



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RAQUEL SOFIA LOURENÇO MARTINS

**PERCEÇÃO DA IMPORTÂNCIA DE ALIMENTOS
FUNCIONAIS PELA POPULAÇÃO**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação científica de:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

MAIO 2020

PERCEÇÃO DA IMPORTÂNCIA DE ALIMENTOS FUNCIONAIS PELA POPULAÇÃO

RAQUEL SOFIA LOURENÇO MARTINS ¹

LUIZ MIGUEL SANTIAGO ²

¹ Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000 – 548 Coimbra

Índice

Lista de abreviaturas e siglas	4
Resumo	5
Abstract	7
Introdução	8
Métodos	10
Resultados	12
Discussão.....	19
Conclusão	24
Agradecimentos	25
Referências bibliográficas	26

Lista de abreviaturas e siglas

AF – Alimento Funcional

APN – Associação Portuguesa de Nutrição

CS – Cuidados de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

FuFoSE - European Commission's Concerted Action on Functional Food Science in Europe

HTA – Hipertensão Arterial

ILSI - International Life Science Institute

IMC – Índice de Massa Corporal

QAPAF - Questionário para Avaliação da Perceção de Alimentos Funcionais

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

UE – União Europeia

Resumo

Introdução

A alimentação saudável é um dos maiores aliados a uma boa qualidade de vida com pouca prevalência de doença. As doenças mais prevalentes na população e com maior morbimortalidade estão intrinsecamente relacionadas a estilos de vida. O termo Alimento Funcional (AF) classifica variados alimentos como uma mais valia para a promoção de saúde e prevenção de doença mediante o seu consumo regular. Com o presente estudo queremos perceber qual o nível de conhecimento da população portuguesa acerca dos AF e entender de que modo variáveis sociodemográficas podem estar relacionadas com esse nível de instrução.

Métodos

Estudo observacional transversal em amostra de conveniência pela aplicação do QAPAF em que o único critério de inclusão foi ter idade igual ou superior a 18 anos. A análise dos dados recolhidos foi feita através de estatística descritiva e inferencial pelos testes de χ^2 , U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, definindo-se diferença para valor de $p < 0,01$.

Resultados

O presente estudo revelou um bom grau de confiabilidade com um valor de Alfa de Cronbach de 0,702. Após análise da distribuição quartílica do total, verificamos não existirem diferenças percentuais entre os quartis definidos.

Após análise da distribuição quartílica para as várias variáveis, constatamos que não há diferenças significativas entre estas, tendo obtido os seguintes valores de p: grupo etário – 0,873; sexo – 0,955; escolaridade – 0,139; vive – 0,065; grupo IMC – 0,533.

Discussão

É crucial batalhar na instrução da população nesta temática no geral, mas concluímos de forma muito pertinente que é emergente elaborar estratégias com o objetivo de aumentar os níveis de confiança das pessoas nos AF, o que acarretará melhorias na saúde e expectável redução nos gastos particulares e públicos pela prevenção de doença.

Conclusão.

As variáveis sociodemográficas consideradas demonstraram não estarem relacionadas com os níveis de conhecimento sobre AF quando consideradas as pontuações globais do QAPAF. Analisadas individualmente as afirmações, percebemos que a maior discrepância entre

grupos dentro de variáveis diz respeito ao aspeto segurança dos AF mas sem homogeneidade neste conhecimento.

Palavras-chave: *alimentos funcionais, doenças crónicas, confiança, segurança*

Abstract

Introduction:

An healthy diet is one of the best allies for a better quality of life and less chance of disease. The most prevalent and mortal diseases are connected with life styles. Functional Food (FF) classifies a variety of foods as a great asset for the promotion and increase of health as well as for disease prevention, if they are regularly consumed. The aim of the present work was to understand the knowledge of the portuguese population on FF and to verify how socio-demographic characteristics influenced such knowledge.

Methods:

Observational cross-sectional study applying the portuguese QAPAF with inclusion criteria being more than 18 years old. The questionnaire was disseminated on-line im social media. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics and by Mann-Whitney and Kruskal-Wallis, using χ^2 tests, have defined a difference of $p < 0,01$.

Results:

QAPAF reliability was of 0,702, Cronbach's alfa. A n=247 sample of collected. Distributing the QAPAF numeric results in a quartile distribution, no differences were foundfor age group $p=0,873$, gender $p=0,955$, level of education $p=0,139$, location of living $p=0,065$ and BMI $p=0,533$.

Discussion:

This general knowledge about Functional Food is cross sectionally similar and in the need of more knowledge. The strategic aim of better feeding the whole population seems to be ahead of the medical, the lay and the communication communities, especially about the safety of consuming them.

Conclusion:

A week knowledge about Functional Food was encountered with no differences in age, gender, level of education, location of living and BMI.

Key Words: functional foods, chronic illnesses, confidence, safety.

Introdução

Escolhas alimentares saudáveis traduzem-se num impacto positivo direto a nível da prevenção e do controlo das doenças que são mais prevalentes na população (doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemia, doença oncológica e obesidade).¹

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados constituem um dos fatores de risco que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável, sendo que, com a melhoria desses hábitos cerca de 300.000 anos de vida saudável poderiam ser poupados.²

As doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus e por 85% da carga de doença em Portugal, sendo que os hábitos alimentares inadequados se destacam como um dos principais fatores de risco.³ Em 2015, a população adulta portuguesa apresentava prevalências significativas de doenças crónicas, como a hipertensão arterial (36.0%), diabetes (9.8%), excesso peso/obesidade (67.6%) e dislipidemia (52.3%). As doenças cérebro-cardiovasculares e o cancro constituem as principais causas de morte em Portugal.⁴

Atualmente, a definição mais aceite é a da ILSI Europe que nos diz que um AF é aquele que contribui para a promoção do estado de saúde e bem-estar do indivíduo e para a redução do risco de determinada doença, tendo em conta os efeitos benéficos no organismo humano de compostos bioativos naturais presentes nesses alimentos, para além do seu valor nutritivo basal, após satisfatoriamente demonstrado que tais efeitos se verificam em quantidades normalmente consumidas na dieta.⁵

Considera-se AF:

Alimento inalterado que tenha naturalmente compostos bioativos;

Alimento no qual um componente foi aumentado, diminuído, adicionado ou removido pelo processo de produção ou tecnologicamente;

Alimento enriquecido tecnologicamente com componentes bioativos.

Alimento em que um dos componentes é substituído por outro com propriedades benéficas.⁶

Uma das estratégias de saúde pública em Portugal é a promoção da dieta mediterrânica, que privilegia o consumo de frutas, hortícolas, leguminosas, cereais pouco refinados, frutos secos, oleaginosas e azeite como principal fonte de gordura.⁷ Tais alimentos são classificados como funcionais visto terem na sua constituição compostos, como ácidos gordos insaturados, vitaminas antioxidantes, compostos fenólicos e fibras alimentares, que comprovadamente

diminuem o risco de várias doenças (oncológica, cardio e cérebro-vasculares) e fortalecem o nosso sistema imunitário. ⁸

Infelizmente a realidade da população adulta portuguesa é de uma baixa adesão à dieta mediterrânica. ¹

Até ao momento, sabemos que a maioria da população portuguesa reconhece que os AF são benéficos para a saúde e gostaria de aprender mais sobre os mesmos, admitindo não possuir informação suficiente para entender quais os alimentos que são uma mais-valia. Estudos revelam que a mesma população reconhece também que o seu consumo deve ser diário, apesar de ser uma minoria quem os consome de forma regular; é raro verificarem se o alimento que estão a comprar possui características funcionais; o preço, o conhecimento acerca dos alimentos e de qual a quantidade ideal a consumir são as principais barreiras relativamente a este tema; os profissionais de saúde são indubitavelmente considerados as fontes mais credíveis e mais capazes de incitar ao consumo destes alimentos.⁹

Serão diversos os fatores que influenciam a intenção de consumo de AF. Dada a heterogeneidade da nossa população, é relevante compreendermos de forma metódica como a população se posiciona perante esta matéria, quanto aos seus benefícios, necessidade, confiança e segurança. É expectável a inexistência de diferenças entre sexos mas que indivíduos de mais idade, menor escolaridade e maior IMC estejam menos informados acerca destes alimentos.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal em amostra de conveniência pela aplicação do “Questionário para Avaliação da Percepção de Alimentos Funcionais” (QAPAF), tendo sido o autor previamente contactado via correio eletrónico e dado aval positivo. Tal questionário foi elaborado por Leandro Oliveira, da Faculdade de Ciências Agrárias e do Ambiente da Universidade dos Açores, e validado nas suas propriedades psicométricas¹⁰ com um valor de Alfa de Cronbach = 0,816 e uma boa relação entre variáveis, sendo um instrumento de rápida e fácil aplicação na população adulta.

O QAPAF é um questionário constituído por 17 itens respondidos numa escala do tipo Likert de cinco pontos (1 a 5), correspondendo o ponto 1 a “discordo muito” e o ponto 5 a “concordo muito”.

Os itens consistem em afirmações referentes aos seguintes aspetos dos AF: benefício (1, 3, 4, 9 e 14), necessidade (2, 5, 7, e 11), confiança (6, 12, 16, e 17) e segurança (8, 10, 13 e 15).

A pontuação final, que varia entre 0 e 85, foi obtida pela soma das cotações dos itens, sendo que estão cotados de forma inversa os itens 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15 e 16. Considera-se que maiores pontuações correspondem a maior conhecimento sobre AF, tanto globalmente como em cada item.

Foi concomitantemente aplicado um questionário sociodemográfico inquirindo acerca das seguintes variáveis:

Sexo: feminino/masculino;

Grupos etários: 18 aos 44 anos e ≥ 45 anos;

Níveis de escolaridade: $\leq 6^{\circ}$ ano, $\leq 12^{\circ}$ Ano, $> 12^{\circ}$ ano;

IMC e distribuição por normo peso ($IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$), excesso de peso ($IMC \geq 25,01 \text{ Kg/m}^2$ e $< 30 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$).

A cada participante foi apresentado um consentimento informado onde era explicado o âmbito da realização do estudo e que os dados obtidos seriam tratados confidencialmente e estatisticamente após inseridos numa base de dados. Foi incluído um parágrafo explicativo sobre o conceito de AF de um modo simples e intuitivo de compreender pelo participante.

Foi disponibilizado o e-mail pessoal da investigadora para eventuais dúvidas no preenchimento do questionário.

Consentimento informado, questionário sociodemográfico e QAPAF foram aplicados em Formulário do Google, mantendo a confidencialidade do estudo. O “link” foi partilhado com família e amigos da investigadora e com contactos e grupos da rede social Facebook, que por sua vez difundiram o link do questionário para outras pessoas. A recolha de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2020. O único critério de inclusão foi ter idade igual ou superior a 18 anos.

A análise dos dados recolhidos foi feita com recurso a SPSS versão 24 sendo realizada estatística descritiva e inferencial esta pelos testes de χ^2 , U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, definindo-se diferença para valor de $p < 0,01$.

Resultados

Numa amostra de conveniência de 349 pessoas o presente estudo revelou um bom grau de confiabilidade com um valor de Alfa de Cronbach de 0,702. Estabeleceu-se um mínimo de n=170 respondedores para que a amostra fosse representativa. Responderam ao questionário 349 indivíduos e, segundo a Tabela I, 67,9% (n=237) são do sexo feminino, 75,4% (n=263) tinham um nível de escolaridade >12º Ano, 21,2% (n=74) ≤12º Ano e 3,4% (n=12) ≤6º Ano. Viviam 88,8% (n=310) acompanhados e 68,5% (n=239) dos quais tinham, pelo valor do IMC, normo-peso, 23,5% (n=82) estavam em excesso de peso e 8,0% (n=28) eram obesos.

Tabela I: Caracterização de amostra por sexo, escolaridade, com quem vive, grupo IMC e grupo etário

		Grupo Etário		Total N=349 n (%)
		18 - 44 anos N=247 n (%)	≥ 45 anos N=102 n (%)	
Sexo (*)	Feminino	181 (73,3)	56 (54,9)	237 (67,9)
	Masculino	66 (26,7)	46 (45,1)	112 (32,1)
Escolaridade (**)	≤ 6º Ano	1 (0,4)	11 (10,8)	12 (3,4)
	≤ 12º Ano	31 (12,6)	43 (42,2)	74 (21,2)
	> 12º Ano	215 (87,0)	48 (47,1)	263 (75,4)
Vive (***)	Só	32 (13,0)	7 (6,9)	39 (11,2)
	Acompanhado	215 (87,0)	95 (93,1)	310 (88,8)
Grupo IMC (¥)	Normo Peso	192 (77,7)	47 (46,1)	239 (68,5)
	Excesso de Peso	42 (17,0)	40 (39,2)	82 (23,5)
	Obesidade	13 (5,3)	15 (14,7)	28 (8,0)

(*) p=0,001 (χ^2); (**) p<0,001 (U de Mann-Whitney); (***) p=0,069 (χ^2); (¥) p<0,001 (Teste Kruskal Wallis)

Em função do grupo etário considerado como variável, encontramos diferença significativa para as afirmações 7 [Os alimentos funcionais são apenas para idosos, doentes ou crianças.] ($p=0,008$), 8 [Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.] ($p<0,001$), 13 [Os alimentos funcionais em excesso são prejudiciais.] ($p=0,002$) e 15 [Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde] ($p=0,008$). Constataram-se nas afirmações 7 e 8 maiores percentagens de respostas mais cotadas (97% e 57,9%, respetivamente) no grupo etário ≥ 45 anos; nas afirmações 13 e 15 verificaram-se maiores percentagens de respostas mais cotadas (49,4% e 81,7%, respetivamente) no grupo etário 18 – 44 anos.

Tabela II: Tabulação cruzada das afirmações por grupo etário

			Grupo Etário		Total n (%)
			18 - 44 anos n (%)	≥ 45 anos n (%)	
7. Os alimentos funcionais são apenas para idosos, doentes ou crianças.	2		2 (0,8)	1 (1,0)	3 (0,9)
	3		11 (4,5)	2 (2,0)	13 (3,7)
	4		62 (25,1)	45 (44,1)	107 (30,7)
	5		172 (69,6)	54 (52,9)	226 (64,8)
8. Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.	1		7 (2,8)	0 (0,0)	7 (2,0)
	2		60 (24,3)	17 (16,7)	77 (22,1)
	3		102 (41,3)	26 (25,5)	128 (36,7)
	4		53 (21,5)	43 (42,2)	96 (27,5)
	5		25 (10,1)	16 (15,7)	41 (11,7)
13. Os alimentos funcionais em excesso são prejudiciais.	1		7 (2,8)	8 (7,8)	15 (4,3)
	2		32 (13,0)	25 (24,5)	57 (16,3)
	3		86 (34,8)	31 (30,4)	117 (33,5)
	4		95 (38,5)	33 (32,4)	128 (36,7)

	5		27 (10,9)	5 (4,9)	32 (9,2)
15. Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde.	2		7 (2,8)	7 (6,9)	14 (4,0)
	3		38 (15,4)	17 (16,7)	55 (15,8)
	4		89 (36,0)	48 (47,1)	137 (39,3)
	5		113 (45,7)	30 (29,4)	143 (41,0)
Total			247 (100)	102 (100)	349 (100)

Em função do sexo considerado como variável, encontramos diferença significativa para as afirmações 4 [Os alimentos funcionais não têm um sabor agradável.] ($p=0,004$) e 15 [Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde.] ($p=0,004$). Constatam-se maiores percentagens de respostas mais cotadas (84,8% e 81,8%, respetivamente) pelo sexo feminino.

Tabela III: Tabulação cruzada das afirmações por sexo

		Sexo		Total n (%)
		Feminino n (%)	Masculino n (%)	
4. Os alimentos funcionais não têm um sabor agradável.	1	2 (0,8)	1 (0,9)	3 (0,9)
	2	7 (3,0)	8 (7,1)	15 (4,3)
	3	27 (11,4)	24 (21,4)	51 (14,6)
	4	86 (36,3)	38 (33,9)	124 (35,5)
	5	115 (48,5)	41 (36,6)	156 (44,7)
15. Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde.	2	6 (2,5)	8 (7,1)	14 (4,0)
	3	37 (15,6)	18 (16,1)	55 (15,8)
	4	92 (38,8)	45 (40,2)	137 (39,3)

	5	102 (43,0)	41 (36,6)	143 (41,0)
Total		237 (100)	112 (100)	349 (100)

Em função do nível de escolaridade considerado como variável, encontramos diferença significativa para as afirmações 1 [Os alimentos funcionais não substituem uma alimentação saudável, mas devem ser consumidos como parte de uma alimentação variada.] ($p=0,008$), 7 [Os alimentos funcionais são apenas para idosos, doentes ou crianças.] ($p=0,007$), 8 [Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.] ($p<0,001$), ($p<0,001$) e 15 [Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde.] ($p=0,001$). Constataram-se nas afirmações 1, 7 e 15 maiores percentagens de respostas mais cotadas (90,1%, 96,2% e 83,6%, respetivamente) no grupo com nível de escolaridade $>12^{\circ}$ Ano; na afirmação 8 maior percentagem de respostas mais cotadas (66,2%) no grupo com nível de escolaridade $\leq 12^{\circ}$ Ano; e na afirmação 13 maiores percentagem de respostas mais cotadas nos grupos com nível de escolaridade $\leq 6^{\circ}$ Ano e $\leq 12^{\circ}$ Ano (50% e 49,4%, respetivamente).

Tabela IV: Tabulação cruzada das afirmações por escolaridade

		Escolaridade			Total n (%)
		$\leq 6^{\circ}$ Ano n (%)	$\leq 12^{\circ}$ Ano n (%)	$>12^{\circ}$ Ano n (%)	
[1. Os alimentos funcionais não substituem uma alimentação saudável, mas devem ser consumidos como parte de uma alimentação variada.]	1	0 (0,0)	2 (2,7)	4 (1,5)	6 (1,7)
	2	1 (8,3)	5 (6,8)	11 (4,2)	17 (4,9)
	3	1 (8,3)	8 (10,8)	11 (4,2)	20 (5,7)
	4	5 (41,7)	37 (50,0)	111 (42,2)	153 (43,8)
	5	5 (41,7)	22 (29,7)	126 (47,9)	153 (43,8)
[7. Os alimentos funcionais são apenas para idosos, doentes ou crianças.]	2	0 (0,0)	1 (1,4)	2 (0,8)	3 (0,9)
	3	1 (8,3)	4 (5,4)	8 (3,0)	13 (3,7)
	4	6 (50,0)	30 (40,5)	71 (27,0)	107 (30,7)
	5	5 (41,7)	39 (52,7)	182 (69,2)	226 (64,8)

[8. Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.]	1		0 (0,0)	1 (1,4)	6 (2,3)	7 (2,0)
	2		5 (41,7)	6 (8,1)	66 (25,1)	77 (22,1)
	3		3 (25,0)	18 (24,3)	107 (40,7)	128 (36,7)
	4		3 (25,0)	34 (45,9)	59 (22,4)	96 (27,5)
	5		1 (8,3)	15 (20,3)	25 (9,5)	41 (11,7)
[13. Os alimentos funcionais em excesso são prejudiciais.]	1		2 (16,7)	8 (10,8)	5 (1,9)	15 (4,3)
	2		2 (16,7)	22 (29,7)	33 (12,5)	57 (16,3)
	3		2 (16,7)	20 (27,0)	95 (36,1)	117 (33,5)
	4		5 (41,7)	21 (28,4)	102 (38,8)	128 (36,7)
	5		1 (8,3)	3 (4,1)	28 (10,6)	32 (9,2)
[15. Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde.]	2		1 (8,3)	4 (5,4)	9 (3,4)	14 (4,0)
	3		5 (41,7)	16 (21,6)	34 (12,9)	55 (15,8)
	4		4 (33,3)	34 (45,9)	99 (37,6)	137 (39,3)
	5		2 (16,7)	20 (27,0)	121 (46,0)	143 (41,0)
Total			12 (100)	74 (100)	263 (100)	349 (100)

Em função de viver só ou acompanhado como variável, não se encontrou diferença significativa para nenhuma das afirmações ($p > 0,01$).

Em função do grupo de IMC como variável, encontrámos diferença significativa para as afirmações 4 [Os alimentos funcionais não têm um sabor agradável.] ($p = 0,001$) e 8 [Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.] ($p < 0,001$). Constatou-se na afirmação 4 maior percentagem de respostas mais cotadas (83,2%) no grupo com normo-peso; na

afirmação 8 verificou-se maior percentagem de respostas mais cotadas (56,1%) no grupo com excesso de peso.

Tabela V: Tabulação cruzada das afirmações por grupo IMC

		Grupo IMC			Total n (%)
		Normo- peso n (%)	Excesso de Peso n (%)	Obesidade n (%)	
[4. Os alimentos funcionais não têm um sabor agradável.]	1	1 (0,4)	1 (1,2)	1 (3,6)	3 (0,9)
	2	5 (2,1)	10 (12,2)	0 (0,0)	15 (4,3)
	3	34 (14,3)	11 (13,4)	6 (21,4)	51 (14,7)
	4	77 (32,2)	35 (42,7)	12 (42,9)	123 (35,4)
	5	122 (51,0)	25 (30,5)	9 (32,1)	155 (44,7)
[8. Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.]	1	5 (2,1)	1 (1,2)	1 (3,6)	7 (2,0)
	2	66 (27,6)	6 (7,3)	5 (17,9)	77 (22,2)
	3	90 (37,7)	29 (35,4)	9 (32,1)	128 (36,9)
	4	57 (23,8)	32 (39,0)	7 (25,0)	95 (27,4)
	5	21 (8,8)	14 (17,1)	6 (21,4)	40 (11,5)
Total		239 (100)	82 (100)	28 (100)	349 (100)

Em função do valor global das respostas ao questionário determinámos os seguintes quartis de conhecimento:

- Baixo [17,60]
- Médio baixo [61,64]
- Médio alto [65,68]

- Alto [69,85]

Após análise em função da distribuição quartílica para as várias variáveis, constatamos que não há diferenças significativas entre estas, como mostra a Tabela 5.

Tabela VI: Distribuição quartílica em função das variáveis

Estatísticas de teste (a,b)					
	Grupo Etário	Sexo	Escolaridade	Vive	Grupo IMC
Qui-quadrado	,702	,326	5,499	7,220	2,194
GI	3	3	3	3	3
Significância Assint.	,873	,955	,139	,065	,533

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Distribuição quartílica de Total

Após analisarmos a distribuição quartílica do total, verificamos não existirem diferenças percentuais entre os quartis definidos.

Tabela VII: Distribuição quartílica do total

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Válido	Baixo	84	24,1	24,1
	Médio Baixo	88	25,2	25,2
	Médio Alto	88	25,2	25,2
	Alto	89	25,5	25,5
	Total	349	100,0	100,0

Discussão

As doenças crónicas têm impacto económico, sendo que 70-80% dos orçamentos em saúde na UE são gastos no tratamento destas.¹¹

Deste estado de saúde debilitado advém ainda a polimedicação ou polifarmacoterapia, uma realidade com uma prevalência de 77% dos idosos em Portugal¹² e que preocupa por vários motivos: o risco de interações farmacológicas¹³, a interação dos fármacos com as doenças e a própria pessoa¹⁴ e a adesão à terapêutica em função da carga terapêutica farmacológica.¹⁵

Através de uma escolha consciente, informada e inteligente daquilo em que baseamos a nossa alimentação podemos potenciar a nossa saúde e protegemo-nos da eventual doença, consumindo AF que podem ser de uma importância notória.

Atentando na distribuição quartílica do total da pontuação do QAPAF (Tabela VII), percebemos que não existiam diferenças percentuais entre os quartis definidos. Seria desejável termos obtido percentagens mais baixas nos quartis baixo e médio baixo, associadas automaticamente a percentagens mais elevadas nos quartis médio alto e alto, pois tal significaria que teríamos uma população mais instruída e com maior conhecimento acerca dos AF.

Podendo desvalorizar a importância real que os AF têm para a saúde, as pessoas poderão não ter interesse em instruir-se acerca do assunto, sendo aqui o papel do médico preponderante. No tratamento de variadas doenças, como, por exemplo, HTA, DM, hipercolesterolemia, as medidas não farmacológicas, também referidas como medidas dietéticas ou de estilos de vida, constituem a primeira linha de abordagem, sendo prescritas medidas farmacológicas concomitantemente ou depois de esta primeira linha se mostrar improfícua. Constituem até a base terapêutica sobre a qual se tenta perceber a eficácia de medicações ou outras intervenções. Considerando pertinente refletir em que medida acontece efetivamente o recurso a mudanças de estilo de vida como primeira abordagem, podemos indagar se alguns médicos não poderão relevar a importância da alimentação. Tal pode acontecer por diversas razões como o desconhecimento ou descrença do seu real impacto na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Este ponto é em parte combatível pela melhoria da formação médica, quer pré quer pós graduada, sendo de salientar o facto de não fazer parte integrante do plano de estudos do MIM uma unidade curricular de carácter obrigatório e não opcional sobre Nutrição Clínica e sua prescrição. A Nutrição Clínica, não tendo de ser um Unidade Curricular autónoma, deveria ser, pelo menos, convenientemente inserida e abordada como parte integrante de todas as unidades curriculares que lidam com a terapêutica. Pode ser desconhecido por parte de médicos, formadores e público o material de apoio e de informação no âmbito da alimentação saudável em plataformas de fácil e

intuitivo acesso através da internet como, por exemplo, a APN e a DGS, considerando esta a Alimentação Saudável como a mais desafiadora atuação para a manutenção de uma doença controlada; a limitação do tempo de consulta¹⁶ é contraproducente com o estreitamento de relação médico-doente, não permitindo ao profissional entender qual a melhor tática a adotar com cada doente e todas as suas peculiaridades biopsicossociais para que a estratégia proposta surta efeito. Vivendo numa era em que tudo se quer o mais eficaz possível com o menor esforço necessário e a maior rapidez conseguida, a pressão que alguns doentes exercem nos seus médicos, pode desviar o foco da terapêutica para a mais aliciante e fácil prática prescritiva de fármacos.

No que concerne ao papel do doente, podemos equacionar alguns motivos: sentimento de desresponsabilização pela manutenção do seu estado de saúde, não tendo o doente o discernimento de como uma alimentação consciente pode afetar o seu organismo por não a associar de forma direta a diferenças na sua qualidade de vida diária, ou então por depositar no médico toda a responsabilidade da sua saúde. A falta de médico de família atribuído, como é o caso de 7% da população portuguesa³ ou, se estiver atribuído, a fraca assiduidade no seu seguimento nos CSP que motivou o desenvolvimento da medida “Alerta Consultas”¹⁷, serão também razões para tal. A descrença nos efeitos dos AF pelo resultado do seu correto consumo ser mais moroso e subtil comparativamente ao resultado obtido com fármacos, a menor importância dada à prevenção de doença comparativamente ao tratamento e a pobre relação médico-doente, baixos níveis de confiança, podem levar o doente a preferir a toma de um fármaco à adoção de medidas dietéticas mesmo que indicadas pelo seu médico. Por fim, a perceção errónea do doente de que a doença deve ser seriamente encarada apenas quando há a necessidade da prescrição de fármaco.

São assim pertinentes três medidas para os melhores resultados.

Reforma profunda e conscienciosa no trabalho em equipa nos CS, com enfoque especial no trabalho de um nutricionista, que viria complementar o trabalho do médico. Apesar de, desde 2018, dever existir um serviço de Nutrição em cada instituição do SNS¹⁸, é importante analisar se tal está a ser efetivamente implementado e se é suficiente para obter resultados práticos favoráveis, visto que, em 2016, um estudo relevou que o número de nutricionistas a exercer no SNS se encontrava francamente aquém do considerado adequado¹⁹, ficando assim comprometida a qualidade de um bom acompanhamento.

Um olhar “ainda” mais insidioso sobre o controlo da alimentação das crianças, visto que os hábitos da infância se repercutem na vida adulta, quer seja por uma questão cultural de repetição quer seja pelo desenvolvimento de doenças dependentes do estilo de vida que se manifestam cada vez mais cedo. Temos a título de exemplo a obesidade, sendo que em 2019

as crianças portuguesas com excesso de peso e obesidade correspondiam, respetivamente, a 29,6% e 12%.²

A utilização estratégica e ágil dos meios de comunicação social. Atualmente, é extremamente fácil a um jovem aceder à mais variada informação sobre o assunto em questão através, por exemplo, do seu telemóvel ou computador; tal não acontece ainda com a população mais velha, que pode não ter acesso à internet ou a qualquer dispositivo tecnológico, mas que acompanha, na sua grande maioria, o que é transmitido na televisão. Existindo canais de televisão pública e privada, deveriam ser criados espaços de instrução sobre AF em horário nobre, com o intuito de captar a atenção destas pessoas que muitas vezes não têm o conhecimento de que muitos dos alimentos que conhecem são considerados funcionais, permitindo-lhes, assim, tirar o maior usufruto deles em benefício da sua saúde. Esta reflexão obriga ainda a pensar na obrigação das entidades estatais que aprovam e vigiam os alimentos à venda.

Atentando agora na distribuição quartílica do total da pontuação do QAPAF em função das variáveis consideradas (Tabela VI) verificamos não ter havido diferenças significativas na pontuação dos questionários entre grupos dentro da mesma variável, o que vai ao encontro do que esperávamos na variável sexo, mas é contrário ao que por nós seria expectável nas restantes, pois esperaríamos que grupos de menor idade, com maior escolaridade e normo IMC tivessem maior conhecimento sobre os AF.

Contudo, após análise individual das afirmações, podemos constatar que em algumas se verificam diferenças significativas dentro das variáveis sexo, grupo etário, escolaridade e grupo IMC, indo parte dessas diferenças ao encontro do expectável enquanto outras precisamente ao contrário do desejável.

Como justificação para tais diferenças, equacionámos algumas possibilidades:

Na variável grupo etário, aqueles com idade ≥ 45 anos podem estar melhor informados relativamente a quem se destinam os AF e aos seus efeitos indesejados por eventualmente sofrerem de alguma das doenças com estreita relação à alimentação e já terem sido abordados pelo seu médico no intuito da correção das suas escolhas alimentares; no entanto, pelos AF serem apelidados de muito benéficos para a nossa saúde, não creem que mal algum advenha do seu elevado consumo, mas por poderem ser mais reticentes neste benefício, poderão ter maior facilidade em nele acreditar se for “sinalizado”.

Na variável sexo, poderá estar de alguma forma relacionado com o facto de ainda vivermos numa sociedade patriarcal e de, infelizmente, ainda se verificar em larga escala nas famílias portuguesas, ser o sexo feminino quem mais responsável é pela aquisição de alimentos para

os lares, percebendo, assim, que existem vários AF que não estão rotulados especificamente como tal, e pela sua confeção também.

Na variável grupo IMC, podemos ponderar se, pelo facto de estarem no grupo do excesso de peso e terem de ter um maior cuidado com a sua alimentação para não continuarem com os seus potenciais hábitos erróneos, não poderão ter maior conhecimento.

Curiosamente, ≥ 50 % dessas afirmações com diferenças significativas, dentro de cada variável, são referentes à segurança destes alimentos e o que constatámos foi uma heterogeneidade e incoerência no conhecimento entre grupos especificamente nas afirmações 8 [Os alimentos funcionais podem ter efeitos indesejáveis.], 13 [Os alimentos funcionais em excesso são prejudiciais.] e 15 [Os únicos alimentos funcionais são aqueles cujos rótulos alegam benefícios de saúde] o que nos leva a pensar na falta de informação concreta, simples e objetiva sobre o que são os AF e o que os caracteriza. Talvez pela cultura de insegurança e desconfiança algo enraizada, o facto de inúmeros alimentos que já consumimos diariamente serem considerados AF, de terem tantos benefícios se consumidos regularmente e terem um preço acessível em muitos casos leva os portugueses a equívocos na sua avaliação sobre estes alimentos.

Parece haver elevada probabilidade de a maioria das pessoas desconhecerem que, no que concerne aos efeitos benéficos dos alimentos funcionais, as alegações de saúde estão devidamente legisladas na EU ²⁰ que a promoção e divulgação desses efeitos devem ser baseadas em estudos metodologicamente bem realizados em humanos e que estas mesmas alegações devem ser suportadas por dados científicos e estão ainda sujeitas a pré-aprovação.

Há um trabalho pertinente a ser feito no intuito de aumentar a confiança dos portugueses nos AF.

Poderá ser de interesse a criação de selo que identifique os mais variados alimentos que temos ao nosso dispor diariamente como AF e de uma codificação intuitiva e facilmente perceptível (por exemplo, através de cores ou símbolos) sobre qual o benefício daquele alimento ou a qual sistema do organismo traz vantagens.

Uma correta utilização dos media conseguiria fazer chegar esta informação a um maior número de pessoas, tirando partido de profissionais na área da saúde e/ou nutrição, para uma maior credibilidade da informação. Será também uma boa estratégia a equiparação sobre de que modo o consumo dos AF pode aumentar o número de anos de vida vividos com qualidade ou evitar gastos económicos em seguimentos de saúde e fármacos para os particulares.

Ao longo do desenvolvimento do presente trabalho, encontrámos algumas limitações, tais como o facto de quem respondeu ao questionário o poder ter feito por ter um maior interesse

neste tema, ou, pelo contrário, poderem ter respondido sem grande seriedade apenas por quererem colaborar no estudo; a amostra para estudo ter sido por conveniência e não aleatória; a aplicação dos questionários ter sido realizada online ter levado à exclusão não intencional de certos grupos populacionais; poderá ter existido, apesar da nota inicial explicativa sobre o conceito de AF, uma discrepância entre o que os respondentes demonstraram ter como conhecimento sobre AF e o que efetivamente sabem, por não terem corretamente relacionado o conceito com o seu conhecimento mais “prático” e cultural desses alimentos.

Com tamanha abrangência de tal tema, muitas áreas de elevado interesse podem ser estudadas e abrangidas, tais como analisar o nível de conhecimento de AF especificamente entre profissionais de saúde; uma análise mais minuciosa entre o conhecimento sobre AF, o consumo efetivo de AF e a prevalência de doença altamente dependente de alimentação entre os respondentes; analisar em que medida as escolhas de estilo de vida do próprio profissional de saúde o poderão influenciar no conhecimento sobre AF e posteriormente se tal poderá ter alguma relação com a prescrição de medidas alimentares ou a falta dela.

Conclusão

A análise dos dados obtidos através da aplicação do QAPAF permitiu-nos perceber que o conhecimento desta amostra da população portuguesa sobre AF é deficitária. Não se verificou relação estreita com a menor idade, a maior escolaridade, o normo-IMC e o maior conhecimento sobre os AF. Conclui-se pela necessidade de maior informação populacional acerca do conhecimento sobre este tipo de alimentos.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela orientação, paciência e resiliência

À minha família de sangue e à minha família de alma

Aos amigos que são casa onde morar

Ao Chico Miguel

A mim

Referências bibliográficas

1. Graça A, Camolas J, Gregorio M, Sousa S, Andrade C, Santos G. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. 2017.
2. Gregorio M, Guedes L, Mendes de Sousa S. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. 2019.
3. Ministério da Saúde . Retrato da Saúde, Portugal. 2018.
4. Barreto M, Gaio V, Kislaya I, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. 2016.
5. Ashwell M. Concepts of functional foods, ILSI Europe. 2002.
6. Action E. Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document. *Br J Nutr.* 1999;81(1):1-27.
7. Dieta Mediterrânica: Cultura, Tradição e Equilíbrio!
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/dieta-mediterranica/>. Accessed April 20, 2020.
8. Silva C., Passos AR, Pereira A., Ferreira da Vinha A, Ana N. Alimentos funcionais: uma tendência de mercado. *Egitania Sci.* 2015;16:107-125.
9. Ferrão MLD. Perceção dos Consumidores portugueses sobre os alimentos funcionais. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. 2012.
10. Oliveira L, Poínhos R, Sousa F, Silveira M. Construção e validação de um questionário para avaliação da perceção sobre os alimentos funcionais. *Acta Port Nutr.* 2016;(7):14-17.
11. CHRODIS: Joint Action on Chronic Diseases. <http://chrodis.eu/>. Accessed April 22, 2020.
12. Simões PAGR., Santiago LMDM., Simões JA. Prevalence of polypharmacy in the older adult population within primary care in Portugal: a nationwide cross-sectional study. *Arch Med Sci.* 2020.
13. Aparasu R., Mort J., Brandt H. Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Res Soc Adm Pharm.* 2005;1(3):446-459.
14. Delafuente J. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003;48(2):133-143.
15. Berger L. O consumo de medicamentos pelos idosos. In: Berger L, Poirier DM, editores. Pessoas idosas - uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta. 1995.
16. Tempos Padrão para Consultas. <https://ordemdosmedicos.pt/tempos-padrao-para-consultas-discussao-publica/>. Accessed April 22, 2020.
17. Simplex. <https://www.simplex.gov.pt/medidas>. Accessed April 23, 2020.
18. Despacho nº6556/2018. *Diário da República II série, nº 127.* 2018.
19. Ferreira B, Cordeiro T, Bento A. Integração dos Nutricionistas no Serviço Nacional de

Saúde em Portugal. *Acta Port Nutr.* 2017;(8):16-21.

20. REGULAMENTO (CE) N.º 1924/2006 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 20 de Dezembro de 2006. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:02006R1924-20141213&from=EN>. Accessed April 22, 2020.