confeção e tempero (Torres-Peña, Rangel-Zuñiga, Alcalá-Díaz, López-Miranda, & Delgado-Lista, 2020). Este padrão inclui também o consumo elevado de produtos de origem vegetal – legumes, fruta da época, leguminosas, frutos secos e cereais integrais, com um menor consumo de peixe e marisco (Wade, et al., 2017 e Williamson, et al., 2019). Por sua vez, a carne de aves, os ovos e os laticínios (queijos e iogurtes), são alimentos que seguem um padrão de consumo moderado-baixo, o álcool, sobretudo o vinho, ingerido principalmente durante as refeições principais (Bach-Faig, et al., 2011 e Wade, et al., 2017) é aconselhado num consumo moderado, no entanto, as carnes vermelhas, manteiga, doces e bebidas açucaradas têm uma presença escassa (Martins, Correia, & Teixeira de Lemos, 2014; Wade, et al., 2017 e Torres-Peña, Rangel-Zuñiga, Alcalá-Díaz, López-Miranda, & Delgado-Lista, 2020).

O conceito de DM tem vindo a evoluir devido à publicação de vários estudos complementares sobre as suas vantagens para além das características alimentares e nutricionais (Torres-Peña, Rangel-Zuñiga, Alcalá-Díaz, López-Miranda, & Delgado-Lista, 2020). Tudo indica que a DM é capaz de fornecer os micronutrientes suficientes, englobando ainda outros aspetos como o convívio, a socialização, a biodiversidade e a sazonalidade (Koloveryou, Esposito, Giugliano, & Panagiotakos, 2014). A adesão a este padrão alimentar está particularmente associada a uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde (Teixeira, et al., 2019), tornando-se mais evidente na saúde mental, nomeadamente em doenças neurodegenerativas (Alzheimer e Parkinson) do que na saúde física (Bonaccio, et al., 2013 e Altomare, et al., 2013). A prática de hábitos alimentares saudáveis está associada a uma maior vitalidade, a níveis de *stress* mais baixos e a estados de depressão menores, ou seja, uma boa alimentação influencia o nosso estado de humor, assim sendo, os níveis de depressão são mais baixos (Hendy, 2012); (Rahe, Unrath, & Berger, 2014); (Jacka, Cherbuin, Anstey, & Butterworth, 2014). Ainda assim, a DM está associada a uma menor incidência de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, osteoporose e obesidade (Altomare, et al., 2013)

redução dos níveis plasmáticos de colesterol e pressão arterial e melhoria do processo de coagulação sanguínea e da função endotelial (García-Fernández, Rico-Cabanas, Rosgaard, Estruch, & Bach-Faig, 2014 e Pérez-Martínez, García-Ríos, Delgado-Lista, Pérez-Jiménez, & López-Miranda, 2011).

Pirâmide Alimentar Mediterrânica

As recomendações alimentares anteriormente descritas podem ser encontradas no formato de uma pirâmide – Pirâmide da Dieta Mediterrânica (PDM). Desenvolvida inicialmente em 1994 tem vindo a sofrer uma evolução e adaptação face à evolução da situação socioeconómico e cultural da região Mediterrânica (Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2015). A PDM (**Figura 1**) que promove um retorno à dieta tradicional, tem como conceito fundamental a proporcionalidade na escolha das adequadas porções e frequência de alimentos de cada grupo (Bach-Faig, et al., 2011 e Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016). A base da pirâmide inclui os alimentos que devem ser consumidos em maior frequência e quantidade, sendo que nos níveis superiores se encontram os alimentos que devem ser consumidos com maior moderação e em periodicidade reduzida (Bach-Faig, et al., 2011 e Vitiello, Germani, Dolcetta, Donini, & Del Balzo, 2016). Este guia alimentar refere igualmente a importância de outros elementos relacionados aos comportamentos de estilo de vida e tradições culturais, como a biodiversidade e sazonalidade dos alimentos, o consumo de uma grande variedade de produtos frescos e locais, o modo de confeção, o descanso adequado, o convívio e a atividade física regular (Bach-Faig, et al., 2011 e Serra-Majem, Bach-Faig, & Raidó-Quintana, 2012). A **Tabela 1** apresenta de forma resumida as recomendações principais da DM focando os tipos de alimentos aconselhados e sua frequência de consumo.



Figura 1 - Pirâmide da Dieta Mediterrânea (Barbosa, Pimenta, & Real, 2017).

Tabela 1 - Principais recomendações na Dieta Mediterrânea, de acordo com (Martins, Correia, & Teixeira de Lemos, 2014 e Barbosa, Pimenta, & Real, 2017).

Alimentos	Frequência de consumo
Leguminosas	mais de 2 porções semanais
Frutos oleaginosos	1 a 2 porções diárias
Produtos hortícolas	2 porções ou mais por refeição
Frutas da época	1 a 2 porções por refeição principal
Cereais	1 a 2 porções por refeição principal
Carnes vermelhas e produtos derivados	menos de 2 porções semanais
Carnes brancas	2 porções semanais
Pescado (preferencialmente peixe gordo)	mais de 2 porções semanais
Lactínicos	2 porções diárias
Ovos	2 a 4 porções semanais
Água	ingestão de 1,5 a 2 Litros diários
Álcool (na forma de vinho tinto)	recomendado consumo moderado (1 a 2 copos/dia)
Gorduras e óleos	consumo de azeite a cada refeição principal
Ervas aromáticas	consumo diário
Sal	menciona a necessidade de reduzir a adição de sal às confeções culinárias
Açúcar e Produtos Açucarados	menos de 2 porções diárias

Em Portugal, a Roda da Alimentação Mediterrânica (RAM) corresponde ao guia alimentar que foi desenvolvida pela Direção Geral de Saúde (DGS) e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), em colaboração com o Grupo de Acompanhamento para a Salvaguarda e Promoção da DM (SNS, 2016). Esta representação gráfica permite acompanhar os hábitos alimentares, a gastronomia, a cultura, e as tradições da população Portuguesa (SNS, 2016). A RAM (Figura 2) divide-se em segmentos de diferentes dimensões que se designam por grupos. Estes sete grupos que indicam a proporção de peso com que cada grupo concorre para uma alimentação equilibrada, nomeadamente: os cereais e derivados, tubérculos (28% ou 4-11 porções); os hortícolas (23% ou 3-5 porções); a fruta (20% ou 3-5 porções), lacticínios (18% ou 2-3 porções), carnes, pescado e ovos (5% ou 1,5-4,5 porções), leguminosas (4% ou 1-2 porções) e as gorduras e óleos (2% ou 1-3 porções) (Barbosa, Pimenta, & Real, 2017). Cada um dos grupos apresenta funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si (Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016). A água não possui um grupo próprio, encontra-se representada no centro pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos e é imprescindível à vida. A recomendação diária pode variar entre 1,5 e 3 litros (Barbosa, Pimenta, & Real, 2017 e Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016).



Figura 2 - Roda da Alimentação Mediterrânica (SNS, 2016).

Adesão à Dieta Mediterrânica em Portugal

Portugal apresenta características Mediterrânicas não só pela sua história, como também pelas suas práticas sociais, culturais e hábitos alimentares, muito próximos de outros povos que partilham a mesma latitude (Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016). No entanto, o nosso país também é influenciado pelas características climáticas do oceano Atlântico (Almeida & Oliveira, 2017). Os dados sobre a adesão ao DM no nosso país são limitados, no entanto, os dados disponibilizados em Portugal mostram que desde a década de 1960 o padrão alimentar português tem divergido da DM (Durão, Oliveira, & de Almeida, 2008), o que pode estar relacionado com a economia, política e com a integração social e cultural de outros povos, (Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016). A **figura 3** apresenta o grau de adesão à DM, calculado através do índice *Mediterranean Adequacy Index* (MAI) (Índice de Adesão à Dieta Mediterrânica). Segundo Alberti, Fruttini, & Fidanza (2009) este indicador é obtido pela divisão da ingestão de alimentos associados à DM, expressa em g/dia, como é o caso dos alimentos de origem vegetal, peixe e vinho, pela ingestão de alimentos que não se encontram associados a este padrão alimentar saudável, tais como, os alimentos de origem animal, bebidas e alimentos açucarados. Quando o valor do MAI se encontra igual ou superior a 4 considera-se haver adesão à DM.

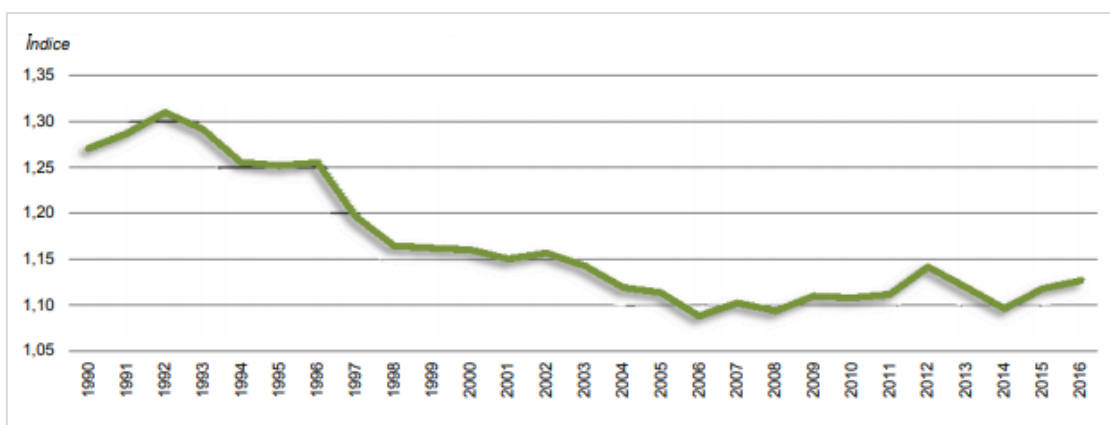


Figura 3 - Evolução temporal, entre 1961 e 2011, da adesão à Dieta Mediterrânica em Portugal (Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016)

Observa-se que o MAI apresenta um decréscimo entre 1992 e 2006, com uma variação negativa de 16,9%, evidenciando um afastamento das disponibilidades alimentares para consumo em relação ao padrão da DM (Pinho, Franchini, & Rodrigues, 2016). Contribuíram para este decréscimo o facto de apenas 3,7% da energia ter origem em produtos da DM, e em contrapartida, 13,3% da energia ser proveniente de produtos que

não fazem parte da DM, como por exemplo: carne, gorduras animais e alimentos ricos em açúcar (INE, 2017). De 2006 a 2012, existiu uma alteração de valores, ou seja, verificou-se que o índice recuperou 4,9%, porém, ainda longe dos valores alcançados no início da década de 90. Isto deveu-se ao aumento de 2,1% da energia proveniente dos produtos típicos da DM, nomeadamente dos cereais, hortícolas e azeite e, em contrapartida, pela descida em 2,5% da energia proveniente dos restantes produtos, como: laticínios, carnes, gordura animal e das bebidas alcoólicas, com exceção do vinho (INE, 2017). De salientar que, com o início da recessão económica em Portugal, em 2011/2012, existiu a maior aproximação ao padrão da DM. Já entre 2012 e 2014, o índice voltou, novamente, a baixar, ou seja, <4,0%, devido ao decréscimo de 2,3% da energia proveniente dos produtos típicos da DM, tal como o azeite e cereais, e um aumento de 2,3% da energia proveniente dos restantes produtos, ou seja, carne e alimentos ricos em açúcar (INE, 2017). De 2014 a 2016, o índice volta a aumentar (<2,8%), desta vez pelo motivo do aumento da energia dos produtos típicos da DM (<3,9%), em relação ao aumento que os outros produtos também registaram (<1,6%) (INE, 2017).

De acordo com os dados disponibilizados da Balança Alimentar Portuguesa (BAP) no ano de 2012-2016 os Portugueses consumiram mais gorduras (35,3%) face ao limite máximo recomendado de 30%. Quanto aos glúcidos, o valor situa-se abaixo do intervalo recomendado de 55% a 75% apresentando valores de 47%, enquanto que as proteínas mencionam uma contribuição energética de 12,8% dentro do intervalo recomendado (10% a 15%) (INE, 2017). A **Figura 4** identifica os grupos alimentares que apresentaram desvios significativos face à roda dos alimentos. Os grupos dos cereais, raízes e tubérculos dos óleos e gorduras e também da carne, pescado e ovos apresentam um consumo elevado face ao recomendado. O primeiro grupo referido apresenta uma disponibilidade acima do padrão de 2,9%, quanto aos óleos e gorduras os valores rondam os 3,7%, no caso do último grupo referido os valores destacam-se com valores de 11,5%. Em relação aos grupos que o consumo é inferior ao recomendado destacam-se os frutos e hortícolas com valores 7,3 e 6,8% inclusive, as leguminosas secas com -3,4% e por fim o grupo dos leites e produtos lácteos que evidenciam um desvio negativo com valores menores a 0,7% (INE, 2017).

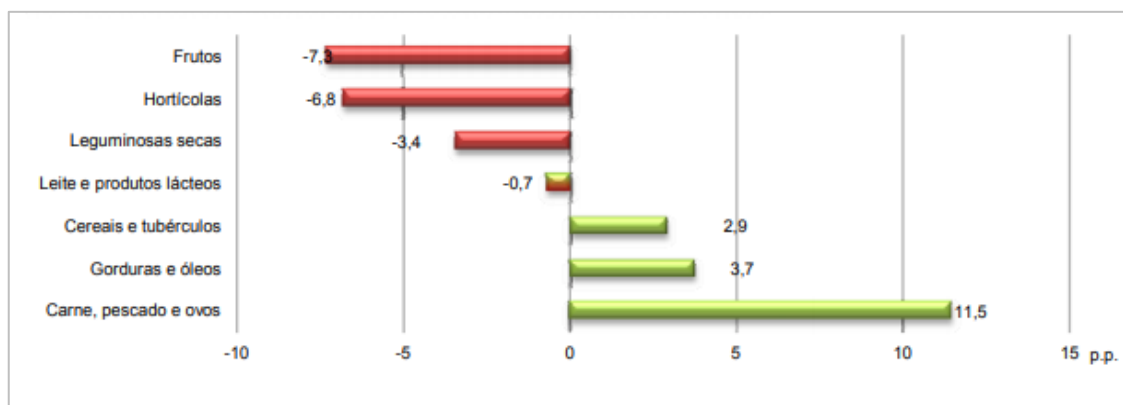


Figura 4 – Consumo dos grupos alimentares face ao recomendado no ano de 2016 (INE, 2017).

O estudo da DGS em Portugal teve como objetivo avaliar o conhecimento e a adesão à DM da população portuguesa. Relativamente, ao conceito deste padrão 50% dos inquiridos conhece este padrão alimentar e sabe qual o seu significado (Gregório, Sousa, Chkoníya, & Graça, 2020). Quanto à sua adesão, 26% da população Portuguesa apresenta uma elevada adesão a este padrão. Assim sendo, a maioria dos Portugueses não segue a DM (Gregório, Sousa, Chkoníya, & Graça, 2020). Quanto aos alimentos característicos deste padrão com menor percentagem de consumo podem ser destacados as leguminosas (69% com um consumo de leguminosas inferior a 3 vezes por semana), os hortícolas (52% com um consumo inferior a 2 porções por dia), a fruta (61% com um consumo inferior a 3 porções por dia) e os frutos secos oleaginosos (61% com um consumo inferior a 3 porções por semana). Apesar destes resultados, a adesão à DM cresceu 15% desde 2016 (Gregório, Sousa, Chkoníya, & Graça, 2020).

Atividade física

Segundo o (PNPAF, 2017) existem diferenças entre os termos atividade física e exercício físico. O termo atividade física é definida como qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos do corpo, que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. Enquanto, que o exercício físico compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico e bem delineada. A prática de exercício físico é fundamental em qualquer idade, sendo na adolescência a fase mais importante, pois é nela que ocorrem as mudanças corporais, emocionais e também comportamentais (Bidzan-Bluma & Lipowska, 2018). Porém, ao longo do ciclo de vida apresenta um papel preventivo nomeadamente nas idades mais avançadas no âmbito das doenças neurodegenerativas, doenças cardiovasculares e fragilidade óssea (Orkaby & Forman, 2018 e Nanayakkara & Marwick, 2018).

A prática de atividade física desempenha um papel influenciador na saúde (**Tabela 2**), no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, e bem-estar dos idosos, diretamente, ligada à prevenção de um conjunto importante de doenças e a diversos benefícios nas componentes psicológicas, cognitivas, biológicas e ainda sociais, têm vindo a ser documentada pela literatura científica (Peluso & de Andrade, 2005).

Tabela 2 - Benefícios para a saúde associados à atividade física regular (Olson, et al., 2018).

<p>Crianças e adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhora a saúde óssea (3 a 17 anos) - IMC adequado (3 a 17 anos) - Aumento da aptidão cardiorrespiratória e muscular (6 a 17 anos) - Reduz as doenças cardiometabólicas (6 a 17 anos) - Melhora a função cognitiva (6 a 13 anos) - Risco reduzido de depressão (6 a 13 anos)
<p>Adultos e idosos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor risco de mortalidade por doença cardiovascular - Menor risco de doença cardiovascular (incluindo doença cardíaca e derrame) - Menor risco de hipertensão - Menor risco de diabetes tipo 2 - Menor risco de perfil lipídico sanguíneo adverso - Menor risco de cancro da bexiga, mama, cólon, endométrio, esôfago, rim, pulmão e estômago - Melhora a função cognitiva - Risco reduzido de demência (incluindo doença de Alzheimer) - Ansiedade reduzida - Risco reduzido de depressão - Melhora a qualidade do sono - Manutenção do peso - Perda de peso, especialmente quando combinada com ingestão reduzida de energia - Melhora a saúde óssea - Aumenta a força, agilidade e flexibilidade - Menor risco de quedas (idosos) - Menor risco de lesões relacionadas a quedas (idosos)

Atividade Física em Portugal

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2018), Portugal é dos quatro países da União Europeia com as maiores taxas onde perdura a ausência de atividade física. De acordo com os dados do European Commission (2017), a percentagem de Portugueses que pratica exercício físico, com regularidade, diminuiu para 5% em 2017, sendo que, esta percentagem tem vindo a diminuir gradualmente desde 2009. Em contrapartida, a percentagem dos Portugueses que raramente ou nunca praticam exercício, subiu de 66% em 2009 para 72% em 2013 e, em 2017, voltou a subir para 74%. Esta percentagem é, consideravelmente, superior ao observado para a média europeia em 2017, que é 60%, o qual se mantém desde 2009, sem alterações. Em Portugal, há mais mulheres, cerca de 78%, do que homens (68%) a mencionar que nunca ou raramente praticam exercício. Os motivos que perduram, na prática de desporto, estão associados ao facto do desejo de melhorar a saúde (51%), relaxar (38%) e melhorar a aptidão física (36%). De salientar que, em 2013, 28% dos portugueses frisou que praticava atividade física para melhorar a sua aparência física (PNPAF, 2017), sendo que este valor diminuiu para 22% (European Commission, 2017). A principal barreira é a falta de tempo, mencionada 43% e, a seguir, segue-se a falta de interesse e motivação (33%), valor este que é mais elevado da Europa (média de 20%) (European Commission, 2017).

Atividade física e a saúde

As recomendações internacionais de atividade física são habitualmente expressas em minutos de atividade física de intensidade moderada ou vigorosa. Para os adultos é recomendado exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular regular com duração de 150 minutos semanais de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa semanal. Quanto às crianças e adolescentes, deve existir uma acumulação diária de 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (Jansson, Hagstromer, & Anderssen, 2015). A atividade física contribui para a longevidade, os benefícios para a saúde são mais elevados quando as recomendações são alcançadas, havendo um efeito de redução do risco de morte com a sua prática regular um considerável efeito protetor. De acordo com o (PNPAF, 2017) mais de 25% da população atinge as recomendações e estima-se que cerca de 14% das mortes anuais, em Portugal esteja associada à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10%.

A obesidade é um importante problema de saúde pública, afetando crianças, adolescentes e adultos (Ruban, Stoenchev, Ashrafian, & Teare, 2019). O estilo de vida

sedentário, a diminuição da atividade física e os hábitos alimentares inadequados estão fortemente associados ao seu aumento (Apovian, 2016). Assim sendo, a obesidade é considerada uma doença crónica e de origem multifatorial (Chooi, Ding, & Magkos, 2019). É um distúrbio metabólico, ou seja, é proveniente, em grande parte, do consumo de açúcares e gorduras, refletindo-se assim, numa alimentação com excesso de energia (SNS, 2018). O excesso de peso e a obesidade podem ser estudados com recurso a uma medida antropométrica resultante da avaliação do peso e da altura, conhecida por IMC ou Índice de *Quetelet*, através da seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m}^2\text{)}}$$

Em adultos, o excesso de peso e a obesidade são definidos diretamente através dos valores do IMC, enquanto nas crianças e adolescentes são definidos com base nos percentis do IMC (Amaral & Pereira, 2008). Assim sendo, um adulto é considerado com excesso de peso se apresentar um IMC compreendido entre 25 - 29,9 Kg/m² e com obesidade se apresentar um IMC superior ou igual a 30,0 kg/m² (WHO, 2000). Na **Tabela 3**, pode observar-se os critérios do peso tendo em conta os valores do IMC.

Tabela 3 - Classificação do Índice de massa corporal (WHO, 2000)

Classificação	IMC (kg/m²)
Baixo peso	<18,5
Peso Normal	18,50 – 24,99
Excesso de peso	25,00 – 29,99
Obesidade I	30,00 – 34,99
Obesidade II	35,00 – 39,99
Obesidade III	≥ 40,00

Os fatores genéticos determinam a suscetibilidade dos indivíduos para o excesso de peso e para a obesidade quando expostos a determinados fatores ambientais. Assim, os valores do IMC podem ser influenciados de modo variável por fatores genéticos e ambientais.

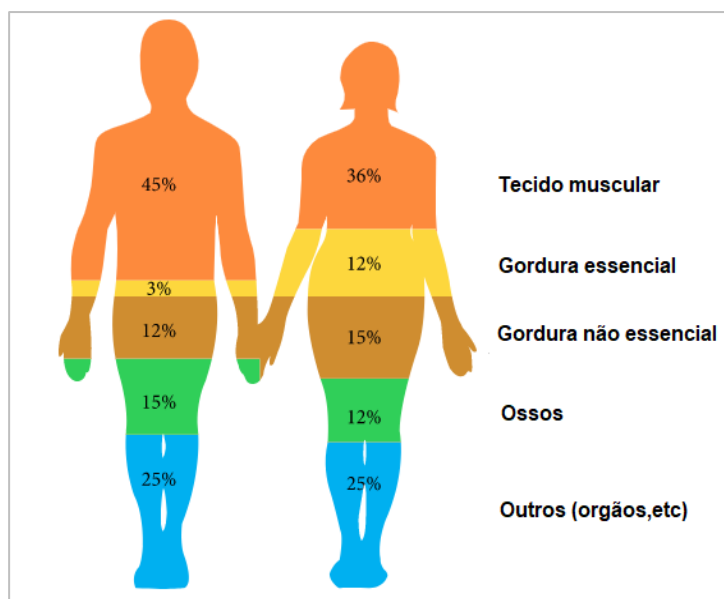


Figura 5 - Composição saudável corporal (Mohammed, Sendra, Lloret, & Bosch, 2018)

Os dados do PNPAS divulgados pela DGS (2020), mostram que 53,6% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade). Atualmente, a prevalência da obesidade na sociedade portuguesa é elevada, existindo cerca de 1,5 milhões de pessoas obesas (16,9%), tendo-se mantido uma tendência crescente durante o período de 2005 a 2019. A pré-obesidade é mais notória nos indivíduos do género masculino (42,2%) enquanto o género feminino atinge valores de 31,9%. Relativamente à obesidade, o sexo feminino apresenta valores de 17,4% e o género masculino apresenta valores de 16,4%. Segundo a (DGS, 2019) verificou-se uma diminuição do excesso de peso nas crianças de 37,9% em 2008 para 29,6% em 2019. A **Figura 5** é representativa da composição corporal saudável do género masculino e feminino.

A prevalência de obesidade tem aumentado significativamente em várias regiões do mundo nas últimas décadas (Ortega, Lavie, & Blair, 2016), sendo responsável em grande parte, pelo aumento da mortalidade e morbilidade com implicações significativas no indivíduo, na família e na comunidade, contribuindo para a diminuição da expectativa de vida, qualidade de vida (Apovian, 2016) e longevidade (Mohammed, Sendra, Lloret, & Bosch, 2018). De acordo com *World Obesity* (2020) um em cada cinco adultos em todo o mundo terá obesidade em 2025, prevendo-se que a prevalência global da obesidade alcance 18% nos homens e ultrapasse 21% nas mulheres. As expectativas futuras passa por impedir o aumento da obesidade, contudo os resultados mostram que a maioria dos países não irá conseguir atingir esse objectivo (Obesity, 2020).

Capítulo III

Metodologia

3. Metodologia

Avaliação da adesão à DM, estilos de vida saudáveis e IMC

Desenho do estudo

Este estudo foi desenvolvido no âmbito de um projeto internacional envolvendo um consórcio de sete países (Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Chipre, Bulgária e República da Macedónia), aprovado em Portugal pela Comissão de Ética da Unidade de Pesquisa do Instituto Politécnico de Santarém (Documento 022019 Agrária), e atende ao Regulamento (EU) N.º 679/2016, relativo à proteção de dados. O estudo incluiu o desenho de um questionário estruturado com o objetivo de avaliar a adesão à DM com o instrumento MEDAS de 14 pontos previamente validado. O questionário foi elaborado em Formulários Google e divulgado através de contactos institucionais, redes sociais e contactos pessoais dos investigadores envolvidos no estudo. O questionário era confidencial e preenchido de forma anónima. A recolha dos dados decorreu durante maio de 2019 a fevereiro de 2020. Após o término do período obteve-se uma amostra de n=505 participantes. Contudo, quinze participantes foram excluídos da análise: por falta de consentimento para utilização dos dados (5), idade inferior a 18 anos (1) e nacionalidade estrangeira e portugueses residentes no estrangeiro (9). Assim, a totalidade de participantes em estudo foram 490 portugueses adultos (idade≥18 anos), residentes em Portugal.

Estrutura do questionário online

O desenho do questionário foi feito de acordo com as recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (OECD, 2013) e consistia em 60 questões. O questionário iniciava-se com uma explicação introdutória sobre o estudo e a natureza da participação antes de começar o preenchimento foi colocada uma pergunta a cada participante que visa a solicitar a autorização para o uso anónimo dos dados para análise estatística e publicação científica. Após o consentimento nesta primeira parte, o participante iniciava o preenchimento do questionário, dividido em cinco partes para recolha de: i) dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, dimensão do agregado familiar, escolaridade, situação profissional e rendimento do agregado familiar (ii) bem-estar subjetivo (iii) condições de saúde [(IMC), doenças diagnosticadas ou multipatologias] (iv) dados de estilo de vida (tabagismo, atividade física, sono/descanso, contato com a natureza, familiares e amigos); e v) hábitos alimentares

que incluíram 14 questões utilizadas para o cálculo do MEDAS (**Tabela 4**) mais uma questão sobre o número de refeições realizadas diariamente.

Tabela 4 - Questões incluídas no questionário para o cálculo do MEDAS (*García-Conesa, et al., 2020*).

	Critério de pontuação	
	0	1
1. Normalmente, utiliza o azeite para cozinhar?	Não	Sim
2. Em média, quantas colheres de sopa de azeite consome por dia (incluindo o utilizado para cozinhar, para temperar, etc)?	<4	≥4
3. Quantas porções de hortícolas crus e cozinhados come por dia? 1 porção = 200 g	<2	≥2
4. Quantas porções de fruta fresca come por dia? 1 porção = 1 peça de fruta de tamanho médio; uma taça de uvas, morangos ou fruta cortada; 1 fatia de melão ou melancia; 1 copo de sumo acabado de fazer.	<3	≥3
5. Quantas porções de carne vermelha, hamburger ou derivados (fiambre, salsichas, etc) consome por dia? 1 porção = 100 a 150 g	≥1	<1
6. Quantas porções de manteiga, margarina ou natas consome por dia? 1 porção = 12 g	≥1	<1
7. Quantos refrigerantes açucarados consome por dia?	≥1	<1
8. Quantos copos de vinho bebe por dia?	<1 ou ≥2	1 a 2
9. Quantas porções de leguminosas consome por semana? 1 porção = 150 g	<3	≥3
10. Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? 1 porção de peixe = 100 a 150 g; 1 porção de marisco= 200g	<3	≥3
11. Quantas vezes por semana consome sobremesas doces, bolachas e bolos de pastelaria?	≥2	<2
12. Quantas porções de frutos secos (nozes, avelãs, amêndoas, amendoins, etc) consome por semana? 1 porção = 30 g	<3	≥3
13. Consome preferencialmente peru, frango, coelho, ou uma alternativa vegetal, em vez de porco ou vaca?	Não	Sim
14. Quantas vezes por semana consome refeições que foram cozinhadas com base em tomate/molho de tomate, cebola, alho e azeite?	<2	≥2

Análise dos dados

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS 26 para *Windows* (SPSS, Inc., Chicago, IL, EUA). A presença de variáveis nominais, ordinais e de escala, assim como os resultados de testes de variáveis de escala para normalidade e heterocedasticidade realizados pelos testes de *Kolmogorov-Smirnoff* e *Levene*, respetivamente levou ao uso de análises não paramétricas.

Os dados sociodemográficos, estilo de vida e de saúde são representados em percentagem para variáveis ordinais ou nominais e as variáveis de escala representadas em mediana e Intervalo Interquartil (II). Para facilitar a comparação com outros estudos, foi também calculada a média e o Desvio Padrão (DP) para as variáveis de escala. Para avaliar as diferenças entre géneros no que diz respeito a cada uma destas variáveis foram realizados os testes *Mann-Whitney U* para variáveis ordinais ou de escala e testes qui-quadrado para variáveis nominais. Considerou-se que as diferenças eram significativas quando $p < 0,05$.

Foram ainda determinadas correlações parciais não paramétricas utilizando como variáveis dependentes o valor do MEDAS e a da atividade física, como variáveis independentes os fatores sociodemográficos, de saúde e de estilo de vida, controlando todos os potenciais *confounders*: género, idade, nível de escolaridade, estado civil agregado familiar, país de residência, posição no mercado de trabalho, profissão, rendimento líquido mensal do agregado familiar, doenças diagnosticadas, multipatologias, IMC, tabagismo, sono, sesta, tempo passado com a natureza, família e amigos e refeições diárias (**Anexoll**). Adicionalmente, o valor p foi ajustado pela correção de *Bonferroni* ($0,05/\text{número de variáveis analisadas}$), um dos métodos usados para neutralizar erros Tipo I decorrentes da realização de comparações múltiplas. Os resultados obtidos representam-se como valor de correlação/valor p (após a correção, significativo para valores $p < 0,002$).

Avaliação da motivação para alteração de comportamentos que proporcionam um estilo de vida mais saudável

Desenho do estudo

O segundo inquérito foi desenvolvido para avaliar a motivação individual para alteração de hábitos que visam melhorar o estilo de vida e também estudar o conhecimento sobre a DM dos participantes inquiridos. O estudo está em conformidade com o Regulamento (EU) N.º 679/2016, relativo à proteção de dados. Este inquérito, foi elaborado nos formulários Google, sendo divulgado online a toda a comunidade académica, contactos institucionais e pessoais, entre abril e junho de 2020. Um total de 206 participantes adultos com idades ≥ 18 anos responderam ao questionário de forma anónima e confidencial.

Estrutura do questionário online

O questionário consistiu em 18 questões, 8 de Resposta Múltipla (RM) e 10 de Resposta Única (RU). O questionário iniciava-se com uma explicação introdutória com informação e objetivo do estudo. Antes de começar o seu preenchimento era colocada uma pergunta a cada participante que visava solicitar a autorização para o uso anónimo dos dados para análise estatística e publicação científica. Após consentir no preenchimento do questionário, o participante acedia às seguintes secções do questionário, que incluíam questões sobre: i) dados sociodemográficos (RU); ii) motivação geral para alterar hábitos de estilo de vida saudável individuais e na comunidade (RU); iii) motivação para alterar hábitos alimentares que estão inseridos na DM (RM); iv) motivação para alterar hábitos específicos relativos a atividade física (RM); v) motivação para a cessação tabágica (RM); vi) condições de trabalho (RM); vii) conhecimento do conceito de DM (RS); viii) escolhas alimentares e literacia dos rótulos dos produtos alimentares (RS) (**Anexo I**).

Análise dos dados

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 26 para *Windows* (SPSS, Inc., Chicago, IL, EUA). Os dados dos participantes são representados em percentagem e número de indivíduos (n), somente a idade é apresentada em mediana, II, média e DP. Para todas as perguntas de escolha múltipla a % de opções escolhidas em cada pergunta são representados graficamente por gráficos circulares. A motivação geral para alteração de hábitos de estilo de vida saudável foi analisada pelo percentual de participantes que responderam “Sim”. Quanto às opções escolhidas por cada participante referentes às questões sobre melhoria da saúde, bem-estar e aumento da adesão à DM, estes resultados são apresentados como mediana, II, média e DP. Para as variáveis nominais foi utilizado o teste do Qui Quadrado com objetivo de avaliar as diferenças entre género, faixa etária ou zona de residência. Todas as comparações foram consideradas significativas para valores de $p < 0,05$. A avaliação das questões para as quais os inquiridos identificaram mais fatores externos que poderiam ajudar a promover as suas mudanças (questões-alvo), foi realizada de acordo com o método acima. Assim sendo, o teste de *Kruskal-Wallis* foi aplicado na comparação de géneros, classes de idade ou zona de residência.

Capítulo IV

Resultados

4. Resultados

Caracterização da amostra do inquérito Mediterranean Diet and Well-Being (MeDiWeB)

Os dados sociodemográficos (**Tabela 5**) indicam que 71,5% dos inquiridos são do género feminino e os restantes 21,5% são do género masculino. Quanto à faixa etária mais representativa da amostra, são jovens (50,8% com idade até 34 anos), os restantes com idades entre 35 e 64 anos (47,5%) e apenas 1,6% com 65 anos ou mais. No que diz respeito à residência, 49,4% moram no distrito de Lisboa seguindo-se o distrito de Santarém (21,7%) e com menos participação neste inquérito, as regiões de Beja, Portalegre e Aveiro com uma amostra de 0,2% em cada distrito. Relativamente ao estado civil da amostra estudada, a maioria é solteira ou casada/numa relação de afeto (46,9% e 41,5% respetivamente) (**Tabela 5**), quanto a média do agregado familiar, este é de três pessoas por família. A profissão e o nível de escolaridade foram significativamente diferentes entre homens e mulheres ($p=0.000$ e $p=0,025$, respetivamente) sendo que no género masculino predominou o ensino médio (37,4%) e no género feminino destacou-se um grau de ensino mais elevado, já que 47,9% das mulheres têm uma licenciatura, 20,9% um mestrado e 6,0% um doutoramento, observando-se ainda que faz com que o género feminino se destaca no mercado de trabalho (40,9%). Em relação à empregabilidade a maior parte dos inquiridos estava empregado (70%), porém o género masculino e feminino apresentam diferenças significativas ($p=0,003$), o género masculino destaca-se com uma maior percentagem de estudantes (30,9%), contudo a taxa de desemprego é maior nas mulheres (2,6%) (**Tabela 5**). Quanto ao rendimento líquido mensal do agregado familiar referenciado no Índice do Apoio Social (IAS) Português em 2020 (438,81€), a maioria dos inquiridos apresentava rendimentos superiores ou iguais a quatro vezes o valor do IAS (50,5%). Observaram-se diferenças significativas entre homens e mulheres ($p=0,024$), sendo que os homens apresentavam rendimentos superiores (**Tabela 5**).

A adesão à DM e os dados sobre o estilo de vida da amostra estudada são apresentados na **Tabela 6**. Relativamente aos fatores de estilo de vida, 81,2% dos participantes não têm hábitos tabágicos e não prática atividade física regular (59,6%). Além disso 39,8% dos indivíduos diz mesmo que nos seus tempos livres não pratica qualquer atividade que exija esforço. Em relação às horas de descanso por noite, 79,8% dorme mais de 6 horas, no entanto para a maioria dos inquiridos não é frequente realizar qualquer descanso adicional ao longo do dia (1,4%). No que diz respeito ao número de refeições diárias, 34,3% e 31,0% dos participantes realizam entre quatro ou cinco refeições. Observaram-se ainda diferenças significativas entre homens e mulheres, no que diz

respeito aos hábitos tabágicos ($p=0,005$) (26,6% homens e 15,8% mulheres) e a atividade física realizada durante o dia ($p=0,013$) (43,1% homens e 4,8% mulheres). A amostra feminina comparativamente à amostra masculina realiza mais refeições diárias, já que 70,2% referiu realizar entre quatro e cinco refeições ao dia, enquanto os homens referiram realizar três a quatro refeições (70%) ($p<0,001$). Quanto ao tempo que os participantes passam em contato com a família, amigos e natureza (64,7%, 35,3% e 30,2% respetivamente), respondeu estar frequentemente ou quase todo o tempo. Assim sendo, o género masculino (31,6%) passa mais tempo em contato com a natureza comparativamente ao género feminino (29,5%), já o mesmo não acontece com a família e amigos, são as mulheres que têm uma maior incidência (67,5% e 35,4%).

A amostra estudada apresentou uma média de 7,4 na escala de MEDAS. Observou-se ainda que o género feminino apresentava uma pontuação mais elevada na adesão à DM (mediana=8), em comparação com o género masculino (mediana=7) (**Tabela 6**). A **Figura 6** mostra a adesão à DM na amostra estudada ($N=490$) e classifica-a em três critérios consoante a pontuação obtida pelo MEDAS. Uma pequena dimensão da amostra (17,2%) poderia ser classificada como tendo uma adesão boa/muito boa (pontuação MEDAS >10), contudo a maioria dos participantes agrupa-se na adesão moderada/razoável (62,7%) apresentando uma pontuação MEDAS de 6 a 9. Com uma fraca adesão à DM determinou-se 20,1%, com pontuação MEDAS ≤ 5 .

O IMC, as patologias e as multipatologias estão expressas na **Tabela 7** que indica os dados de saúde que caracterizam a amostra estudada ($N=490$). Uma pequena percentagem dos indivíduos sofre de algum tipo de doença (23,2%) ou mesmo de várias patologias (3,5%) sendo as mulheres a terem uma maior incidência para sofrer de patologias (24,2%) ou mesmo de multipatologias (3,7%). A **Tabela 7** apresenta os valores de IMC de acordo com os critérios de (WHO, 2000) e a maioria dos indivíduos encontra-se dentro dos parâmetros normais de peso (62,7%). Observaram-se diferenças significativas entre géneros ($p<0,001$), a prevalência do excesso de peso foi notória nos homens (36,3%) enquanto as mulheres apresentaram valores mais baixos (18,5%), porém nos parâmetros da obesidade a prevalência foi maior entre as mulheres (11,3%) do que nos homens (8,9%).

Tabela 5 - Dados sociodemográficos da amostra estudada (N=490). Os resultados apresentam-se em percentagem e número de indivíduos (n) e a idade é expressa também em mediana, Intervalo Interquartil (II), média e desvio padrão (DP). As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Dados sociodemográficos	Total	Masculino	Feminino	p value ⁽¹⁾
Género (%/n)		28.5/139	71.5/349	
Idade				0.340
(mediana (II)/n)	34.0 (22.0) /490	29.0 (27.0)/139	36.0 (22.0) /349	
(média/DP)	36.5/13.6	36.0/15.3	36.6/12.8	
Idade em categorias (%/n)				
<35 anos	50.8/249	57.6/80	48.1/168	
35-54 anos	35.5/174	21.6/30	41.3/144	
≥ 55 anos	13.7/67	20.9/29	10.6/37	
Distrito de residência (%/n)				0.302
Lisboa	49.4/241	53.3/167	42.3/74	
Santarém	21.7/106	23.3/73	18.8/33	
Setúbal	8.0/39	11.5/36	1.7/3	
Leiria	6.8/33	7.0/22	6.3/11	
Outros distritos	14.1/69	4.8/15	30.9/54	
Estado civil (%/n)				0.115
Solteiro	46.9/230	53.2/74	44.4/155	
Casado/ relação de afeto	45.1/221	38.8/54	47.6/166	
Divorciado ou separado	7.1/35	7.2/10	7.2/25	
Viúvo	0.8/4	0.7/1	0.9/3	

Profissão (%/n)				0.000
<i>White collar</i>	25.1/87	19.7/51	40.9/36	
<i>Blue collar</i>	74.9/260	80.3/208	59.0/52	
Nível escolaridade (%/n)				0.025
Ensino Básico	3.5/17	5.0/7	2.9/10	
Ensino Secundário	26.5/130	37.4/52	22.3/78	
Licenciatura	42.9/210	30.2/42	47.9/167	
Mestrado	20.8/102	20.9/29	20.9/73	
Doutoramento	6.3/31	6.5/9	6.0/21	
Posição no mercado de trabalho (%/n)				0.003
Estudante	21.6/106	30.9/43	17.8/62	
Empregado	70.0/343	62.6/87	73.2/255	
Empregado parte do ano	2.9/14	1.4/2	3.4/12	
Desempregado	2.5/11	1.4/2	2.6/9	
Pensionista (por reforma e pensionista)	2.7/13	3.6/5	2.3/8	
Agregado familiar (%/n)				0.319
(média)	3			
1 a 2 pessoas	34.7/169			
3 a 4 pessoas	56.0/273			
Mais de 4 pessoas	9.2/45			

Rendimento líquido mensal (euros) (%/n)				0.024
<IAS ⁽²⁾	1.5/6	0.0/0	2.1/6	
≥IAS a 2x IAS	10.4/42	6.9/8	11.9/34	
≥2x IAS a 4x IAS	37.6/152	35.3/41	38.8/111	
≥4x IAS	50.5/204	57.8/67	47.2/135	

O tamanho da amostra não é o mesmo para todas as variáveis devido à falta de dados em diferentes variáveis (sexo: n= 488; idade, estado civil e nível de escolaridade: n= 490; distrito de residência: n=488; profissão, posição no mercado de trabalho, agregado familiar: n=487; rendimento líquido mensal: n=404). ⁽¹⁾ Realizaram-se testes *Mann-Whitney U* para avaliar as diferenças de género nas variáveis ordinais e de escala; os testes de qui-quadrado foram usados para variáveis nominais. As diferenças foram consideradas significativas quando valores de $p < 0,05$; ⁽²⁾ IAS: Indexante dos apoios sociais Português em 2020. (438,81 €).

Tabela 6 - Dados sobre o estilo de vida da amostra estudada (N=490). Os resultados apresentam-se em percentagem e número de indivíduos (n) e a pontuação MEDAS é expressa também em mediana, Intervalo Interquartil (II), média e desvio padrão (DP). As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negro.

Dados sobre o estilo de vida	Total	Masculino	Feminino	p value ⁽¹⁾
Pontuação do MEDAS				< 0.001
(mediana (II)/n)	7.0 (3.0)/490	7.0 (3.0)/139	8.0 (3.0)/349	
(média / (DP))	7.4/2.1	6.6/2.2	7.7/2.0	
Fumador (%/n)				0.005
Não fumador	81.6/400	73.7/101	84.7/299	
Fumador	18.4/90	26.3/36	15.3/54	
Atividade física durante o dia (%/n)				0.013
Normalmente passo o dia sentado	33.4/164	25.5/35	36.5/129	
Passo algum tempo em pé ou a andar	44.3/217	43.1/59	44.8/158	
Passo muito tempo a andar a pé ou faço esforço considerável	18.8/92	26.3/36	15.9/56	
Grande esforço físico	3.5/17	5.1/7	2.8/10	

Atividade física nos tempos livres (%/n)				0.488
Atividades que não requerem esforço físico	39.8/195	39.4/54	39.9/141	
Atividades ligeiras a moderadas algumas vezes por semana	34.5/169	31.4/43	35.7/126	
Pratico desporto e/ou atividades físicas intensas	25.7/126	29.2/40	24.4/86	
Frequência de atividade física ou desporto (%/n)				0.811
Não regular	59.6/291	59.0/82	59.9/209	
Regular	40.4/197	41.0/57	40.1/140	
Tempo em contato com a natureza (%/n)				0.468
Nunca ou ocasionalmente	33.8/166	31.7/44	34.9/122	
Algumas vezes	35.9/176	36.7/51	35.5/124	
Frequentemente ou quase todo o tempo	30.2/148	31.6/44	29.5/98	
Tempo em contato com a família (%/n)				0.132
Nunca ou ocasionalmente	13.5/66	19.0/26	11.3/40	
Algumas vezes	21.8/107	23.4/32	21.2/75	
Frequentemente ou quase todo o tempo	64.7/317	57.6/79	67.5/238	
Tempo em contato com os amigos (%/n)				0.733
Nunca ou ocasionalmente	24.7/121	28.5/39	23.2/82	
Algumas vezes	40.0/196	36.5/50	41.4/146	
Frequentemente ou quase todo o tempo	35.3/173	35.0/48	35.4/125	
Sono (%/n)				0.394
Menos de seis horas por noite	14.7/72	17.3/24	13.8/48	
Seis a sete horas por noite	45.1/221	38.1/53	47.9/167	
Sete a oito horas por noite	34.7/170	36.0/50	34.1/119	
Oito a dez horas por noite	5.1/25	7.9/11	4.0/14	

Mais de dez horas por noite	0.4/2	0.7/1	0.3/1	
Sesta (%/n)				0.502
Não	68.8/337	65.7/90	70.0/247	
Ocasionalmente	29.8/146	32.1/44	28.9/102	
Frequentemente	1.4/7	2.2/3	1.1/4	
Refeições diárias (%/n)				< 0.001
≤ 2	3.9/19	5.0/7	3.4/12	
3	21.0/103	33.6/47	16.0/56	
4	34.3/168	36.4/51	33.5/117	
5	31.0/152	16.4/23	36.7/128	
≥ 6	9.8/48	8.6/12	10.3/36	

O tamanho da amostra não é o mesmo para todas as variáveis devido à falta de dados em diferentes variáveis (MEDAS=490; fumador=490; atividade física durante o dia=490; atividade física nos tempos livres=490; frequência de atividade física ou desporto=488; tempo em contato com a natureza, família e amigos=490; sono e sesta=490; refeições diárias=490). ⁽¹⁾ Realizaram-se testes *Mann-Whitney U* para avaliar as diferenças de género nas variáveis ordinais e de escala; os testes de qui-quadrado foram usados para variáveis nominais. As diferenças foram consideradas significativas quando valores de $p < 0,05$).

Tabela 7 - Dados sobre o estado de saúde da amostra estudada (N=490). Os resultados apresentam-se em percentagem e número de indivíduos (n) e o IMC é expresso também em mediana, Intervalo Interquartil (II), média e desvio padrão (DP). As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Dados de saúde	Total	Masculino	Feminino	p value ⁽¹⁾
Doenças diagnosticadas (%/n)				0.382
Não	76.8/345	79.5/101	75.8/244	
Sim	23.2/104	20.5/26	24.2/78	
Multipatologias (%/n)				
Não	96.5/444	97.7/126	90.3/318	0.700
Sim	3.5/16	2.3/3	3.7/13	
IMC				< 0.001
(kg/m ²) (mediana (II)/n)	23.4 (5.2)/472	24.3 (4.7)/135	22.6 (5.1)/335	
(média/DP)	24.2/4.6	25.0/3.7	23.9/4.8	
Classes de IMC (%/n) ⁽²⁾				0.004
Baixo peso (<18,5)	3.0/14	0.7/1	3.9/13	
Normal [18,5; 24,9]	62.7/296	54.1/73	66.3/222	
Excesso de peso [25; 29,9]	23.5/111	36.3/49	18.5/62	
Obesidade (≥ 30)	10.8/51	8.9/12	11.3/38	

O tamanho da amostra não é constante devido à falta de dados em diferentes variáveis (doenças diagnosticadas=449; multipatologias=460; IMC=472).⁽¹⁾ Os testes de *Mann-Whitney U* foram realizados para avaliar as diferenças de género nas variáveis ordinais e de escala; testes de qui-quadrado foram usados para variáveis nominais (diferenças foram consideradas significativas quando valores de $p < 0,05$). ⁽²⁾ IMC calculado como peso (kg) / altura (m²) e as categorias de IMC foram definidas de acordo com (WHO, 2000).

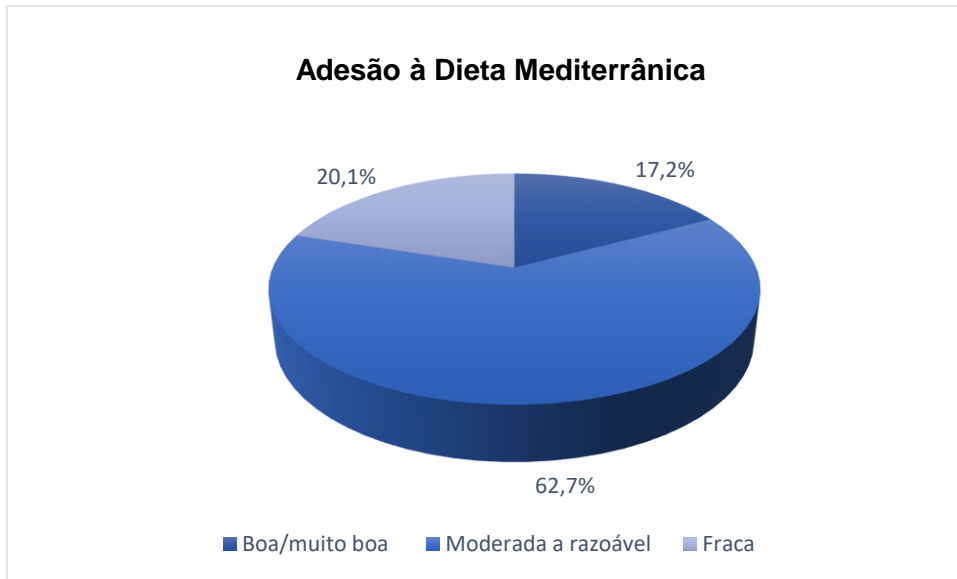


Figura 6 – Pontuação do MEDAS da amostra estudada (N=490).

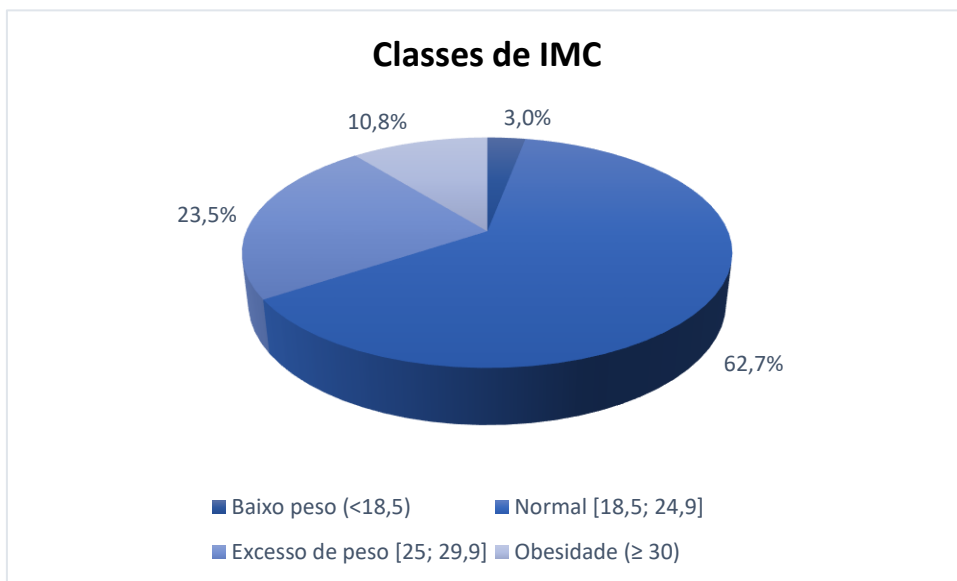


Figura 7 - Classes de IMC da amostra estudada (N=490)

Avaliação das variáveis que se correlacionam com adesão à Dieta Mediterrânica

A adesão à DM (pontuação do MEDAS) foi utilizada como variável dependente para explorar a sua relação com fatores sociodemográficos, de estilo de vida e de saúde recorrendo-se a correlações parciais não paramétricas com controlo de variáveis *confounders* (**Tabela 8**). Adicionalmente, o valor p foi ajustado pela correção de *Bonferroni* considerando-se assim, um valor de $p < 0,002$. As correlações significativas com o MEDAS foram observadas para o género ($p = 0,001$), situação profissional ($p = 0,002$), tempo em contacto com a Natureza ($p < 0,001$) e número de refeições por dia ($p < 0,001$) (**Tabela 8**). Assim, o género feminino, estar empregado, maior número de refeições diárias e mais tempo em contacto com a natureza, parecem estar positivamente associados a uma maior adesão à DM.

Tabela 8 - Correlações parciais não paramétricas dos dados sociodemográficos, saúde e estilo de vida com a adesão à Dieta Mediterrânica (pontuação MEDAS). As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Parâmetros	Pontuação MEDAS (valor de correlação/valor p) ⁽¹⁾
Sociodemográficos	
Género	0.157/ 0.001
Idade	0.169/0.085
Nível escolaridade	0.110/0.104
Estado civil	0.112/0.031
Agregado familiar	0.018/0.730
País de residência	0.020/0.672
Posição no mercado de trabalho	0.161/ 0.002
Profissão	0.002/0.969
Rendimento líquido mensal do agregado familiar	0.154/0.003
Saúde	
Doenças diagnosticadas	-0.023/0.627
Multipatologias	-0.038/0.411
IMC	-0.100/0.057
Estilo de vida	
Fumador	-0.051/0.323
Frequência de desporto ou atividade física	-0.079/0.129
Sono	-0.013/0.810
Sesta	-0.062/0.235
Tempo com a natureza	0.182/ 0.001
Tempo com a família	0.144/ 0.002
Tempo com os amigos	0.003/0.955
Refeições diárias	0.243/ 0.001

⁽¹⁾ Correlações controladas para *confounders*. As correlações são consideradas significativas quando $p < 0,002$ (ajustado pela correção de *Bonferroni*).

Avaliação das variáveis que se correlacionam com a prática de atividade física

As três perguntas utilizadas para avaliar a atividade física foram utilizadas separadamente como variáveis dependentes para explorar a sua associação com fatores sociodemográficos, de estilo de vida e de saúde. O valor p foi ajustado pela correção de *Bonferroni* considerando um valor de $p < 0,002$. Quanto à atividade física relacionada com atividades diárias (“Tipo de atividade que tem normalmente durante o dia”) foram identificadas diferenças significativas para o género, estando o género feminino associado a um menor nível de atividade diária ($p=0,002$); para o nível de escolaridade, com um nível mais elevado associado a menor atividade diária ($p=0,000$) e profissão, com profissões “colarinho branco” associadas a uma menor atividade diária ($p=0,001$) (**Tabela 9**). Relativamente à pergunta relacionada com atividade física nos tempos não foi identificada nenhuma correlação (**Tabela 10**). Quanto à prática de atividade desportiva ou atividade física intensa, foram observadas diferenças significativas na profissão, com profissões de “colarinho branco” associadas a uma maior frequência de prática de desporto ($p=0,001$) (**Tabela 11**).

Tabela 9 - Correlações parciais não paramétricas dos dados sociodemográficas, saúde e estilo de vida com o tipo de atividade tida durante o dia. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Parâmetros	Que tipo de atividade tem normalmente durante o dia (no trabalho, na escola, ou em casa). (valor de correlação/valor p) ⁽¹⁾
Sociodemográficos	
Gênero	-0.141/0.001
Idade	0.181/0.062
Nível escolaridade	-0.186/0.000
Estado civil	0.059/0.201
Agregado familiar	0.026/0.576
País de residência	0.020/0.672
Posição no mercado de trabalho	0.081/0.078
Profissão	-0.191/0.001
Rendimento líquido mensal do agregado familiar	-0.103/0.025
Saúde	
Doenças diagnosticadas	-0.032/0.491
Multipatologias	-0.022/0.635
Medicação	-0.021/0.653
IMC	-0.101/0.032
Estilo de vida	
Fumador	0.008/0.854
Sono	-0.061/0.186
Sesta	0.112/0.015
Tempo com a natureza	0.013/0.770
Tempo com a família	-0.042/0.359
Tempo com os amigos	-0.031/0.505
Refeições diárias	0.026/0.574

⁽¹⁾ Correlações controladas para confounders. As correlações são consideradas significativas quando $p < 0,002$ (ajustado pela correção de Bonferroni).

Tabela 10 - Correlações parciais não paramétricas dos dados sociodemográficas, saúde e estilo de vida com o tipo de atividade praticada nos tempos livres. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Parâmetros	Que tipo de atividade pratica nos tempos livres. (valor de correlação/valor p) ⁽¹⁾
Sociodemográficos	
Género	-0.055/0.223
Idade	0.061/0.182
Nível escolaridade	0.116/0.011
Estado civil	0.029/0.518
Agregado familiar	-0.065/0.152
País de residência	-0.026/0.5722
Posição no mercado de trabalho	0.086/0.059
Profissão	-0.104/0.023
Rendimento líquido mensal do agregado familiar	0.047/0.310
Saúde	
Doenças diagnosticadas	-0.031/0.501
Multipatologias	-0.047/0.301
Medicação	-0.063/0.166
IMC	0.008/0.863
Estilo de vida	
Fumador	-0.115/0.011
Sono	0.087/0.056
Sesta	0.005/0.905
Tempo com a natureza	0.059/0.192
Tempo com a família	-0.039/0.387
Tempo com os amigos	0.079/0.082
Refeições diárias	0.009/0.840

⁽¹⁾ Correlações controladas para *confounders*. As correlações são consideradas significativas quando $p < 0,002$ (ajustado pela correção de *Bonferroni*).

Tabela 11 - Correlações parciais não paramétricas dos dados sociodemográficas, saúde e estilo de vida com a prática de desporto ou atividade física intensa. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Parâmetros	Prática de desporto ou atividade física intensa. (valor de correlação/valor p) ⁽¹⁾
Sociodemográficos	
Género	0.024/0.599
Idade	0.024/0.608
Nível escolaridade	-0.012/0.785
Estado civil	0.001/0.974
Agregado familiar	-0.086/0.061
País de residência	0.040/0.385
Posição no mercado de trabalho	0.087/0.056
Profissão	0.176/0.001
Rendimento líquido mensal do agregado familiar	0.051/0.274
Saúde	
Doenças diagnosticadas	0.000/0.995
Multipatologias	0.039/0.398
Medicação	0.000/0.995
IMC	-0.009/0.847
Estilo de vida	
Fumador	-0.061/0.186
Sono	0.097/0.035
Sesta	-0.037/0.426
Tempo com a natureza	0.023/0.623
Tempo com a família	-0.020/0.662
Tempo com os amigos	0.066/0.149
Refeições diárias	-0.019/0.676

⁽¹⁾ Correlações controladas para *confounders*. As correlações são consideradas significativas quando $p < 0,002$ (ajustado pela correção de *Bonferroni*).

Caracterização da amostra do 2º inquérito

A **Tabela 12** traduz os dados sociodemográficos dos 206 participantes do 2º inquérito, realizado para avaliar a motivação individual para adotar um estilo de vida mais saudável. Dos 206 indivíduos de nacionalidade Portuguesa que participaram neste estudo, a maioria dos inquiridos eram do género feminino (73,2%) e os restantes 26,8% do género masculino. A média das idades centrou-se nos 32 anos, ainda assim este inquérito abrange uma amostra com idades entre os 18 e 61 anos, apresentado a maioria dos participantes idades compreendidas entre os 26–35 anos (38,3%). Com um menor índice de resposta encontram-se os indivíduos com idades >45 anos. Quanto à residência, a maior parte da amostra reside na área urbana, cidade grande (66%), seguidamente a área urbana, cidade pequena (28,2%) e os restantes residem em áreas rurais. No entanto, no que diz respeito à região, a zona centro obteve a maior representação (87,9%) seguindo-se a zona sul (10,2%), com o norte do país e as ilhas apresentando o menor número de respostas (0,5%).

Tabela 12 - Dados sociodemográficos da amostra do segundo inquérito (N=206).

	Total
Género (%/n)	
Feminino	73.2/150
Masculino	26.8/55
Idade	
(mediana (II)/n)	29.0 (14,0) /205
(média/ DP)	32.0/10.7
Idade em categorias (%/n)	
≤ 25 years	33.0/68
26-35 years	38.3/79
36-45 years	15.0/31
36-45 years	13.6/28
Área de Residência (%/n)	
Urbana, cidade grande	66.0/136
Urbana, cidade pequena	28.2/58
Rural	5.8/12
Zona de residência (%/n)	
Norte	1.5/3
Centro	87.9/181
Sul	10.2/21
Arquipélago da Madeira	0.5/1

II, intervalo interquartil; DP, desvio padrão

Avaliação da motivação individual para a adoção de comportamentos que proporcionam um estilo de vida mais saudável

A **Tabela 13** mostra que a maioria dos inquiridos afirmam que estariam dispostos a mudar os seus hábitos em prol de um estilo de vida mais saudável (83,0%). Apesar de haver diferença significativa em relação ao género, faixa etária e área de residência ($p>0,05$), o género masculino apresenta uma maior recetividade para a mudar os seus comportamentos (92,7%) comparativamente ao género feminino (79,3%).

Em relação às mudanças que os inquiridos identificaram como estando dispostos a realizar para melhorar a sua saúde e bem-estar, estes incidiram principalmente em “Melhorar os hábitos alimentares da DM” (81,6%), “Prática de atividade física” (65,0%) e “Dormir 7 a 8 horas por noite” (47,1%) (**Tabela 13**).

A **Figura 8** ilustra quais os hábitos que os inquiridos teriam disposição em alterar em benefício de um estilo de vida mais saudável. Com uma maior incidência “Melhorar hábitos alimentares da DM” (35,0%) e seguidamente a “Prática de atividade física” (28,0%). O género masculino apresenta uma escolha significativa ($p<0,050$) na variável “Ter outra função no trabalho” (9,1%) comparativamente ao género feminino (2,7%) (**Tabela 13**). A idade também revelou diferenças significativas ($p<0,05$) no que diz respeito à variável “Dormir 7 a 8 horas por noite”.



Figura 8 - Motivação individual de cada participante para um estilo de vida saudável - % de respostas

Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram observadas entre as classes de idade no que diz respeito aos parâmetros do “Dormir 7 a 8 horas por noite” e “Mudar de trabalho”, que envolveram maior número de participantes com idade entre 36 e 45 anos (71,0% e 29,0%, respetivamente) em comparação com todas as outras classes de idade (**Tabela 13**). A percentagem de alterações identificadas por participante relativamente a todas as opções, apresentou diferenças significativas ($p < 0,05$). O grupo de participantes com idade entre 36 e 45 anos também apresentou diferenças significativas ($p < 0,05$) (57,6%) uma percentagem menor do que as restantes faixas etárias (**Tabela 13**).

Relativamente aos hábitos alimentares característicos da DM que os indivíduos nomearam em prol de um estilo de vida mais saudável (**Figura 10 e 11**), a maioria optou pelo aumento do consumo diário de água (61,1%), reduzir o consumo de açúcar (55,1%) e aumentar o consumo de vegetais e leguminosas (50,9%) (**Tabela 14**). As mudanças nos hábitos alimentares foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) entre os géneros, uma vez que os homens optaram por alterar comportamentos como o aumento do consumo de fruta fresca e frutos secos, reduzir o consumo de carnes vermelhas e de manteigas e por fim aumentar o consumo de cereais integrais” (62,5%, 42,5%, 32,5% e 30,0%, respetivamente) e em comparação com as mulheres (42,1%, 23,8%, 15,9% e 13,5%) (**Tabela 14**). A média de resposta por participante foi de 61,2% ($p < 0,05$), observando-se também que as mulheres revelam uma média de resposta maior (63,7%) do que os homens (53,9%).

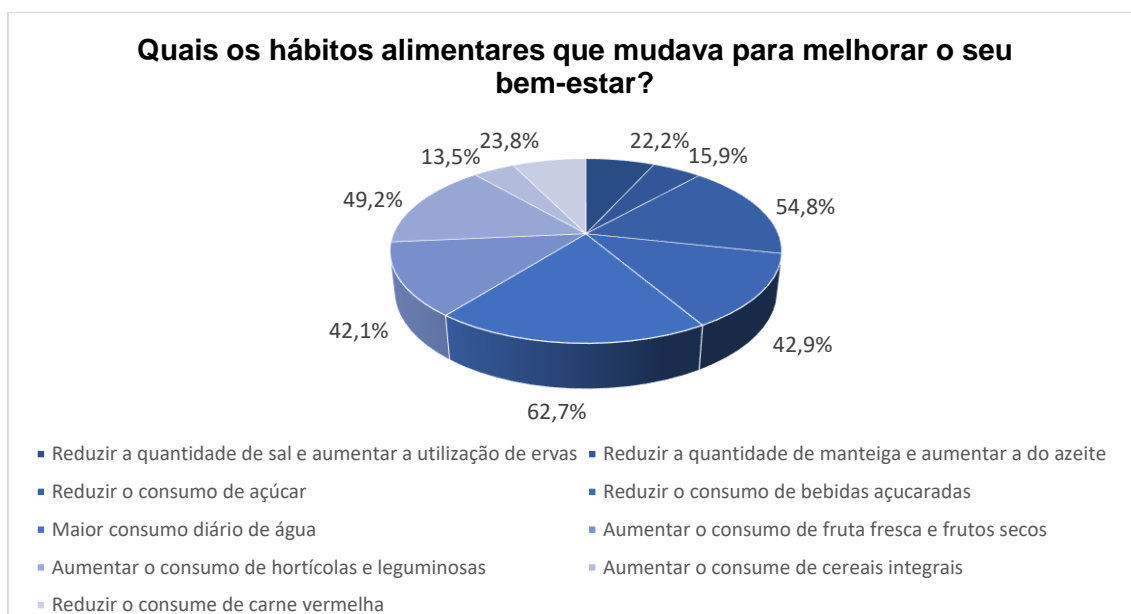


Figura 9 – Os comportamentos alimentares que o género feminino mudava em prol de um estilo de vida mais saudável.

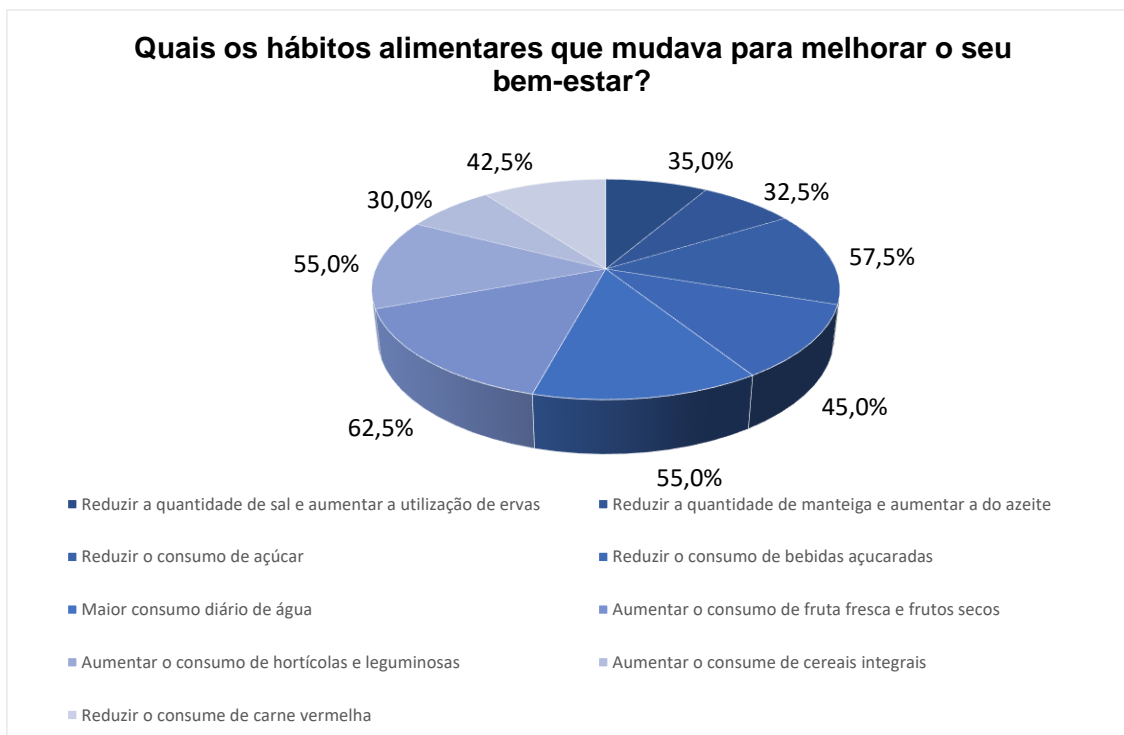


Figura 10 - Os comportamentos alimentares que o género masculino mudava em prol de um estilo de vida mais saudável.

Caracterização de fatores externos que influenciam a mudança comportamentos para um estilo de vida mais saudável

No que concerne aos fatores que influenciam a motivação para um estilo de vida saudável, os participantes identificaram o “Ter mais tempo na rotina” (68,0%), “Ter mais apoio de profissionais de saúde” (25,2%) e “Ajuda de amigos ou familiares” (17,5%). Os indivíduos que vivem nas cidades grandes apresentaram o maior índice de respostas no parâmetro “Ter mais tempo na sua rotina” para ter uma vida mais saudável (45%), no entanto a informação disponibilizada e o apoio dos profissionais de saúde são parâmetros importantes para a amostra estudada no que diz respeito aos fatores que podem influenciar esta mudança (**Tabela 14**). A média de respostas escolhida relativamente às opções apresentadas, foi de 69,5%.

Após análise dos valores percentuais escolhidos pelos participantes de todas as questões de resposta múltipla, para as quais foram apresentados fatores externos que ajudam a promover mudanças, acabar com o consumo de tabaco teve o maior valor percentual (73,9%), seguindo-se as questões alimentares com 71,3%, a atividade física (68,5%) e as condições de trabalho (61,3%). Em relação ao consumo do tabaco, 25,2% dos inquiridos apresentam hábito tabágicos, sendo que as “Consulta médica para cessação tabágica em centros de saúde”, o “Diagnóstico precoce da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)” e a “Comparticipação de medicação para cessação

tabágica” foram os fatores escolhidos por cada fumador como sendo a ajuda que necessitaria para mudar este comportamento (42,3%, 38,5% e 26,9%, respetivamente) (**Tabela 14**). As mulheres apresentam diferenças significativas comparativamente aos homens ($p < 0,05$). A média de respostas por participante apresenta diferenças significativas ($p < 0,05$), no género feminino (77,1%) mais do que nos homens (65,3%) (**Tabela 14**). Em relação à prática da atividade física os indivíduos determinaram qual seria a melhor forma de incluir o desporto na sua rotina diária, a **figura 11** as escolhas da amostra estudada. O tempo é sempre o parâmetro mais relevante quando falamos em mudar comportamentos ou mesmo adaptar uma mudança na rotina, pois mais uma vez os indivíduos escolheram ao opção “Ter mais tempo” (62,6%) como sendo o fator de destaque para incluir a prática de atividade física no dia a dia; seguidamente o “Acesso a atividades desportivas gratuitas” (33%) e também “Locais destinados à prática de atividades físicas junto as áreas de residência” (29,6%).

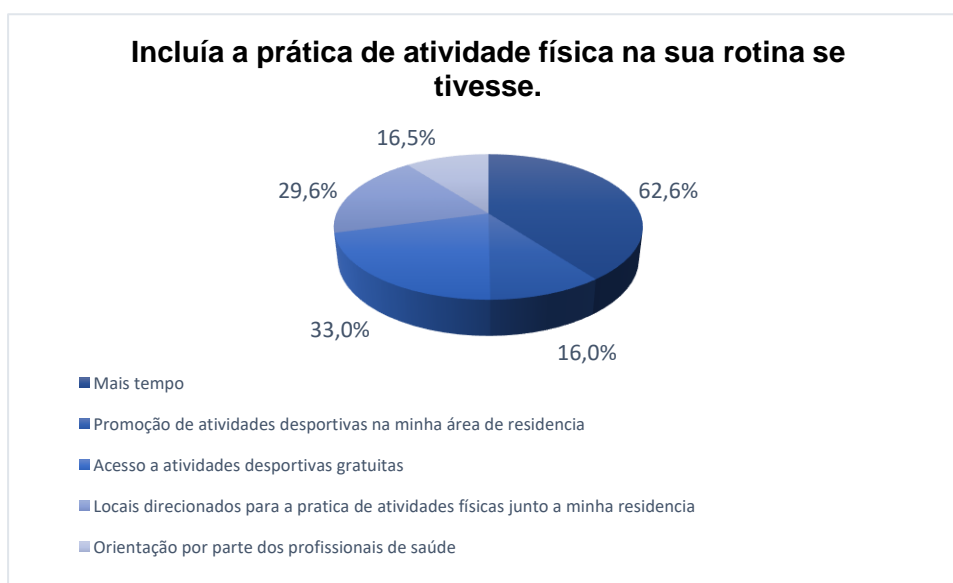


Figura 11 - Os parâmetros que influenciam a prática da atividade física na rotina da amostra estudada (N=206).

Relativamente ao local de trabalho a amostra é uniforme, as mudanças que ajudariam os inquiridos a melhorar o seu bem-estar seria o “Reconhecimento” e o “Ambiente Calmo” (54,4% e 48,5%, respetivamente).

Conhecimentos sobre alimentação da amostra estudada

A **Tabela 15** mostra o conhecimento da amostra estudada para o conceito DM, onde 63,1% afirma conhecer este padrão alimentar, sendo o género masculino a ter um maior conhecimento do assunto (63,6%). Observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) entre géneros quanto à facilidade em interpretar os rótulos dos produtos alimentares. Efetivamente 24,3% das mulheres responderam que têm problemas na interpretação, 22,0% responderam que não e 55,3% por vezes, quando comparadas com os homens (27,3%, 36,4% e 36,4%). Em relação à preocupação em ler os rótulos dos produtos alimentares consumidos, os indivíduos por vezes têm esse cuidado, tanto as mulheres como os homens (56,7% e 41,8%, respetivamente). Mesmo assim uma grande maioria afirma que não têm qualquer preocupação relativamente a este assunto (27,3% mulheres e 41,8% homens).

Tabela 13 – Motivação geral dos participantes para a promoção de um estilo de vida saudável por género, idade e área de residência. As diferenças significativas (p <0,05) estão marcadas em negrito e as respostas mais frequentes a sublinhado. Os resultados apresentam-se em percentagem, número de indivíduos (n) as respostas selecionadas por cada participante são expressas também em mediana, Intervalo Interquartil (II), média e desvio padrão (DP).

	Total	Género			Idade				Área de residência				
		Feminino	Masculino	p-value	< 26 anos	26-35 anos	35-45 anos	> 45 anos	p-value	Cidade grande	Cidade pequena	Rural	p-value
Estaria disposto a melhorar o seu bem-estar e o da comunidade implementando hábitos para um estilo de vida mais saudável? (%/n)				0.073					0.993				0.478
<u>Sim</u>	83.0/171	79.3/119	92.7/51		83.3/55	84.0/68	80.6/25	81.5/22		8.9/110	89.7/52	75.0/9	
Não	1.0/2	1.3/2	0.0/0		1.5/1	1.2/1	0.0/0	0.0/0		1.5/2	0.0/0	0.0/0	
Nunca pensei nesse assunto	16.0/33	19.3/29	7.3/4		15.2/10	14.8/12	19.4/6	18.5/5		17.6/24	10.3/6	25.0/3	
Pessoalmente, o que é que gostaria de alterar para melhorar a sua saúde e o seu bem-estar? (%/n)													
<u>Prática de atividade física</u>	65.0/134	64.7/97	67.3/37	0.728	68.2/45	65.4/53	74.2/23	48.1/13	0.154	65.4/89	63.8/37	66.7/8	0.969
Deixar de fumar	22.3/46	22.7/34	21.8/12	0.897	15.2/10	23.5/19	29.0/9	29.6/8	0.414	23.5/32	15.5/9	41.7/5	0.119
<u>Dormir 7 a 8 horas por noite</u>	47.1/97	44.7/67	52.7/29	0.305	40.9/27	42.0/34	71.0/22	51.9/14	0.039	49.3/67	44.8/26	33.3/4	0.525
<u>Melhorar hábitos alimentares da DM</u>	81.6/168	84.7/127	72.7/40	0.051	84.8/56	77.8/63	87.1/27	81.5/22	0.178	81.6/111	81.0/47	83.3/10	0.982
Mudar de trabalho	13.6/28	14.7/22	10.9/6	0.488	10.6/7	9.9/8	29.0/9	11.1/3	0.007	12.5/17	15.5/9	16.7/2	0.812
Exercer outra função no trabalho	4.9/10	2.7/4	9.1/5	0.047	6.1/4	3.7/3	6.5/2	3.7/1	0.946	5.9/8	3.4/2	0.0/0	0.557
Outros	0.0/0	0.0/0	0.0/0	-	0.0/0	0.0/0	0.0/0	0.0/0	-	0.0/0	0.0/0	0.0/0	-
% respostas por participante (N)	206	155	55	0.832	66	81	31	27	0.007	136	58	12	0.682
(mediana/II)	71.4/14.3	71.4/14.3	71.4/28.6		71.4/14.3	71.4/28.6	57.7/28.6	71.4/28.6		71.4/14.3	71.4/28.6	71.4/14.3	
(média /DP)	66.5/14.9	66.6/14.4	66.5/16.3		67.7/12.4	68.3/14.5	57.6/15.0	67.7/18.4		66.0/14.7	68.00/15.2	65.5/16.6	

Pessoalmente o que é que gostaria de alterar para melhorar a sua saúde e o seu bem-estar? (%/n)													
Reduzir a quantidade de sal e aumentar a utilização de ervas	25.7/43	22.2/28	35.0/14	0.105	25.0/14	19.0/12	30.8/8	40.9/9	0.214	27.3/30	27.7/13	0.0/0	0.158
Reduzir a quantidade de manteiga e aumentar a do azeite	19.8/33	15.9/20	32.5/13	0.022	23.2/13	11.1/7	26.9/7	27.3/6	0.170	20.0/22	23.4/11	0.0/0	0.239
<u>Reduzir o consumo de açúcar</u>	55.1/92	54.8/69	57.5/23	0.761	60.7/34	57.1/36	53.8/14	36.4/8	0.266	59.1/65	44.7/21	60.0/6	0.238
Reduzir o consumo de bebidas açucaradas	43.1/72	42.9/54	45.0/18	0.812	57.1/32	38.1/24	34.6/9	31.8/7	0.070	46.4/51	40.4/19	20.0/2	0.248
Maior consumo diário de água	61.1/102	62.7/79	55.0/22	0.385	67.9/38	61.9/39	53.8/14	50.0/11	0.422	58.2/64	68.1/32	60.0/6	0.506
Aumentar o consumo de fruta fresca e frutos secos	47.3/79	42.1/53	62.5/25	0.024	41.1/23	46.0/29	57.7/15	54.5/12	0.475	48.2/53	44.7/21	50.0/5	0.908
<u>Aumentar o consumo de hortícolas e leguminosas</u>	50.9/85	49.2/62	55.0/22	0.523	55.4/31	50.8/32	53.8/14	36.4/8	0.494	52.7/58	46.8/22	50.0/5	0.791
Aumentar o consumo de cereais integrais	17.4/29	13.5/17	30.0/12	0.017	16.1/9	12.7/8	26.9/7	22.7/5	0.374	18.2/20	14.9/7	20.0/2	0.861
Reduzir o consumo de carne vermelha	28.7/48	23.8/30	42.5/17	0.022	39.3/22	17.5/11	26.9/7	36.4/8	0.055	27.3/30	29.8/14	40.0/4	0.684
% respostas por participante				0.039					0.221				0.283
(N)	167	126	40		56	36	26	22		110	47	10	
(mediana/(II))	66.7/22.2	66.7/22.2	66.7/41.7		55.6/33.3	66.7/22.2	66.7/22.2	72.2/44.4		66.7/33.3	66.7/22.2	66.7/27.8	
(média /)	61.2/22.7	63.7/20.2	53.9/28.3		57.1/20.6	65.1/21.3	59.4/24.9	62.6/28.0		60.3/22.4	62.2/24.6	66.7/15.7	

Tabela 14 - Fatores que influenciam a motivação dos participantes para a promoção de um estilo de vida saudável gênero, idade e área de residência. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito e as respostas mais frequentes a sublinhado. Os resultados apresentam-se em percentagem, número de indivíduos (n) as respostas selecionadas por cada participante são expressas também em mediana, Intervalo Interquartil (II), média e desvio padrão (DP).

	Total	Gênero			Idade				Área de residência				
		Feminino	Masculino	p-value	< 26 anos	26 a 35 Anos	35 a 45 Anos	> 45 anos	p-value	Cidade grande	Cidade pequena	Rural	p-value
O que lhe facilitaria implementar hábitos que levassem à um maior bem-estar? (%/n)													
<u>Ter mais tempo na sua rotina</u>	68.0/140	67.3/101	69.1/38	0.811	60.6/40	76.5/62	71.0/22	55.6/15	0.142	74.8/101	56.1/32	58.3/7	0.025
<u>Ajuda de amigos ou familiares</u>	17.5/36	16.0/24	20/11	0.500	24.2/16	14.8/12	9.7/3	18.5/5	0.402	17.8/24	19.3/11	8.3/1	0.675
Ter mais informação sobre o assunto	16.2/54	26.0/39	25.5/14	0.937	34.8/23	23.5/19	29.0/9	11.1/3	0.163	28.1/38	19.3/11	41.7/5	0.195
<u>Ter mais apoio de profissionais de saúde</u>	25.2/52	24.0/36	27.3/15	0.631	24.2/16	23.5/19	22.6/7	37.0/10	0.624	25.2/34	29.8/17	8.3/1	0.312
Ter apoio de um Life coach	15.5/32	17.3/26	10.9/6	0.261	24.2/16	12.3/10	12.9/4	7.4/2	0.162	14.1/19	21.1/12	8.3/1	0.386
% respostas por participante				0.993					0.098				0.217
(N)	206	150	55		66	81	31	27		136	58	12	
(mediana/II)	80.0/20.0	80.0/20.0	80.0/20.0		80.0/20.0	80.0/20.0	80.0/20.0	80.0/20.0		80.0/20.0	80.0/20.0	80.0/0.00	
(média /DP)	69.5/15.8	69.9/15.2	69.5/16.3		64.0/16.5	69.9/14.5	71.0/16.2	74.1/16.5		68.2/16.8	71.4/13.6	75.0/12.4	
Em relação aos hábitos alimentares o que o ajudaria à sua alteração? (%/n)													
<u>Ter mais acessibilidade a alimentos mais saudáveis e produzidos localmente</u>	48.5/100	44.0/66	60.0/33	0.042	50.0/33	45.7/37	51.6/16	48.1/13	0.827	49.3/67	50.0/29	33.3/4	0.552
Ter acesso a informação de qualidade sobre alimentos saudáveis	21.4/44	19.3/29	25.5/14	0.340	23.3/18	21.0/17	9.7/3	22.2/6	0.382	20.6/28	22.4/13	25.0/3	0.913
<u>Aumentar o conhecimento e compreensão sobre rótulos alimentares</u>	37.4/77	40.0/60	30.9/17	0.234	39.4/26	44.4/36	35.5/11	14.8/4	0.079	39.0/53	36.2/21	25.0/3	0.617
Melhorar o modo de atuação dos diferentes profissionais para que possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar	17.0/35	20.0/30	7.3/4	0.030	16.7/11	9.9/8	32.3/10	22.2/6	0.067	14.0/19	22.4/13	25.0/3	0.268
<u>Nutricionista</u>	33.5/69	33.3/50	32.7/18	0.935	39.4/26	33.3/27	29.0/9	25.9/7	0.643	36.8/50	24.1/14	41.7/5	0.193

Promover a inovação direcionado à área da promoção da alimentação saudável	14.6/30	17.3/26	4.4/7.3/4	0.071	16.7/11	12.3/10	22.6/7	7.4/2	0.487	13.2/18	17.2/10	16.7/2	0.752
				0.317					0.036				0.991
% respostas por participante (N)	206	150	55		66	81	31	27		136	58	12	
(mediana/II)	75.0/16.7	66.7/16.7	83.3/16.7		66.7/33.3	83.3/16.7	66.7/16.7	83.3/16.7		75.0/16.7	75.0/16.7	75.0/16.7	
(média/DP)	71.3/14.0	71.0/13.9	72.7/13.8		68.4/14.3	72.2/12.9	69.9/15.8	76.5/13.3		71.2/14.1	71.3/14.2	72.2/13.0	
Se todas as embalagens dos produtos alimentares prontos a consumir indicassem resumidamente as percentagens dos nutrientes, era benéfico para a sua escolha alimentar (%/n)				0.219					0.038				0.213
Sim	89.8/185	91.3/137	85.5/47		9.4/59	91.4/74	93.5/29	85.2/23		90.4/123	91.4/53	75.0/9	
Não	10.2/21	8.7/13	14.5/8		10.6/7	8.6/7	6.5/2	14.8/4		9.6/13	8.6/5	25.0/3	
Incluía a prática de atividade física na sua rotina se tivesse (%/n)													
Mais tempo	62.6/129	60.7/91	69.1/38	0.269	60.6/40	67.9/55	64.5/20	48.1/13	0.387	64.7/88	60.3/35	50.0/6	0.549
Promoção de atividades desportivas na minha área de residência	16.0/33	15.3/23	18.2/10	0.623	18.2/12	11.1/9	22.6/7	18.5/5	0.560	14.0/19	19.0/11	25.0/3	0.468
<u>Acesso a atividades desportivas gratuitas</u>	33.0/68	33.3/50	30.9/17	0.743	30.3/20	38.3/1	35.3/11	22.2/6	0.520	33.8/46	32.8/19	25.0/3	0.823
<u>Locais direcionados para a prática de atividades físicas junto a minha residência</u>	29.6/61	32.0/48	21.8/12	0.156	30.3/20	24.7/20	29.0/9	44.4/12	0.376	28.7/39	32.8/19	25.0/3	0.796
Orientação por parte dos profissionais de saúde	16.5/34	16.7/25	14.5/8	0.714	16.7/11	13.6/11	12.9/4	29.6/8	0.358	15.4/21	19.0/11	16.7/2	0.832
% respostas por participante (N)				0.803					0.783				0.397
(mediana/II)	206	150	55		66	81	31	27		136	58	12	
(média/DP)	80.0/20.0	80.0/20.0	80.0/20.0		80.0/20.0	80.0/20.0	60.0/20.0	80.0/20.0		80.0/20.0	80.0/20.0	80.0/15.0	
	68.5/15.9	68.4/16.1	69.1/15.4		68.8/15.3	68.9/16.4	67.1/14.2	67.4/18.5		68.7/15.9	67.2/15.8	71.7/18.0	
Tabagismo (%/n)				0.986					0.205				0.314
Fumadores	25.2/52	25.3/38	25.5/14		21.2/14	22.2/18	35.5/11	29.6/8		22.8/31	27.6/16	41.7/5	
Não fumadores	74.8/154	74.7/112	74.5/41		78.8/52	77.8/63	64.5/20	70.4/19		77.2/105	72.4/42	58.3/7	
O que ajudaria a deixar de fumar (%/n)													
<u>Comparticipação de medicamentos para deixar de fumar</u>	26.9/14	23.7/5	35.7/9	0.437	28.6/4	27.8/5	18.2/2	37.5/3	0.865	32.3/10	18.8/3	20.0/1	0.573
	42.3/22	42.1/6	42.9/16	0.960	42.9/6	33.3/6	54.5/6	50.0/4	0.699	48.4/15	37.5/6	20.0/1	0.440

<u>Consultas cessação tabágica nos centros de saúde Medical a</u>	17.3/9	13.2/4	28.6/5	0.223	21.4/3	27.8/5	9.1/1	0.0/0	0.413	16.1/5	12.5/2	40.0/2	0.352
Rastreios de cessação tabágica	23.1/12	18.4/5	35.7/7	0.232	28.6/4	27.8/5	18.2/2	12.5/1	0.842	19.4/6	25.0/4	40.0/2	0.582
Campanhas nacionais de sensibilização	38.5/20	36.8/6	42.9/14	0.736	42.9/6	33.3/6	54.5/6	25.0/2	0.600	38.7/12	43.8/7	20.0/1	0.634
<u>Diagnóstico precoce de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)</u>	15.4/8	10.5/4	28.6/4	0.131	7.1/1	22.2/4	8.7/18.2/2	0.0/0	0.078	5.2/9.7/3	18.8/3	40.0/2	0.198
Taxação crescente de todos os produtos de tabaco	19.2/10	15.8/4	28.6/6	0.335	21.4/3	16.7/3	17.4/36.4/4	0.0/0	0.362	22.6/7	18.8/3	0.0/0	0.492
Alargamento de áreas com o consumo de tabaco interdito				0.039					0.409				0.945
% respostas por participante	52	38	14		14	18	11	8		31	16	5	
(N)	85.7/25.0	85.7/14.3	71.4/42.9		71.4/28.6	85.7/28.6	71.4/28.6	85.7/10.7		85.7/28.6	85.7/25.0	71.4/21.4	
(mediana/II)	73.9/15.4	77.1/12.2	65.3/20.0		72.5/14.3	73.0/16.2	70.1/19.6	82.1/6.6		73.3/16.8	75.0/14.3	74.3/12.0	
(média/DP)													
Em questões de trabalho qual das seguintes hipóteses ajudaria no seu bem-estar (%/n)													
Promoção	15.5/32	13.3/20	20.0/11	0.238	16.7/11	13.6/11	12.9/4	22.2/6	0.815	14.7/20	19.0/11	8.3/1	0.587
<u>Reconhecimento</u>	54.4/112	52.7/79	60.0/33	0.350	53.0/35	53.1/43	64.5/20	48.1/13	0.618	55.1/75	53.4/31	50.0/6	0.930
<u>Componentes económicas</u>	42.2/87	40.7/61	47.3/26	0.396	40.9/27	44.4/36	41.9/13	40.7/11	0.915	41.9/57	41.4/24	50.0/6	0.852
<u>Ambiente calmo</u>	48.5/100	46.0/69	54.5/30	0.278	56.1/37	42.0/34	51.6/16	48.1/13	0.412	48.5/66	46.6/27	58.3/7	0.759
Relações sociais entre colegas favoráveis	33.0/68	32.7/49	34.5/19	0.800	40.9/27	27.2/22	32.3/10	33.3/9	0.460	34.6/47	31.0/18	25.0/3	0.742
% respostas por participante				0.128					0.466				0.972
(N)	206	150	55		66	81	31	27		136	58	12	
(mediana/II)	60.0/40.0	60.0/20.0	60.0/40.0		60.0/40.0	60.0/20.0	60.0/40.0	80.0/40.0		60.0/40.0	60.0/25.0	70.0/35.0	
(média/DP)	61.3/21.7	62.9/20.5	56.7/24.6		58.5/22.3	64.0/19.9	59.4/23.4	61.5/24.1		61.0/22.1	61.7/20.6	61.7/24.8	

Tabela 15 – Conhecimentos sobre alimentação por género, idade e área de residência. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito e as respostas mais frequentes a sublinhado. Os resultados apresentam-se em percentagem, número de indivíduos (n) as respostas selecionadas por cada participante são expressas também em mediana, Intervalo Interquartil (II), média e desvio padrão (DP).

	Total	Género			Idade					Área de residência			
		Feminino	Masculino	p-value	< 26 anos	26 a 35 anos	35 a 45 anos	> 45 anos	p-value	Cidade grande	Cidade pequena	Rural	p-value
Conhece o conceito de Dieta Mediterrânica? (%/n)	63.1/130	62.7/94	63.6/35	0.899	59.1/39	69.1/56	48.4/15	74.1/20	0.103	62.5/85	62.1/36	75.0/9	0.678
Sim	36.9/76	37.3/56	36.4/20		40.9/27	30.9/25	51.6/16	25.9/7		37.5/51	37.9/22	25.0/3	
Quando compra alimentos a sua escolha tem por base (%/n)													
Preço	23.9/49	23.5/35	23.6/13		27.3/18	23.8/19	19.4/6	22.2/6		21.5/29	31.0/18	16.7/2	
Qualidade	19.0/39	16.8/25	23.6/13	0.983	21.2/14	16.3/13	22.6/7	18.5/5	0.891	20.7/28	15.5/9	16.7/2	0.301
Relação qualidade/preço	79.5/163	81.2/121	76.4/42	0.264	81.8/54	80.0/64	77.4/24	74.1/20	0.894	80.0/108	75.9/44	91.7/11	0.682
Benefícios para a saúde	39.0/80	36.9/55	43.6/24	0.444	34.8/23	35.0/28	51.6/16	48.1/13	0.901	40.0/54	39.7/23	25.0/3	0.453
Sustentabilidade do meio ambiente	9.5/19	8.7/13	10.9/6	0.382	9.1/6	5.0/4	9.7/3	22.2/6	0.322	8.1/11	12.1/7	8.3/1	0.590
				0.634					0.124				0.686
% respostas por participante (N)	206	149	55	0.274	66	80	31	27	0.430	135	58	12	0.709
(mediana/II)	60.0/20.0	80.0/20.0	60.0/20.0		60.0/20.0	80.0/20.0	60.0/20.0	60.0/20.0		60.0/20.0	60.0/20.08	80.0/35.0	
(média/SD)	65.9/16.0	66.6/16.0	64.4/15.7		65.2/17.3	68.0/14.4	63.9/15.9	63.0/17.3		65.9/15.7	65.2/16.6	68.3/18.0	
Têm dificuldades em interpretar os rótulos dos alimentos (%/n)													
Sim	24.3/50	22.7/34	27.3/15	0.040	21.2/14	22.2/18	32.3/10	29.6/8	0.471	21.3/29	32.8/19	16.7/2	0.279
Não	25.7/53	22.0/33	36.4/20		30.3/20	30.9/25	12.9/4	14.8/4		27.2/37	19.0/11	41.7/5	
Por vezes	50.0/103	55.3/83	36.4/20		48.5/32	46.9/38	54.8/17	55.6/15		51.5/70	48.3/28	41.7/5	
Têm alguma preocupação em ler os rótulos dos alimentos que escolhe para consumo diário (%/n)													
Sim	16.5/34	16.0/24	16.4/9	0.111	12.1/8	23.5/19	9.7/3	11.1/3	0.072	19.1/26	13.8/8	0.0/0	0.366
Não	31.1/64	27.3/41	41.8/23		39.4/26	25.9/21	22.6/7	37.0/10		27.9/38	36.2/21	41.7/5	
Por vezes	52.4/108	56.7/85	41.8/23		48.5/32	50.6/41	67.7/21	51.9/14		52.9/72	50.0/29	58.3/7	

Capítulo V

Discussão

5. Discussão

Adesão à Dieta Mediterrânica

Observou-se uma correlação significativa ($p < 0,001$) da adesão à DM com o género, tempo com a natureza e o número de refeições realizadas diariamente, no entanto a posição no mercado de trabalho e tempo com a família também apresentou valores significativos ($p < 0,002$) (**Tabela 8**).

No que diz respeito à adesão à DM da amostra estudada ($N=490$), verificou-se que 20,1% dos participantes apresentavam uma adesão fraca ($MEDAS \leq 5$), 62,7% moderada a razoável ($MEDAS$ de 6 a 9) e 17,2% ($MEDAS > 10$). Os resultados do presente estudo destacam diferenças significativas na DM entre géneros, com as mulheres apresentando uma média/DP superior à dos homens ($7,7 \pm 2,0$ para mulheres e $6,6 \pm 2,2$ para homens; $p < 0,001$). Gregório, et al., (2018) que estudou a adesão à DM numa amostra Portuguesa ($N=5653$), 86,9% dos participantes apresentou uma fraca adesão. Um estudo nacional de uma amostra feminina Portuguesa ($N=10.153$) mostrou que as mulheres têm uma predisposição elevada para adotar um estilo de vida mais saudável, caracterizado pelo alto consumo de frutas e vegetais e baixo consumo de carnes (Gregório, et al., 2017). Um dos estudos realizados pela DGS que avaliou a adesão à DM, 26% da população portuguesa apresenta uma elevada adesão. Assim, a maioria dos portugueses não segue este padrão alimentar. Dentro dos alimentos com maior percentagem de consumo, podem ser destacados as leguminosas (69% com um consumo inferior a 3 vezes por semana), os hortícolas (52% com um consumo inferior a 2 porções por dia), a fruta (61% com um consumo inferior a 3 porções por dia) e os frutos secos oleaginosos (61% com um consumo inferior a 3 porções por semana) (Gregório, Sousa, Chkoníya, & Graça, 2020). Mohtadi, et al., (2020) que avaliou a adesão à DM numa amostra de adultos na Cidade de Casablanca relacionada com os parâmetros sociodemográficos e de estilo de vida. Os homens têm uma dieta mais próximo da DM comparativamente às mulheres. A alta adesão foi caracterizada pela elevada ingestão de vegetais, frutas, leguminosas, peixe, cereais, azeite e baixo consumo de carnes e laticínios. Ao contrário, Patino-Alonso, et al., 2014 e Sánchez-Villegas, Martínez, Irala, & Martínez-González, (2002) revelam que a adesão à DM é mais elevada no género feminino do que no masculino. De acordo com Marques-Vidal, et al., (2015) as mulheres e os idosos seguem os hábitos alimentares de uma dieta mais saudável em comparação aos homens e aos jovens. Segundo Naska & Trichopoulou, (2014) as gerações mais jovens apresentam um afastamento ao padrão alimentar tradicional e aproximam-se da dieta ocidental. Bárbara & Ferreira-Pêgo, (2020) que

estudou uma amostra de 97 estudantes portugueses que frequentavam universidades da região de Lisboa, 64,90% dos quais viviam com os pais e 35,10% eram deslocados. Os resultados mostram que estudantes que começam a frequentar a faculdade pode levar a mudanças na dieta, especialmente em alunos deslocados. Aferiu-se que nestes mesmos alunos, ao contrário dos estudantes que ainda coabitam com os pais têm um menor consumo de peixe e um aumento de *fast food* e legumes. Em concordância, o estudo de Lupi, et al., (2015) os alunos que viviam com os pais consumiam mais peixes do que os estudantes deslocados, quanto aos outros alimentos mencionados acima, nomeadamente legumes e *fast food* não houve diferenças significativas entre alunos deslocados e não deslocados. Ferreira-Pêgo, Rodrigues, Costa, & Sousa, (2019) que avaliou a adesão à DM numa amostra estudantes universitários (N=305) os indivíduos do género masculino apresentaram uma adesão significativamente menor (média:6,46) em relação às mulheres (média:7,06). Assim sendo, 29% do total da amostra apresentou fraca adesão à DM enquanto 59% uma adesão moderada e apenas 12,5% uma alta adesão, avaliação com base no questionário MEDAS.

Cavaliere, De Marchi, & Banterle, (2018) estudou a relação entre o estilo de vida (comportamentos saudáveis e ambientalmente sustentáveis), estatuto socioeconómico (nível de escolaridade e rendimento) e o nível de adesão à DM numa amostra Italiana (N=42000), em 2012. Os resultados mostram que os indivíduos que praticam comportamentos saudáveis e ambientalmente sustentáveis apresentam um maior nível de adesão à DM. Para além disso, os comportamentos ambientais revelam uma maior associação comparativamente aos comportamentos saudáveis, isto pode acontecer devido ao sentido de responsabilidade e de consciencialização que cada pessoa têm com o meio ambiente. No que diz respeito a adesão à DM, a maioria da amostra (48%) apresenta uma pontuação MEDAS entre 16 e 20, 33,4% dos participantes apresenta uma pontuação inferior a esse intervalo, ainda assim, 18,4% dos participantes afasta-se da DM.

De acordo com estudos anteriores, a qualidade da dieta varia com o estatuto socioeconómico, de modo que a população mais desfavorecida têm tendências para ter escolhas alimentares desadequadas (Darmon & Drewnowski, 2008). O nível escolaridade esta associado a um diminuto conhecimento nutricional e uma inferior conscientização sobre questões relacionadas com à alimentação, já o baixo rendimento mensal afeta a escolha dos produtos alimentares adquiridos pelos consumidores, que compram pelo preço e não em termos de qualidade e variedade (Bonaccio, et al., 2012 e Bonaccio, et al., 2017). Tal evidência é apoiada pelos resultados do estudo desenvolvido por Cavaliere, De Marchi, & Banterle, (2018), indivíduos com maior

rendimento (0,26%, CR=9,28) e escolaridade (2,86%, CR=16,87) estão mais predispostos a seguir uma DM.

Benhammou, et al., (2016) comparou os hábitos alimentares de três populações mediterrâneas com diferentes culturas e estilos de vida, num total de 600 adultos (61,9% mulheres) entre 25 e 70 anos da Espanha, Marrocos e Palestina. As três populações evidenciaram uma adesão moderada à DM, com um *Mediterranean Diet Score* (MDS) médio de 12,4 em 24 pontos, comparativamente com a população da Palestina, a adesão à DM era 6,36 vezes maior na população espanhola e 3,88 vezes maior na população marroquina. No entanto, as diferenças encontradas entre as populações recaem na disponibilidade de alimentos e a sua forma de utilização. O baixo consumo de vegetais, peixe e laticínios pelos palestinos e a ausência de bebidas alcoólicas fermentadas na dieta alimentar na Palestina e Marrocos foram considerados um fator limitante para a adesão à DM (Benhammou, et al., 2016)

Observaram-se diferenças significativas na adesão à DM, de acordo com a posição no mercado de trabalho; e o tempo com a família também apresentou valores de ($p < 0,002$) (**Tabela 8**). Gregório, et al., (2017) observou uma maior prevalência de um estilo de vida mais saudável em trabalhadores comparativamente com desempregados (84,67% e 15,33% respetivamente). De acordo com Mohtadi, et al., (2020) o fato de ser casado foi positivamente associado a uma maior adesão à MD; os mesmos resultados foram fundamentados em outros países mediterrâneos (Papadaki, Wood, Sebire, & Jago, 2015 e Hu, et al., 2013). Por outro lado, outros estudos de EL Rhazi, et al., (2012) mostraram que indivíduos solteiros, divorciados e viúvos têm uma maior tendência para adotar uma dieta ocidental, isso pode estar relacionado com pessoas que têm famílias optarem por prepararem e comerem refeições em conjunto. O estudo realizado por Mohtadi, et al., (2020) revela que indivíduos com um elevado nível de escolaridade apresentam uma maior adesão à MD em comparação com indivíduos com níveis de escolaridade inferior. Contudo, a pesquisa realizada por González, et al., (2002) permite contrariar os resultados anteriormente descritos, não encontrando diferenças significativas para o nível educacional ($p=0,0851$), ainda que no que diz respeito à classe social tenham sido encontradas diferenças significativas ($p=0,0001$) associadas à adesão à DM. Os resultados do estudo indicam que as classes com níveis sociais mais baixos consomem mais cereais e menos vegetais, azeite, leite e produtos lácteos

A maioria dos estudos que avalia a adesão à DM identifica uma associação positiva a outros fatores sociodemográficos, como é o caso da idade. Sánchez-Villegas, Martínez, Irala, & Martínez-González, (2002) a população idosa apresenta maior adesão à DM

comparativamente às faixas etárias mais jovens, visto que tendem a manter os hábitos alimentares adquiridos durante a infância mostrando relutância face a alterações (Marques-Vidal, et al., 2015). No entanto, a associação entre a idade e uma maior adesão à DM também pode estar diretamente ligada a preocupação com a saúde que os indivíduos mais velhos têm comparativamente aos mais jovens, já que os primeiros são mais propensos a várias condicionantes de risco que podem surgir de uma dieta não saudável (Pérez-Farinós, et al., 2017 e Kenney & Gortmaker, 2017).

A DM além de ser uma dieta saudável coaduna-se também com um estilo de vida sustentável. No entanto, o afastamento da região Mediterrânica pode proporcionar alterações de hábitos alimentares característicos ainda assim, outra vertente que pode alterar a DM é a cultura do próprio país, podendo assim diminuir a adesão a este padrão (Marques-Vidal, et al., 2015). Uma vez que a adesão à DM resulta em melhorias na saúde, a variedade de estudos observacionais e experimentais é de extrema importância em diferentes países e em diferentes amostras populacionais. A falta de dados sobre a adesão à DM em Portugal reforça a relevância deste estudo.

Prática de atividade física na amostra estudada

O presente estudo permitiu avaliar a associação entre a DM e a prática de atividade física, ainda assim, foram efetuadas correlações entre outras variáveis, tais como, dados sociodemográficos, de estilo de vida e também de saúde. Assim sendo, observou-se diferenças significativas no género, profissão ($p < 0,001$) e com o nível de escolaridade ($p < 0,000$) para a variável (atividade praticada durante o dia) (**Tabela 9**). Relativamente à pergunta relacionada com atividade física nos tempos não foi identificada nenhuma correlação (**Tabela 10**). Quanto à prática de atividade desportiva ou atividade física intensa, foram observadas diferenças significativas na profissão ($p < 0,001$) (**Tabela 11**). Perez-Rodrigo, et al., (2015) estas diferenças entre géneros para a atividade física é notório, já que as mulheres são menos ativas fisicamente do que os homens. Sabia, et al., (2014) que avaliou a associação entre a prática de atividade física e os fatores sociodemográficos observou correlações, no género masculino, em jovens, grupos de maior rendimento, com profissões reconhecidas ($r=0,37$, IC 95%) e indivíduos com elevado grau académico.

O presente estudo não apresenta nenhuma associação entre a adesão à DM (**Tabela 8**) e as variáveis da atividade física [(atividade durante o dia ($p=0,073$), atividade nos tempos livres ($p=0,063$) e frequência da prática de atividade física ($p=0,731$)]. Revisão da literatura associa uma adesão à DM e a prática de atividade física com vantagens

para saúde. Estudos observacionais mostram uma redução de 10% nas doenças cardiovasculares (Tong, Wareham, Khaw, Imamura, & Forouhi, 2016) e um menor risco na mortalidade (8%) na adesão à DM (Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, & Casini, 2013; Tong, Wareham, Khaw, Imamura, & Forouhi, 2016 e Prinelli, et al., 2015). Knoop, et al., (2004) observou que um estilo de vida saudável combinado com a DM, reduz mais de 50% em todas as causas mortalidade. Prinelli, et al., (2015) que avaliou a associação entre a adesão à DM e fatores de estilo de vida, tais como, hábitos tabágicos, atividade física e o risco de mortalidade numa amostra Italiana (N=1693) durante um período de 20 anos. Os resultados mostraram que os indivíduos com alta adesão à DM, não fumadores e fisicamente ativos corriam menor risco de morte. Para além disso, indivíduos com uma alta ingestão de frutas tiveram uma redução de 30% do risco de mortalidade.

Filippidis, Tzavara, Dimitrakaki, & Tountas, (2011) que estudou uma amostra grega (N=1005, 483 homens, 522 mulheres) avaliando a adesão à DM e atividade física. No total, 54,1% dos homens e 45,3% das mulheres foram classificados como fisicamente ativos ($p=0,007$). A proporção de indivíduos fisicamente ativos diminuiu com a idade ($p<0,001$), quanto à prevalência de obesidade foi maior em mulheres (18,3%) do que em homens (14,3%, $p<0,001$). O género masculino apresentaram pontuações mais elevadas do que o género feminino na avaliação da adesão à DM (27,09% e 26,14%, $p<0,05$). A pontuação à adesão à DM aumenta consoante aumenta a idade dos participantes. Um estudo realizado na Austrália com uma amostra de 41513 participantes, com idades entre 40 e 69 anos, durante 5 anos sustentou a hipótese que a regular prática de atividade física e a alta adesão à DM reduz o risco de morte (Williamson, et al., 2019).

Motivação individual para alterações comportamentais que proporcionam um estilo de vida mais saudável

A maioria dos inquiridos afirmaram que estariam dispostos a mudar os seus hábitos, em prol de um estilo de vida mais saudável (83,0%). Em relação às mudanças comportamentais, estas incidiram principalmente em “melhorar os hábitos alimentares da DM” (81,6%), “prática de atividade física” (65,0%) e “dormir 7 a 8 horas por noite” (47,1%). Relativamente aos hábitos alimentares característicos da DM (**Figura 10 e 11**) a maioria dos indivíduos, optou pelo aumento do consumo diário de água (61,1%), reduzir o consumo de açúcar (55,1%) e aumentar o consumo de vegetais e leguminosas (50,9%) (**Tabela 14**).

Após análise dos valores percentuais escolhidos pelos participantes de todas as questões de resposta múltipla, para as quais foram apresentados fatores externos que ajudam a promover mudanças, acabar com o consumo de tabaco teve o maior valor percentual (73,9%), seguindo-se as questões alimentares com 71,3%, a atividade física (68,5%) e as condições de trabalho (61,3%). Em relação ao consumo DE tabaco, 25,2% dos inquiridos apresentam hábito tabágicos, sendo que “consulta médica para cessação do tabagismo em centros de saúde”, o “diagnóstico precoce da DPOC” e a “comparticipação de medicação para cessação tabágica” foram os fatores escolhidos por cada fumador como sendo a ajuda necessária para mudar este comportamento (42,3%, 38,5% e 26,9%, respetivamente) (Tabela 14).

O tempo é sempre o fator mais relevante quando falamos em mudar comportamentos ou mesmo adaptar uma mudança na rotina, porém os parâmetros “ter mais apoio de profissionais de saúde” e “ajuda de amigos ou familiares” também são importantes para os inquiridos na influência para um estilo de vida saudável.

As melhorias na dieta não são possíveis sem mudanças no comportamento diário de cada, contudo, também é influenciada por comportamentos de outros intermediários, tais como, profissionais de saúde, professores, agricultores, religião e cultura, que coletivamente influenciam direta ou indiretamente a alimentação. As evidências mostram que as pessoas podem mudar os seus comportamentos para melhorar os resultados nutricionais, especialmente quando o ambiente em que vivem e trabalham apoia essas mudanças (USAID, 2017).

(Eriksson, et al., 2010 e Johnson, Scott-Sheldon, & Carey, 2010) observaram que as mudanças comportamentais têm tido um efeito positivo na saúde e na diminuição de comportamentos de risco. Embora os indivíduos digam que estão preocupados com a sua alimentação e estejam recetivos em seguir uma dieta saudável, e que reconhecem todos os benefícios que a mesma trás para a saúde, esse conhecimento nem sempre se traduz em comportamentos alimentares saudáveis ou motiva mudanças de comportamentais (Borra, Kelly, Tuttle, & Neville, 2001)

(Cradock, et al., 2021) revela que uma amostra de adolescentes expressaram intenções ou esforços para adotar mudanças na sua dieta e na prática de atividade física em prol de um estilo de vida saudável, reconhecendo o envolvimento necessário para o sucesso. No entanto, afirmam que os seus comportamentos são igualmente influenciados por fatores externos, tais como, as redes sociais, acesso imediato a alimentos menos saudáveis e mais baratos.

Um estudo desenvolvido refere que a recetividade quanto à mudança de comportamentos na dieta, praticada no género masculino, recai na preferência errada por alimentos que, na maioria das vezes, não são saudáveis. Já as mulheres descrevem a falta de tempo, o cansaço e a forte influência dos maridos e filhos como a causa para preparação de refeições menos saudáveis. Quanto à introdução da atividade física na sua rotina, os homens e as mulheres identificaram o trabalho e os compromissos familiares como sendo a principal causa para a falta de atividade física praticada diariamente (Strong, et al., 2016).

Em geral, existem poucos dados publicados, assim, é importante referir que o estudo sobre a motivação para a mudança comportamental, tem um peso bastante significativo e a sua continuidade é indiscutível na investigação.

Capítulo VI

Considerações Finais

6. Considerações Finais

A DM é reconhecida em todo o mundo como sendo um dos padrões alimentares mais saudáveis, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade associada a várias doenças crônicas (Altomare, et al., 2013 e Teixeira, et al., 2019).

Este estudo, mostra uma adesão moderada à DM (62,7%), porém, 20,1% dos inquiridos apresentou uma fraca adesão e apenas 17,2% uma alta adesão a este padrão. As correlações significativas com o MEDAS foram observadas para o género ($p=0,001$), situação profissional ($p=0,002$), tempo em contacto com a Natureza ($p<0,001$) e número de refeições por dia ($p<0,001$). Assim, o género feminino, estar empregado, maior número de refeições diárias e mais tempo em contacto com a natureza, parecem estar, positivamente, associados a uma maior adesão à DM. Quanto à atividade física, a amostra estudada apresenta um índice de sedentarismo elevado, isto é, reflete nos valores de IMC dos participantes, pois 34,3% apresentam excesso de peso. Verificou-se uma maior prática de atividade física nos participantes que têm um grau académico, que são do género masculino e que a sua profissão se enquadra dentro da caracterização “colarinho azul”. Quanto à associação entre a DM e a atividade física, não se verificou nenhuma correlação, valores de $p>0,002$. A literatura associa uma adesão à DM e a prática de atividade física com vantagens para a saúde. Estudos observacionais mostram uma redução de 10% nas doenças cardiovasculares (Tong, Wareham, Khaw, Imamura, & Forouhi, 2016) e um menor risco na mortalidade (8%) na adesão à DM (Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, & Casini, 2013; Tong, Wareham, Khaw, Imamura, & Forouhi, 2016 e Prinelli, et al., 2015). (Knoops, et al., 2004) observou que um estilo de vida saudável combinado com a DM, reduz mais de 50% em todas as causas de mortalidade.

No 2º inquérito que avaliou a motivação dos participantes, para alterar comportamentos em prol de um estilo de vida mais saudável, os parâmetros que suscitaram uma maior recetividade foi “melhorar os hábitos alimentares da DM” (81,6%) e “a prática de atividade física” (65,0%), os fatores que mais dificultam as mudanças comportamentais incidem principalmente no “ter mais tempo na rotina”.

Conclui-se, com o estudo, que a população TEM vindo a perder os hábitos alimentares da DM, para um padrão Ocidental (Borba, 2017). A DM é um dos padrões alimentares que mais beneficia a saúde e a qualidade de vida (Koloverou, Esposito, Giugliano, & Panagiotakos, 2014) devido à sua associação com a prevenção de doenças (Trichopoulou, Bamia, & Trichopoulos, 2009 e Widmer, Flammer, Lerman, & Lerman, 2015).

Capítulo VII

Referências Bibliográficas

7. Referências Bibliográficas

- Afonso, L., Moreira, T., & Oliveira, A. (2014). Índices de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico - a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. (31), 48-55. Revista Fatores de Risco. Obtido em janeiro de 2021
- Alberti, A., Fruttini, D., & Fidanza, F. (janeiro de 2009). The Mediterranean Adequacy Index: further confirming results of validity. (N. M. Dis., Ed.) 19(1), pp. 61-67. doi:10.1016/j.numecd.2007.11.008
- Almeida, M., & Oliveira, A. (31 de dezembro de 2017). Padrão Alimentar Mediterrânico e Atlântico - Uma Abordagem às suas Características - Chave e Efeitos na Saúde. (11), pp. 22-28. doi:10.21011/apn.2017.1104
- Altomare, R., Cacciabauda, F., Damiano, G., Palumbo, V. D., Gioviale, M. C., Bellavia, M., . . . Lo Monte, A. I. (1 de Maio de 2013). The Mediterranean Diet: A history of health. pp. 449-457.
- Amaral, O., & Pereira, C. (2008). Obesidade - da génética ao ambiente. *Obesidade*, pp. 311-322. Obtido em março de 2021
- Apovian, C. M. (junho de 2016). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. (A. J. Care, Ed.) 22((7 suppl)), pp. 176-261. Obtido em março de 2021
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dermeni, S., . . . Serra-Majem, L. (7 de setembro de 2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. pp. 2274-2284.
- Bárbara, R., & Ferreira-Pêgo, C. (25 de julho de 2020). Changes in Eating Habits among Displaced and Non-Displaced University Students. 17(15), p. 5369.
- Barbosa, C., Pimenta, P., & Real, H. (2017). *Roda da Alimentação Mediterrânica e Pirâmide de Dieta Mediterrânica: Comparação entre os dois guias alimentares*. Acta Portuguesa de Nutrição. Porto: Revista da Associação Portuguesa de Nutrição.
- Benhammou, S., Heras-González, L., Ibáñez-Peinado, D., Barceló, C., Hamdan, M., Rivas, A., . . . Monteagudo, C. (3 de setembro de 2016). Comparison of Mediterranean diet compliance between European and non-European populations in the Mediterranean basin. 107, pp. 521-526.
- Bidzan-Bluma, I., & Lipowska, M. (abril de 2018). Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A Systematic Review. 15(4), p. 800. doi:10.3390/ijerph15040800
- Bonaccio, M., Bonanni, A. E., Di Castelnuovo, A., De Lucia, F., Donati, M. B., de Gaetano, G., . . . Moli-sani Project Investigators. (19 de novembro de 2012). Low income is associated with poor adherence to a Mediterranean diet and a higher prevalence of obesity: cross-sectional results from the Moli-sani study. 2(6), p. e001685.
- Bonaccio, M., Castelnuovo, A. D., Bonanni, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Pounis, G., . . . Lacoviello, L. (10 de agosto de 2013). Adherence to a Mediterranean diet is associated with a better health related quality of life: a possible role of high dietary antioxidant content. 3(8). doi:10.1136/bmjopen-2013-003003

- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Pounis, G., Costanzo, S., Persichillo, M., Cerletti, C., . . . on behalf of the Moli-sani Study Investigators. (5 de outubro de 2017). High adherence to the Mediterranean diet is associated with cardiovascular protection in higher but not in lower socioeconomic groups: prospective findings from the Moli-sani study. *46*, pp. 1478-1487.
- Borba, D. P. (2017). *Adesão ao padrão alimentar mediterrânico: comparação entre populações do Porto e de Angra do Heroísmo*. Trabalho de investigação, Universidade do Porto, Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto.
- Borra, S., Kelly, L., Tuttle, M., & Neville, K. (junho de 2001). Developing actionable dietary guidance messages: dietary fat as a case study. *101*(6), pp. 678-84. doi:10.1016/S0002-8223(01)00170-5
- Caprara, G. (28 de janeiro de 2021). Mediterranean- Type Dietary Pattern and Physical Activity: The winning Combination to Counteract the Rising Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs). *13*(2), p. 429. doi:10.3390/nu13020429
- Carrageta, M. O. (janeiro de 2014). Dieta Mediterrânica - uma herança para o futuro. *A Dieta Mediterrânica e as doenças cardiovasculares*(31), 24-29. Revista fatores de risco. Obtido em janeiro de 2021
- Cavaliere, A., De Marchi, E., & Banterle, A. (28 de janeiro de 2018). Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and its Relationships with Individual Lifestyle: the Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education. *10*(2), p. 141.
- Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (março de 2019). The epidemiology of obesity. (Metabolism, Ed.) *92*, pp. 6-10. doi:10.1016/j.metabol.2018.09.005
- Covas, A., Carvalho, A. F., Brites, C. M., Oliveira, C., Moreno, I., Guerreiro, J., . . . Graça, P. (2015). Dieta Mediterrânica. *Dimensões da Dieta Mediterrânica - Património Cultural Imaterial da Humanidade*, 302. Tavira, Portugal: Universidade do Algarve.
- Cradock, K. A., Quinlan, L. R., Finucane, F. M., Gainforth, H. L., Ginis, K. A., Barros, A. C., . . . Ólaighin, G. (26 de janeiro de 2021). Identifying Barriers and Facilitators to Diet and Physical Activity Behaviour Change in Type 2 Diabetes Using a Design Probe. *11*(2), p. 72. doi: 10.3390/jpm11020072
- da Silva, R., Bach-Faig, A., Quintana, B. R., Buckland, G., de Almeida, M. D., & Serra-Majem, L. (12 de setembro de 2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. (P. H. Nutr., Ed.) (9A), pp. 1676-84. doi:10.1017/S1368980009990541.
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (março de 2008). Does social class predict diet quality? *87*(5), pp. 1107-17.
- DGS. (10 de julho de 2019). *Tendência de diminuição do excesso de peso e obesidade nas crianças*. Obtido em março de 2021, de DGS: <https://www.dgs.pt/em-destaque/tendencia-de-diminuicao-do-excesso-de-peso-e-obesidade-nas-criancas.aspx>
- DGS. (outubro de 2020). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em fevereiro de 2021

- Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., & Sofi, F. (2018). Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. pp. 30-43. Obtido em Novembro de 2019
- Durão, C. R., Oliveira, J. F., & de Almeida, M. D. (2008). Portugal e o Padrão Alimentar Mediterrânico. *14*(3), pp. 115-128.
- EL Rhazi, K., Nejjari, C., Romaguera, D., Feart, C., Obtel, M., Zidouh, A., . . . Gateau, P. B. (11 de maio de 2012). Adherence to a Mediterranean diet in Marroco and its correlates: cross-sectional analysis of a sample of the adult Moroccan population. *12*, p. 345.
- Enes, C. C., & Slater, B. (março de 2010). Obsedidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *13*(1). doi:doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100015
- Eriksson, M. K., Hagberg, L., Lindholm, L., Malmgren-Olsson, E.-B., Osterlind, J., & Eliasson, M. (13 de setembro de 2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *170*(16), pp. 1470-9. doi:10.1001/archinternmed.2010.301
- European Commission. (2017). *Sport and physical activity*. European Commission. Obtido de <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2164>
- Ferreira-Pêgo, C., Rodrigues, J., Costa, A., & Sousa, B. (2019). Adherence to the Mediterranean diet in Portuguese university students. *16*(1), pp. 41-49. doi:10.19277/bbr.16.1.196
- Filippidis, F. T., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., & Tountas, Y. (9 de Março de 2011). Compliance with a healthy lifestyle in a representative sample of the Greek population: Preliminary results of the Hellas Health I study. *125*, pp. 436-441.
- García-Conesa, M. T., Philippou, E., Pafilas, C., Massaro, M., Quarta, S., Andrade, V., . . . Pinto, P. (27 de setembro de 2020). Exploring the Validity on the 14-Item Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS): A Cross-National Study in Seven European Countries around the Mediterranean Region. *12*(10), p. 2960. doi:10.3390/nu12102960
- García-Fernández, E., Rico-Cabanas, L., Rosgaard, N., Estruch, R., & Bach-Faig, A. (setembro de 2014). Mediterranean diet and cardiometabolic risk: a review. *6*(9), pp. 3474-3874. doi:10.3390/nu6093474
- Godinho, C., & Marques, M. M. (08 de agosto de 2016). Promoção de Comportamentos Alimentares Saudáveis e Gestão do Peso: Investigação em Portugal. *5*, pp. 80-84. doi:10.5964/pch.v5i2.203
- Gonçalves, J. (janeiro de 2014). Dieta Mediterrânica - uma herança para o futuro. *Dieta Mediterrânica - das origens à actualidade*(31), 56-65. Revista Fatores de Risco. Obtido em janeiro de 2021
- González, A. C., Argilaga, S., Agudo, A., Amiano, P., Barricarte, A., Beguiristain, M. J., . . . Tormo, J. M. (30 de janeiro de 2002). Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *16*(3), pp. 214-21.

- Graça, P. (Janeiro de 2014). Dieta Mediterrânica - Uma Herança para o futuro. *Breve história do conceito de dieta Mediterrânica*(31), 20-22. Revista Fatores de Risco.
- Gregório, M. J., Rodrigues, A. M., Eusébio, M., Sousa, R. D., Dias, S., André, B., . . . Canhão, H. (14 de junho de 2017). Dietary Patterns Characterized by high meat consumption are associated with other unhealthy life styles and depression symptoms. (F. i. Nutrition, Ed.) p. 25. doi:10.3389/fnut.2017.00025
- Gregório, M. J., Rodrigues, A. M., Graça, P., Dinis de Sousa, R., Dias, S. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (21 de fevereiro de 2018). Food Insecurity is Associated with low Adherence to the Mediterranean Diet and Adverse Health Conditions in Portuguese Adults. 6, p. 38. doi:doi: 10.3389/fpubh.2018.00038
- Gregório, M. J., Sousa, S. M., Chkoniya, V., & Graça, P. (outubro de 2020). Estudo de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico. (D. G. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido em janeiro de 2021
- Hendy, H. M. (abril de 2012). Which comes first in food-mood relationships, foods or moods? *Appetite*, 58(2), pp. 771-775. doi:10.1016/j.appet.2011.11.014
- Hu, E. A., Toledo, E., Diez-Espino, J., Estruch, R., Corella, D., Salas-Salvado, J., . . . Martinez-Gonzalez, A. M. (29 de abril de 2013). Lifestyles and risk factors associated with adherence to the Mediterranean diet: a baseline assessment of the PREDIMED trial. 8(4), p. e60166.
- INE. (2017). *Balança Alimentar Portuguesa 2012-2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido em janeiro de 2021
- Jacka, F. N., Cherbuin, N., Anstey, J. K., & Butterworth, P. (29 de janeiro de 2014). Dietary Patterns and Depressive Symptoms over time: Examining the Relationships with Socioeconomic Position, Health Behaviours and Cardiovascular Risk. 9(1), p. e87657. doi:10.1371/journal.pone.0087657
- Jansson, E., Hagstromer, M., & Anderssen, S. (novembro de 2015). Physical activity-new paths and choices in the recommendations for adults. 17, p. 112:DP7W. Obtido em março de 2021
- Johnson, B. T., Scott-Sheldon, L. A., & Carey, M. P. (novembro de 2010). Meta-synthesis of health behavior change meta-analyses. 100(11), pp. 2193-8. doi:10.2105/AJPH.2008.155200
- Kenney, E. L., & Gortmaker, S. L. (março de 2017). United States Adolescents' Television, Computer, Videogame, Smartphone, and Tablet use: Associations with Sugary Drinks, Sleep, Physical Activity, and Obesity. 182, pp. 144-149.
- Knoops, K. T., de Groot, L. C., Kromhout, D., Perrin, A.-E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., & van Staveren, W. A. (22 de setembro de 2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the Hale project. 292(12), pp. 1433-9.
- Koloverou, E., Esposito, K., Giugliano, D., & Panagiotakos, D. (24 de abril de 2014). The effect of Mediterranean diet on the development of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of 10 prospective studies and 136.846 participants. 63(7), pp. 903-11. doi:10.1016/j.metabol.2014.04.010

- Lupi, S., Bagordo, F., Stefanati, A., Grassi, T., Piccinni, L., Bergamini, M., & De Donno, A. (14 de fevereiro de 2015). Assessment of lifestyle and eating habits among undergraduate students in northern Italy. *51*(2), pp. 154-61.
- Marques-Vidal, P., Waeber, G., Vollenweider, P., Bochud, M., Stringhini, S., & Guessous, I. (2015). Sociodemographic and Behavioural Determinants of a Healthy Diet in Switzerland. *67*(2), pp. 87-95. doi:10.1159/000437393
- Martins, A. E., Correia, C. A., & Teixeira de Lemos, E. (2 de junho de 2014). A Funcionalidade da Dieta Mediterrânica na Diabetes Tipo 2. *9*(2), pp. 83-91.
- Martins, E., Mendes, F., & Fernandes, R. (abril de 2012). Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Nível de Adesão à Dieta Mediterrânica. Viseu, Portugal: Escola Superior de Educação de Viseu.
- Mohammed, M. S., Sendra, S., Lloret, J., & Bosch, I. (01 de fevereiro de 2018). Systems and WBANs for Controlling Obesity. *2018*. doi:10.1155/2018/1564748
- Mohtadi, K., Msaad, R., Benalioua, N., Jafri, A., Meftah, H., Elkardi, Y., . . . Saile, R. (21 de março de 2020). Sociodemographic and Lifestyle Factors Associated with Adherence to Mediterranean Diet in Representative Adult Population in Casablanca City, Morocco: A Cross-Sectional Study. p. 9.
- Nanayakkara, S., & Marwick, T. H. (março de 2018). The ageing heart: the systemic and coronary circulation. *104*(5), pp. 370-376. doi:10.1136/heartjnl-2017-312114
- Naska, A., & Trichopoulou, A. (1 de Março de 2014). Back to the future: The Mediterranean diet paradigm. *24*(3), pp. 216-219.
- Nemésio, R. Q. (janeiro de 2013). *Estilos Alimentares e a Saúde - O Caso Específico dos Países do Sul da Europa*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido em fevereiro de 2021
- Obesity, W. (Março de 2020). Obesity: missing the 2025 global targets. p. 242.
- OECD. (2013). *guidelines on measuring subjective well-being*. OEDC.
- Olson, R. D., Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Fulton, J. E., Galuska, D. A., . . . Olscamp, K. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington: Department of Health and Human Services. Obtido em janeiro de 2021
- OMS. (dezembro de 2020). *Obesidade*. Obtido de Alimentação Saudável: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/saude-e-doenca-obesidade/>
- Orkaby, A. R., & Forman, D. E. (janeiro de 2018). Physical activity and CVD in older adults: an expert's perspective. *16*(1), pp. 1-10. doi:10.1080/14779072.2018.1419062
- Ortega, F. B., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (maio de 2016). Obesity and Cardiovascular Disease. (C. Res., Ed.) *118*(11), pp. 1752-1822. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.115.306883
- Papadaki, A., Wood, L., Sebire, S. J., & Jago, R. (29 de março de 2015). Adherence to the Mediterranean diet among employees in South West England: Formative research to inform a web-based, work-place nutrition intervention. *2*, p. 223.

- Patino-Alonso, M. C., Recio-Rodríguez, J. I., Belio, J. F., Colominas-Garrido, R., Lema-Bartolomé, J., Arranz, A. G., . . . EVIDENT Group. (abril de 2014). Factors associated with adherence to the Mediterranean diet in the adult population. *114*(4), pp. 583-9.
- Peluso, M. A., & de Andrade, L. H. (fevereiro de 2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *60*(1), pp. 61-70.
doi:10.1590/s1807-59322005000100012
- Pérez-Farinós , N., Villar-Villalba, C., Sobaler, A. M., Saavedra, M. Á., Aparicio, A., Sanz, S. S., . . . Anta, R. M. (6 de janeiro de 2017). The relationship between hours of sleep, screen time and frequency of food and drink consumption in Spain in the 2011 and 2013 ALADINO: a cross-sectional study. *17*(1), p. 33.
- Pérez-Martínez, P., García-Ríos, A., Delgado-Lista, J., Pérez-Jiménez, F., & López-Miranda, J. (2011). Mediterranean diet rich in olive oil and obesity, metabolic syndrome and diabetes mellitus. *17*(8), pp. 769-846.
doi:10.2174/138161211795428948.
- Pinho, I., Franchini, B., & Rodrigues, S. (Junho de 2016). Guia Alimentar Mediterrâneo: Relatório justificativo do seu desenvolvimento. *Relatório justificativo do seu desenvolvimento*, p. 47. Obtido em Novembro de 2019
- Pinho, I., Franchini, B., & Rodrigues, S. (junho de 2016). *Guia Alimentar Mediterrâneo: Relatório justificativo do seu desenvolvimento*. Direção Geral de Saúde.
- Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (Fevereiro de 2015). *Padrão Alimentar Mediterrâneo: Promotor de saúde*. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável; Direção-Geral da Saúde. Obtido em Novembro de 2019
- PNPAF. (julho de 2017). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. 16. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em janeiro de 2021
- Prinelli, F., Yannakouli, M., Anastasiou, C. A., Adorni, F., Di Santo, S. G., Musicco, M., . . . Leite, M. L. (28 de março de 2015). Mediterranean diet and other lifestyle factors in relation to 20-year all cause mortality: a cohort study in an Italian population. *113*(6), pp. 1003-11.
- Rahe, C., Unrath, M., & Berger, K. (junho de 2014). Dietary patterns and the risk of depression in a systematic review of observational studies. *53*(4), pp. 997-1013.
doi:10.1007/s00394-014-0652-9
- República Portuguesa, SNS, DGS, & PNPAF. (28 de dezembro de 2021). *Desporto e Atividade Física - Sumário da situação Portuguesa e dados evolutivos* . Obtido de Eurobarómetro 2017: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/home_eurobarometro2017_resumo-pdf.aspx
- Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H., & Teare, J. (maio de 2019). Current treatments for obesity. (C. Med, Ed.) *19*(3), pp. 205-212.
doi:10.7861/clinmedicine.19-3-205
- Sabia, S., Hees, V. T., Shipley, M. J., Trenell, M. I., Hagger-Johnson, G., Elbaz, A., . . . Singh-Manoux, A. (4 de fevereiro de 2014). Association Between

- Questionnaire-and Accelerometer-Assessed Physical Activity: The Role of Sociodemographic Factors. *179*(6), pp. 781-790.
- Sánchez-Villegas, A., Martínez, J. A., Irala, J. D., & Martínez-González, M. A. (dezembro de 2002). Determinants of the adherence to an 'a priori' defined Mediterranean dietary pattern. *41*(6), pp. 249-57.
- Serra-Majem, L., Bach-Faig, A., & Raidó-Quintana, B. (junho de 2012). Nutritional and Cultural Aspects of the Mediterranean Diet. *9*(2), pp. 157-162.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (outubro de 2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *7*(7), pp. 931-5. doi:10.1079/phn2004556
- SNS. (20 de 06 de 2016). *Roda da Alimentação Mediterrânica*. Obtido em janeiro de 2021, de SNS: <https://s-1.sns.gov.pt/noticias/2016/06/20/roda-da-alimentacao-mediterranica/>
- SNS. (20 de junho de 2016). SNS. Obtido em fevereiro de 2021, de Roda da Alimentação Mediterrânica: <https://s-1.sns.gov.pt/noticias/2016/06/20/roda-da-alimentacao-mediterranica/>
- SNS. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Obtido em janeiro de 2021
- SNS, & FCNAUP. (sd). *FAO*. Obtido em janeiro de 2020, de A nova Roda dos alimentos - um guia para a escolha alimentar diária.
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (29 de novembro de 2013). Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *17*(12), pp. 2769-82.
- Strong, L. L., Hoover, D. S., Heredia, N. I., Krasny, S., Spears, C. A., Correa-Fernández, V., . . . Fernandez, M. E. (30 de maio de 2016). Perspectives of Mexican-origin smokers on healthy eating and physical activity. pp. 1-13. doi:10.1093/her/cyw026
- Teixeira, B., Afonso, C., Sousa, A. S., Guerra, S. R., Santos, A., Borges, N., . . . Amaral, F. T. (20 de Março de 2019). Adherence a Mediterranean Dietary Pattern status and associated factors among Portuguese older adults: Results from the Nutrition UP 65 cross-sectional study. p. 6.
- Tilman, D., & Clark, M. (12 de novembro de 2014). Global diets link environmental sustainability and human health. pp. 518-522.
- Tong, T. Y., Wareham, N. J., Khaw, K.-T., Imamura, F., & Forouhi, N. G. (29 de setembro de 2016). Prospective association of the Mediterranean diet with cardiovascular disease incidence and mortality and its population impact in a non-Mediterranean population: the EPIC-Norfolk study. *14*(135).
- Torres-Peña, J., Rangel-Zuñiga, O. A., Alcalá-Díaz, J. F., Lopez-Miranda, J., & Delgado-Lista, J. (agosto de 2020). Mediterranean Diet and Endothelial Function: A Review of its Effects at Different Vascular Bed Levels. *12*(8), p. 2212. doi: 10.3390/nu12082212

- Trichopoulou, A., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (24 de junho de 2009). Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. p. 338. doi:10.1136/bmj.b2337
- Trichopoulou, A., Martínez-González, M. A., Tong, T. Y., Forouhi, G. N., Khandelwal, S., Prabhakaran, D., . . . Lorgeril, M. (24 de julho de 2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. pp. 12-112.
- USAID. (2017). *Moving Nutrition Social and Behavior Change Forward*. United States: United States Agency for International Development.
- Vilarnau, C., Stracker, D. M., Funtikov, A., Silva, R. d., Estruch, R., & Bach-Faig, A. (28 de novembro de 2018). Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. pp. 83-91.
- Vitiello, V., Germani, A., Dolcetta, E. C., Donini, L. M., & Del Balzo, V. (maio-junho de 2016). The New Modern Mediterranean Diet Italian Pyramid. 28(3), pp. 179-265. doi:10.7416/ai.2016.2096
- Wade, A. T., Davis, C. R., Dyer, K. A., Hodgson, J. M., Woodman, R. J., Keage, H. A., & Murphy, K. J. (22 de dezembro de 2017). Including pork in the Mediterranean diet for an Australian population: Protocol for a randomised controlled trial assessing cardiovascular risk and cognitive function. 16(1), p. 84. doi:10.1186/s12937-017-0306-x
- WHO. (2000). *Obesity Classification*. Obtido em março de 2021, de World Obesity: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity-classification>
- Widmer, J. R., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. (março de 2015). The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. 128(3), pp. 229-38. doi:10.1016/j.amjmed.2014.10.014
- Williamson, E. J., Polak, J., Simpson, J. A., Giles, G. G., English, D. R., Hodge, A., . . . Forbes, A. B. (2019). Sustained adherence to a Mediterranean diet and physical activity on all-cause mortality in the Melbourne Collaborative Cohort study: application of the g-formula. p. 10.
- Williamson, E. J., Polak, J., Simpson, J. A., Giles, G. G., English, D. R., Hodge, A., . . . Forbes, A. B. (26 de dezembro de 2019). Sustained adherence to a Mediterranean diet and physical activity on all-cause mortality in the Melbourne Collaborative Cohort Study: application of the g-formula. 19(1), p. 1733.

Anexo I

Questionário sobre a motivação individual em alterar comportamentos de forma a proporcionar um estilo de vida mais saudável

INFORMAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo está integrado num projeto internacional (MeDiWeB) liderado pela Escola Superior Agrária do IPSantarém, cujo objetivo é estudar a associação entre hábitos característicos do estilo de vida Mediterrânico, a atividade física e fatores de bem-estar subjetivo, em regiões mediterrânicas e sub-mediterrânicas.

OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo do estudo é promover recomendações para alterações comportamentais que permitam melhorar o bem-estar. Os resultados do estudo serão analisados de forma anónima e utilizados na elaboração de uma dissertação do Mestrado em Tecnologia Alimentar, da Escola Superior Agrária de Santarém.

NATUREZA DA PARTICIPAÇÃO

Primeiro que tudo queremos assegurar-lhe que a sua participação é CONFIDENCIAL, pelo que o preenchimento é ANÓNIMO e totalmente voluntário, podendo desistir em qualquer altura. Os seus dados serão utilizados juntamente com os dados de outros participantes, para tratamento estatístico, de forma anónima, trabalhos académicos e publicação em revistas científicas.

Se considera que esta exposição foi clara e quer prosseguir com a sua participação neste estudo por favor indique na questão abaixo que autoriza a utilização anónima dos dados recolhidos neste questionário.

Declaro que li a informação relativa ao estudo e

- Confirmando a minha participação neste estudo e autorizo a utilização dos dados do inquérito de forma anónima para tratamento estatístico e publicação científica.
- Não pretendo participar neste estudo.

Indique o seu género.

- Feminino
 Masculino

Qual a sua idade.

A sua área de residência é:

- Urbana, cidade grande
 Urbana, cidade pequena
 Rural

Em que zona do país reside?

- Norte
 Centro
 Sul

Estaria disposto a melhorar o seu bem-estar e o da comunidade implementando hábitos para um estilo de vida mais saudável?

- Sim
 Não
 Nunca pensei nesse assunto

Conhece o conceito de Dieta Mediterrânica?

- Sim
 Não

Pessoalmente, o que é que gostaria de alterar para melhorar a sua saúde e o seu bem-estar?

- Prática de atividade física
- Deixar de fumar
- Dormir 7 a 8 horas por noite
- Melhorar hábitos alimentares da DM. Se sim indique quais:
- Reduzir a quantidade de sal e aumentar utilização de ervas aromáticas
- Reduzir a quantidade de manteiga e aumentar a do azeite
- Reduzir o consumo de açúcar
- Reduzir o consumo de bebidas açucaradas
- Maior consumo diário de água
- Aumentar o consumo de fruta fresca e frutos secos
- Aumentar o consumo de hortícolas e leguminosas
- Aumentar o consumo de cereais integrais
- Reduzir o consumo de carne vermelha
- Mudar de trabalho
- Exercer outra função no trabalho
- Outros

O que lhe facilitaria implementar hábitos que levassem a um maior bem-estar?

- Ter mais tempo na sua rotina
- Ajuda de amigos ou familiares
- Ter mais informação sobre o assunto
- Ter apoio de profissionais de saúde
- Ter apoio de o *Life Coach*

Em relação aos hábitos alimentares o que o ajudaria à sua alteração?

- Ter maior acessibilidade a alimentos mais saudáveis e produzidos localmente
- Ter acesso a informação de qualidade sobre alimentos saudáveis
- Aumentar o conhecimento e compreensão sobre rótulos alimentares
- Melhorar o modo de atuação dos diferentes profissionais para que possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar

- Nutricionista
- Promover a inovação direcionado à área da promoção da alimentação saudável (assistir a palestras, Workshops sobre escolhas saudáveis e sustentáveis)

Quando compra alimentos, a sua escolha tem por base:

- Preço
- Qualidade
- Relação qualidade/preço
- Benefícios para a saúde
- Sustentabilidade do meio ambiente

Têm dificuldades em interpretar os rótulos dos alimentos?

- Sim
- Não
- Por vezes

Têm alguma preocupação em ler os rótulos dos alimentos que escolhe para consumo diário?

- Sim
- Não
- Por vezes

Se todas as embalagens dos produtos alimentares prontos a consumir indicassem resumidamente as percentagens de proteína, gorduras, açúcares, sal entre outros indicadores era benéfico para a sua escolha alimentar?

- Sim
- Não

Incluía a prática de atividade física na sua rotina se tivesse.

- Mais tempo
- Promoção de atividades desportivas na minha área de residência
- Acesso a atividades desportivas gratuitas
- Locais direcionados para a prática de atividades físicas junto à minha residência

Orientação por parte dos profissionais de saúde

O que ajudaria a deixar de fumar?

- Não sou fumador
- Participação para medicação antitabágica
- Consultas de cessação tabágica nos centros de saúde
- Rastreios de cessação tabágica
- Campanhas nacionais de sensibilização
- Diagnóstico precoce de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
- Taxação crescente de todos os produtos de tabaco
- Alargamento de áreas com consumo de tabaco interdito

Em questões de trabalho qual das seguintes hipóteses ajudaria a um maior bem-estar?

- Promoção
- Reconhecimento
- Componente económica
- Ambiente calmo
- Relações sociais entre colegas favoráveis

Anexo II

Identificação de variáveis *confounders*

Tabela 16 – Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável MEDAS e das variáveis da prática da atividade física da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Dieta Mediterrânea (MEDAS)	vs	Que tipo de atividade tem normalmente durante o seu dia (no trabalho, na escola, ou em casa).	Spearman	-0,081	0,073
		Que tipo de atividades pratica durante os seus tempos livres.	Spearman	-0,084	0,063
		Pratica desporto ou atividade física intensa, com que frequência praticou durante o mês passado.	Spearman	0,016	0,731

Tabela 17 – Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável do MEDAS e das variáveis dos dados sociodemográficos da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Dieta Mediterrânica (MEDAS)	vs	Género	Point bi serial	0,038	0,404
		Idade	Spearman	0,052	0,255
		Nível de escolaridade	Spearman	0,069	0,126
		Estado civil	Point bi serial	0,009	0,840
		Número de pessoas do agregado familiar	Spearman	-0,060	0,186
		Distrito de residência	Point bi serial	-0,085	0,060
		Posição no mercado de trabalho	Point bi serial	0,001	0,988
		Profissão	Point bi serial	-0,004	0,930
		Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar (€)	Spearman	0,003	0,952

Tabela 18 – Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável do MEDAS e das variáveis dos dados sobre o estilo de vida da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Dieta Mediterrânica (MEDAS)	vs	Fumador	Point bi serial	0,015	0,739
		Em média, quantas horas dormiu por noite	Spearman	-0,069	0,129
		Costuma fazer uma sesta durante o dia.	Point bi serial	-0,010	0,826
		Quanto tempo passou em contacto com a natureza	Spearman	0,052	0,249
		Quanto tempo passou com a sua família	Spearman	-0,024	0,592
		Quanto tempo passou com amigos	Spearman	-0,073	0,107
		Quantas refeições faz diariamente	Spearman	-0,029	0,523

Tabela 19 – Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável do MEDAS e das variáveis dos dados de saúde da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Dieta Mediterrânica (MEDAS)	vs	Doenças diagnosticadas	Point bi serial	-0,024	0,597
		Multipatologias	Point bi serial	-0,042	0,361
		IMC	Spearman	-0,056	0,223

Tabela 20 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável da atividade durante o dia e das variáveis dos dados sociodemográficos da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Que tipo de atividade tem normalmente durante o seu dia (no trabalho, na escola, ou em casa).	vs	Género	Cramer's V	0,148	0,013
		Idade	Spearman	0,003	0,943
		Nível de escolaridade	Spearman	0,226	0,000
		Estado civil	Cramer's V	0,084	0,330
		Número de pessoas do agregado familiar	Spearman	0,013	0,773
		Distrito de residência	Cramer's V	0,168	0,747
		Posição no mercado de trabalho	Cramer's V	0,118	0,306
		Profissão	Cramer's V	0,118	0,306
		Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar (€)	Spearman	-0,141	0,002

Tabela 21 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável da prática de atividade nos tempos livres e das variáveis dos dados sociodemográficos da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Que tipo de atividades prática durante os seus tempos livres?	vs	Género	Cramer's V	0,054	0,488
		Idade	Spearman	0,042	0,358
		Nível de escolaridade	Cramer's V	0,069	0,793
		Estado civil	Cramer's V	0,113	0,051
		Número de pessoas do agregado familiar	Spearman	-0,034	0,453
		Distrito de residência	Cramer's V	0,205	0,133
		Posição no mercado de trabalho	Cramer's V	0,141	0,080
		Profissão	Cramer's V	0,106	0,097
		Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar (€)	Spearman	0,091	0,048

Tabela 22 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável da prática de desporto ou de atividade física intensa e das variáveis dos dados sociodemográficos da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Se pratica desporto ou atividade física intensa, com que frequência praticou durante o mês passado?	vs	Género	Cramer's V	0,121	0,128
		Idade	Spearman	0,006	0,900
		Nível de escolaridade	Spearman	0,011	0,814
		Estado civil	Cramer's V	0,111	0,116
		Número de pessoas do agregado familiar	Spearman	-0,060	0,189
		Distrito de residência	Cramer's V	0,202	0,093
		Posição no mercado de trabalho	Cramer's V	0,148	0,010
		Profissão	Cramer's V	0,165	0,000
		Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar (€)	Spearman	0,082	0,073

Tabela 23 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável da atividade durante o dia e das variáveis dos dados sobre o estilo de vida da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Que tipo de atividade tem normalmente durante o seu dia (no trabalho, na escola, ou em casa).	vs	Fumador	Cramer's V	0,089	0,277
		Em média, quantas horas dormiu por noite	Spearman	-0,074	0,103
		Costuma fazer uma sesta durante o dia.	Cramer's V	0,108	0,074
		Quanto tempo passou em contacto com a natureza	Spearman	0,005	0,906
		Quanto tempo passou com a sua família	Spearman	-0,073	0,105
		Quanto tempo passou com amigos	Spearman	-0,020	0,658
		Quantas refeições faz diariamente	Spearman	-0,007	0,881

Tabela 24 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável da atividade nos tempos livres e das variáveis dos dados sobre o estilo de vida da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Que tipo de atividades pratica durante os seus tempos livres?	vs	Fumador	Cramer's V	0,132	0,014
		Em média, quantas horas dormiu por noite	Spearman	0,115	0,011
		Costuma fazer uma sesta durante o dia.	Cramer's V	0,032	0,905
		Quanto tempo passou em contacto com a natureza	Spearman	0,113	0,012
		Quanto tempo passou com a sua família	Spearman	0,009	0,834
		Quanto tempo passou com amigos	Spearman	0,105	0,020
		Quantas refeições faz diariamente	Spearman	0,040	0,372

Tabela 25 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* da variável da prática de desporto ou de atividade física intensa e das variáveis dos dados sobre o estilo de vida da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Se pratica desporto ou atividade física intensa, com que frequência praticou durante o mês passado?	vs	Fumador	Cramer's V	0,132	0,074
		Em média, quantas horas dormiu por noite	Spearman	0,103*	0,023
		Costuma fazer uma sesta durante o dia.	Cramer's V	0,084	0,554
		Quanto tempo passou em contacto com a natureza	Spearman	0,068	0,134
		Quanto tempo passou com a sua família	Spearman	0,019	0,676
		Quanto tempo passou com amigos	Spearman	0,089*	0,049
		Quantas refeições faz diariamente	Spearman	-0,011	0,807

Tabela 26 - Correlações bivariadas para identificação de *confounders* das variáveis da prática de atividade física e das variáveis dos dados sobre o estilo de vida da amostra estudada. As diferenças significativas ($p < 0,05$) estão marcadas em negrito.

Variável I		Variável II	Teste	Correlação	Valor p
Que tipo de atividade tem normalmente durante o seu dia (no trabalho, na escola, ou em casa).	vs	Doenças diagnosticada	Cramer's V	0,187	0,261
		Multipatologias	Cramer's V	0,061	0,717
		IMC	Spearman	-0,013	0,771
Que tipo de atividades pratica durante os seus tempos livres.	vs	Doenças diagnosticada	Cramer's V	0,186	0,312
		Multipatologias	Cramer's V	0,040	0,817
		IMC	Spearman	0,000	1,000
Se pratica desporto ou atividade física intensa, com que frequência praticou durante o mês passado?	vs	Doença diagnosticada	Cramer's V	0,191	0,180
		Multipatologias	Cramer's V	0,086	0,508
		IMC	Spearman	0,033	0,479