

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Medicina**  
**Instituto Politécnico de Lisboa**  
**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**



**Hábitos alimentares, adesão à dieta mediterrânica e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia**

Filipa Mano Abreu

Orientador: Prof. Doutora Joana Sousa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica

2023

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Medicina**  
**Instituto Politécnico de Lisboa**  
**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**



**Hábitos alimentares, adesão à dieta mediterrânica e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia**

Filipa Mano Abreu

Orientador: Prof. Doutora Joana Sousa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica

2023

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 20 de dezembro de 2022.**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Joana Sousa por toda a sua orientação, incentivo e constante disponibilidade, mas também por todas as oportunidades que me proporcionou ao longo da realização da dissertação.

À equipa do estudo HOUSE | Hábitos e Alimentação dos Universitários na Saúde, do Colégio F3 por me terem integrado e permitido realizar este trabalho.

À Dr.<sup>a</sup> Filomena Borges, à Dona Lurdes Valenciano e à minha colega Sara, pela acessibilidade na realização e conclusão desta etapa.

À minha família que em todos os momentos esteve presente, em especial aos meus pais pelo apoio incondicional e à minha irmã pelo incentivo e motivação constante, sem os quais não seria possível ter ultrapassado todas as etapas deste percurso.

Ao Pedro por ter sido um verdadeiro pilar ao longo de todo o trabalho e por estar sempre lá, nos bons e nos maus momentos.

A todos o meu profundo agradecimento.

## 1 **RESUMO**

2 **Introdução:** Para muitos jovens, a entrada na universidade constitui o primeiro contacto com  
3 o viver fora de casa e com a responsabilidade de fazer as suas próprias escolhas alimentares.  
4 É também nesta fase que os hábitos de vida e alimentares, que vêm a ser desenvolvidos desde  
5 a infância, se estabelecem, tornando-se por isso uma população vulnerável.

6 **Objetivo:** Analisar e caracterizar os hábitos alimentares, a adesão ao padrão alimentar  
7 mediterrânico e conhecimentos em saúde de estudantes universitários em contexto de  
8 pandemia.

9 **Métodos:** Foi aplicado um questionário de autopreenchimento em 8 secções: dados  
10 sociodemográficos; informação antropométrica (autorreportada); hábitos alimentares;  
11 adesão à Dieta Mediterrânica (índice PREDIMED); literacia nutricional (*Newest Vital Signs*);  
12 conhecimentos alimentares (segurança alimentar e alimentação e saúde). O questionário foi  
13 aplicado em versão *online* aos estudantes de 1º ano da Universidade de Lisboa no 2º semestre  
14 ano letivo 2020-2021.

15 **Resultados:** A amostra incluiu 1114 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e  
16 os 30 anos ( $\bar{x}$ =19,1 anos; DP=1,72). Analisou-se o Índice de Massa Corporal, registando-se uma  
17 categoria normoponderal em 75,5%. Os estudantes fazem em média 4 a 6 refeições/dia e  
18 verifica-se uma relação direta entre o número de refeições e a área de estudo, constatou-se  
19 ainda uma relação estatisticamente significativa entre o género e o consumo do almoço e ceia,  
20 assim como ser, ou não, aluno deslocado e a ingestão do almoço, lanche e jantar. Os  
21 resultados médios do PREDIMED (6,8±2,14 pontos) indicam uma baixa adesão ao padrão  
22 alimentar mediterrânico, sendo a área de Ciências Sociais e Humanidades a que apresenta  
23 maior adesão. A literacia nutricional foi adequada em 84,1% da amostra, enquanto a  
24 segurança alimentar obteve apenas 3,8±1,43 pontos e a alimentação e saúde  
25 (2,9±1,50 pontos). Verificou-se associação entre conhecimentos em segurança alimentar e o  
26 género, bem como com a área de estudo.

27 **Conclusões:** Verificaram-se melhores hábitos alimentares nos estudantes do sexo feminino,  
28 não deslocados e de Ciências Exatas e Engenharia, porém também é a área que consome mais  
29 bebidas alcoólicas. Relativamente à literacia nutricional, apesar de ser adequada, na prática  
30 não se reflete, uma vez que a adesão ao padrão alimentar mediterrânico foi baixo.

31 **Palavras-chave:** Dieta Mediterrânica; Estudantes universitários; Pandemia

## **ABSTRACT**

**Introduction:** For many young people, entering university is the first contact with living away from home and with the responsibility of making their own food choices. It's also at this stage that life and eating habits, which have been developed since childhood, are established, thus making it a vulnerable population.

**Objective:** To analyze and characterize eating habits, adherence to the Mediterranean dietary pattern and health knowledge of university students in the context of a pandemic.

**Methods:** A self-completion questionnaire was applied in 8 sections: sociodemographic data; anthropometric information (self-reported); eating habits; adherence to the Mediterranean Diet (PREDIMED index); nutritional literacy (Newest Vital Signs); food knowledge (food security and food and health). The questionnaire was applied in an online version to 1<sup>st</sup> year students at the University of Lisbon in the 2<sup>nd</sup> semester academic year 2020-2021.

**Results:** The sample included 1114 participants, aged between 18 and 30 years ( $\bar{x}$ =19,1 years; SD=1,72). The Body Mass Index (BMI) was analyzed, registering a normal weight category at 75,5%. Students eat an average of 4 to 6 meals/day and there is a direct relationship between the number of meals and the study area, there was also a statistically significant relationship between gender and the consumption of lunch and supper, as well as to be, or not, a displaced student and the ingestion of lunch, snack and dinner. The average results of PREDIMED (6,8±2,14 points) indicate a low adherence to the Mediterranean dietary pattern, with the area of Social Sciences and Humanities showing the highest adherence. Nutritional literacy was adequate in 84,1% of the sample, while food safety obtained only 3,8±1,43 points and food and health (2,9±1,50points) only in questions related to the gluten-free, lactose-free diet. and organic farming in the vegetarian diet is that more than half of the sample answered correctly. It should be noted that there are no statistically significant differences between nutritional literacy and gender or area of study. However, an association was found between knowledge in food security and gender, as well as with the study area.

**Conclusions:** There were better eating habits in female, non-displaced and Exact Sciences and Engineering students, but it is also the area that consumes the most alcoholic beverages. Regarding nutritional literacy, despite being adequate, in practice it is not reflected, since adherence to the Mediterranean diet pattern was low.

**Keywords:** University students; Mediterranean diet; Pandemic

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. FINALIDADE E OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
2.1. Finalidade .....	7
2.2. Objetivo geral.....	7
2.3. Objetivos específicos .....	7
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
3.1. Tipo de estudo.....	8
3.2. Fonte de dados.....	8
3.3. População de estudo .....	8
3.4. Descrição metodológica e recolha de dados.....	9
3.5. Aspetos éticos .....	10
3.6. Análise estatística de dados .....	10
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
4.1 – Caracterização sociodemográfica.....	12
4.2 – Informação antropométrica e perceção corporal.....	13
4.3 – Hábitos alimentares .....	14
4.3.1 – Consumo de refeições.....	14
4.3.2 – Consumo de bebidas alcoólicas .....	16
4.3.3 – Consumo de bebidas não alcoólicas (estimulantes e outras) .....	18
4.4 – Adesão à Dieta Mediterrânea .....	20
4.5 – Conhecimentos em saúde .....	24
4.5.1 – Literacia nutricional .....	24
4.5.2 – Segurança alimentar .....	25
4.5.3 – Alimentação e saúde.....	27
4.6 – COVID-19.....	28
<b>5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
5.1 – Caracterização sociodemográfica.....	30
5.2 – Informação antropométrica e perceção corporal.....	30
5.3 – Hábitos alimentares .....	31
5.3.1 – Consumo de refeições.....	31

5.3.2 – Consumo de bebidas alcoólicas .....	32
5.3.3 – Consumo de bebidas não alcoólicas (estimulantes e outras) .....	33
5.4 – Adesão à Dieta Mediterrânea .....	34
5.5 – Conhecimentos em saúde .....	35
5.5.1 – Literacia nutricional .....	35
5.5.2 – Segurança alimentar .....	36
5.5.3 – Alimentação e saúde .....	37
5.6 – COVID-19.....	38
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>LI</b>
Anexo 1 – Questionário sobre hábitos alimentares .....	LII
Anexo 2 – Questionário Conhecimentos em segurança alimentar.....	LVIII
Anexo 3 – Questionário Conhecimentos em alimentação e saúde .....	LIX
Anexo 4 – Comprovativo de submissão de artigo científico .....	LXI
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>LXII</b>
Apêndice I – Índice PREDIMED e critérios de classificação .....	LXIII
Apêndice II – <i>The Newest Vital Signs</i> .....	LXIV

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1- Caracterização da idade e gênero .....	12
Tabela 2 - Caracterização da nacionalidade e origem dos alunos.....	12
Tabela 3 - Características antropométricas e Classificação do IMC .....	14
Tabela 4 - Frequência semanal com que fazem as refeições .....	14
Tabela 5 - Ingestão do pequeno-almoço.....	15
Tabela 6 - Composição do almoço quando passam o dia na Universidade .....	16
Tabela 7 - Consumo de álcool – tipo e frequência .....	17
Tabela 8 - Frequência de consumo de bebidas energéticas .....	19
Tabela 9 - Frequência de ingestão de outras bebidas.....	19
Tabela 10 - Avaliação da adesão à Dieta Mediterrânea .....	21
Tabela 11 – Coeficiente de Eta para a correlação entre as questões do PREDIMED e o <i>score</i> final por área de estudo .....	23
Tabela 12 - Conhecimentos alimentares - Segurança alimentar.....	26
Tabela 13 - Conhecimentos alimentares – alimentação e saúde.....	27
Tabela 14 - Problemas que podem aparecer com a COVID-19 .....	29

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Distribuição por Faculdade / Instituto .....	13
Figura 2 - Distribuição por áreas de estudo .....	13
Figura 3 - Consumo de álcool .....	16
Figura 4 - Frequência de embriaguez .....	18
Figura 5 - Literacia nutricional.....	24

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

% - Percentagem

DM – Dieta Mediterrânica

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – Quilograma

L – Litro

m – Metros

NVS – Newest Vital Signs

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAM – Padrão Alimentar Mediterrânico

PREDIMED - Prevención con Dieta Mediterránea

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura



## **1. INTRODUÇÃO**

### **Hábitos alimentares**

Para a maioria dos jovens adultos, a entrada na universidade constitui um marco importante a nível de independência e responsabilidade dos mesmos, na medida em que para muitos é a primeira vez que se encontram deslocados das suas habitações (1,2). Este aumento de independência leva também a uma maior responsabilidade e autonomia pelas próprias escolhas alimentares (1,3).

É também nesta fase que os hábitos de vida e alimentares adquiridos durante a infância e adolescência se estabelecem, nomeadamente o consumo de alimentos nutricionalmente pobres e de elevada densidade energética, podendo tornar a entrada para a universidade uma altura particularmente vulnerável a situações de obesidade, carências nutricionais específicas e com impacto futuro no estado de saúde (2–4).

A par da maior autonomia, já existem alguns estudos que mostram que o ingresso no ensino superior está associado a um menor consumo de fruta e hortícolas e um maior consumo de alimentos com elevada densidade energética (2,4). Deste modo, a alimentação no ensino superior também constitui parte integrante das áreas prioritárias de ação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e da Estratégia Integrada para a Promoção de Alimentação Saudável, com a medida “promover iniciativas que incentivem a alimentação saudável junto da população universitária” (1).

Não sendo a alimentação um hábito fixo e inalterável, esta vai sofrendo alterações ao longo do tempo. Com a declaração da pandemia COVID-19 a 11 de março de 2020, os hábitos alimentares de 45% da população portuguesa alteraram durante o período de contenção social que se fez sentir, sendo que aproximadamente 58% melhorou os seus hábitos (5). Nessa fase, existiu um aumento do consumo de água, fruta e hortícolas e uma diminuição de refeições *takeaway* e pré-preparadas, assim como de refrigerantes (5). Estas alterações fizeram-se sentir não só durante o início da pandemia, como também durante os primeiros 12 meses da mesma (6).

Os hábitos alimentares dos portugueses em período de isolamento social associado à COVID-19, sofreram alterações gerais, sendo mais sentidas nas faixas etárias mais novas (16-34 anos) (5,6). Das modificações dos hábitos alimentares reportadas, as mais significativas

foram o aumento do consumo de snacks doces, frutas e vegetais e a diminuição do consumo de *takeaway*, refeições pré-feitas, refrigerantes, snacks salgados e ingestão de bebidas alcoólicas (5,6). Todavia, durante este período foram os mais jovens (16-34 anos) que mais adotaram um comportamento alimentar não saudável, com a diminuição da ingestão de fruta e hortícolas (contrariando o padrão da Dieta Mediterrânica) e o aumento de refeições pré-preparadas, snacks salgados, refrigerantes e *takeaway* (5,6).

Estas alterações do consumo alimentar, levam a concluir um afastamento do padrão alimentar saudável recomendado pelas entidades de saúde (6–8).

### **Dieta Mediterrânica**

A Dieta Mediterrânica (DM) é considerada o padrão alimentar tradicional dos países banhados pelo mar Mediterrâneo ou que por ele são influenciados, como é o caso de Portugal, Espanha e Grécia (9). Este é considerado um dos padrões alimentares mais saudáveis em todo o mundo (10) e, a nível alimentar, caracteriza-se por ter o azeite como principal fonte de gordura, um consumo elevado de fruta, produtos hortícolas, cereais e leguminosas, um consumo moderado de peixe, carnes brancas e vinho, assim como de lacticínios e ovos e um baixo consumo de açúcares e carnes vermelhas e/ou processadas (9,11). O que do ponto de vista nutricional se traduz numa dieta com baixo teor em gordura saturada e proteína animal, rica em antioxidantes, fibra e gordura monoinsaturada, assim como um rácio ómega 3: ómega 6 adequado (11,12).

Desde o início de 1950 que a DM tem vindo a ser estudada pela comunidade científica, inicialmente pelo fisiologista Ancel Keys, através da relação da alimentação com a doença cardiovascular e, posteriormente, por inúmeros cientistas internacionais (13,14). Através dos diversos estudos que foram sendo desenvolvidos foi possível compreender o impacto positivo da DM na prevenção de cancro (15), doenças crónicas (como a diabetes *mellitus* tipo 2), doenças cardiovasculares (16), na diminuição do risco de transtornos psicológicos, como a depressão e o declínio cognitivo (12), estando, igualmente, associada positivamente a “inteligências múltiplas” nos estudantes universitários (17). Deste modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a DM como uma forma de promoção de saúde, tendo também sido distinguida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), como património imaterial da humanidade (13,18).

No entanto, e apesar do Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) ser reconhecido como um padrão alimentar com efeitos benéficos no estado de saúde, económica e ambientalmente sustentável (13), a globalização cultural dos mercados alimentares tem contribuído para uma alteração dos hábitos alimentares, com conseqüente afastamento da adesão ao mesmo (19).

Em Portugal, a adesão à DM entre 1992 e 2006 apresentou um decréscimo de aproximadamente 16%. Este decréscimo deveu-se à diminuição do consumo de batata e aumento de alimentos como a carne, gordura animal e produtos ricos em açúcar (20). Contudo esta tendência decrescente inverteu-se de 2006 a 2012, tendo existido uma recuperação de 4,2% do índice de adesão DM. Neste período a maior aproximação ao PAM ocorreu entre 2011-2012, altura em que se deu o início da recessão económica em Portugal (20). Após este período, o índice voltou a decrescer, tendência que só se reverteu entre 2014-2017 e em 2020 (7,20).

Em 2020 o nível de adesão foi idêntico ao obtido em plena crise económica de 2012, porém ainda com uma discrepância bastante acentuada do índice do início da década de 90 do século XX (7).

No sentido de avaliar a adesão à DM, Martínez-González et al, desenvolveram um questionário *Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED)* a ser aplicados em adultos. Este questionário pode ser respondido através de entrevista presencial, telefone ou via *web* e está validado para a população portuguesa (21). O questionário contempla 14 perguntas, 12 das quais sobre a frequência de ingestão de certos alimentos, nomeadamente azeite, hortícolas, fruta, leguminosas, carne vermelha e frutos oleaginosos e mais 2 questões sobre a gordura preferencial para cozinhar e a carne habitualmente consumida (21). Para cada resposta correta é atribuído 1 ponto. Após a soma dos pontos é atribuída uma categoria: boa adesão (se a pontuação for igual ou superior a 10) e má adesão (se a pontuação for inferior a 10) (21).

Um estudo observacional transversal realizado em 310 estudantes universitários espanhóis, que frequentavam o 1º ano do ciclo de estudos, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, avaliou a adesão dos mesmos à DM através da aplicação do *Mediterranean Diet Adherence Screen*. De acordo com os autores, 65,4% dos estudantes apresentavam uma má adesão à DM, enquanto apenas 24% tinham uma boa adesão (22).

Em suma, o estudo dos hábitos alimentares e adesão à DM nos estudantes universitários é importante, na medida em que conhecê-los pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas, focadas na promoção da saúde (2), assim como na identificação de prioridades de ação para melhoria de condições potenciadoras e comportamentos alimentares desadequados.

### **Conhecimentos em saúde**

A par dos hábitos alimentares e da adesão ao PAM, também os conhecimentos em saúde têm uma importância fulcral para um bom estado de saúde, na medida em que capacitam a população para aceder, compreender e utilizar a informação de modo a promover e manter uma boa saúde (23).

Estes abrangem um vasto leque de vertentes dentro da área da saúde, nomeadamente a nutrição e a alimentação, e é na infância e adolescência que se constitui um período decisivo para promover o conhecimento nesta área, tendo posterior repercussão na vida adulta (24).

Entende-se por literacia nutricional a capacidade básica para aceder, processar e entender informações nutricionais, ou seja, é a capacidade de compreender informações relacionadas exclusivamente com nutrientes, não se relacionando com os fatores que à alimentação dizem respeito, como é o caso das habilidades culinárias (25).

Literacia alimentar, por sua vez é um conceito mais abrangente, em que há toda a envolvência dos indivíduos no sistema alimentar, ou seja, não só a informação nutricional, mas abordando também aspetos como a cultura, identidade alimentar e comportamento alimentar (25). A literacia alimentar é reconhecida como forma preventiva de doenças crónicas não transmissíveis, uma vez que é através desta que se pode criar uma relação positiva com a alimentação, estando mais capacitado a tomar decisões alimentares conscientes (25).

Relativamente à literacia alimentar ainda não existem dados em Portugal, no entanto, tendo em conta que quase metade da população portuguesa apresenta um nível de literacia problemático a inadequado, é possível presumir que os níveis de literacia alimentar também sejam reduzidos (25,26). De referir que o mesmo não se verifica na literacia nutricional, na medida em que os resultados de um estudo piloto, publicado em 2021, revelaram que mais de metade da amostra apresentava literacia nutricional elevada (27).

Contudo, os resultados deste estudo divergiram bastante dos resultados de um estudo realizado em 2016 cuja amostra era representativa da população portuguesa (26). Nesse estudo, apenas aproximadamente um quarto dos inquiridos apresentavam uma literacia adequada (26).

Já foram desenvolvidas diversas ferramentas para avaliação da literacia nutricional, entre elas a *Newest Vital Sign* (NVS) (25). Esta é uma ferramenta previamente validada para a população portuguesa, constituída por 6 questões, onde se apresenta informação nutricional de um rótulo de um gelado, devendo ser demonstrada a capacidade de utilização da informação facultada de forma a responder às questões (28).

Alguns estudos mostraram, através da aplicação do NVS, que a maioria dos indivíduos que frequentam o ensino superior apresentam um grau de literacia adequada (29–32).

Durante o contexto pandémico, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde publicou e disponibilizou para toda a população um manual com orientações na área da alimentação (33). Nesse seguimento, foi possível comprovar que as pessoas que não conhecem as normas da Direção-Geral da Saúde na área da alimentação são as que mais tendem a adotar o padrão de comportamento alimentar não saudável (5).

Também os conhecimentos em segurança alimentar são cruciais, na medida em que conhecimentos adequados permitem minimizar doenças de origem alimentar, nomeadamente tox infeções, uma vez que mais de 50% dos surtos relatados em países como Holanda, Alemanha e Espanha ocorrem em casa (34,35). Em Portugal, os dados disponíveis referentes a esses surtos são insuficientes, apesar da sua notificação ser obrigatória na União Europeia.

Relativamente aos dados sobre conhecimentos em segurança alimentar em estudantes universitários em Portugal, não existe informação que diga respeito a toda a população, no entanto num trabalho realizado no Instituto Politécnico de Beja constatou-se um desconhecimento relativo às temperaturas ideais de armazenamento de alimentos e respeito pelas suas características por forma a assegurar a sua conservação e segurança no consumo (36). Do mesmo modo, verificou-se que os estudantes universitários possuem um conhecimento adequado no que diz respeito à contaminação cruzada, porém esses conhecimentos não se relacionam com as atitudes, enfatizando que os estudantes, apesar de

detentores de conhecimentos, não os colocam em prática (36). Num outro trabalho realizado por Byrd-Bredbenner et al., também se verificou que nas residências de estudantes universitários as cozinhas aparentavam estar limpas, porém os alimentos não eram armazenados a temperaturas adequadas (37).

Por outro lado, também os conhecimentos em alimentação e saúde têm um impacto direto nos hábitos alimentares saudáveis e, conseqüentemente, na prevenção do desenvolvimento de doenças e promoção da qualidade de vida (38) Bonaccio et al, concluiu, em 2013, que pessoas com maior conhecimento nesta área tendem a apresentar menor prevalência de obesidade (39).

Mackert et al., considerou em 2017 que os estudantes universitários não deveriam ser considerados como uma população vulnerável relativamente aos níveis de literacia em saúde (40). No entanto, essa premissa pode contribuir para que alguns estudantes universitários tenham dificuldade em expor as suas dúvidas, levando-os a procurar informação de saúde pouco fidedigna, como os sites “generalistas” da saúde (41).

Num trabalho realizado na Universidade da Beira Interior, verificou-se que os níveis de literacia variavam maioritariamente entre o suficiente e o problemático (31). Estes dados são corroborados por outros estudos realizados noutras Universidades (42).

Em suma, na missão das universidades está cada vez mais presente as questões da saúde, fazendo mesmo parte dos requisitos necessários para a atribuição do selo de excelência “Alimentação Saudável no Ensino Superior” (programa que visa incentivar as instituições de ensino superior a promoverem uma alimentação saudável) (1).

## **2. FINALIDADE E OBJETIVOS**

### **2.1. Finalidade**

Este trabalho tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre os hábitos alimentares e os conhecimentos em saúde de estudantes universitários em contexto de pandemia. O conhecimento nesta área pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas, focadas na promoção da saúde, assim como na identificação de prioridades de ação para melhoria de condições potenciadoras e comportamentos alimentares desadequados, podendo auxiliar numa abordagem coordenada e colaborativa no futuro.

### **2.2. Objetivo geral**

- Analisar e caracterizar os hábitos alimentares, a adesão ao padrão alimentar mediterrânico e conhecimentos em saúde de estudantes universitários em contexto de pandemia.

### **2.3. Objetivos específicos**

- Relacionar os hábitos alimentares, a adesão ao padrão alimentar mediterrânico e os conhecimentos em saúde com as características sociodemográficas e de saúde de estudantes universitários em contexto de pandemia;
- Relacionar os hábitos alimentares e a adesão ao padrão alimentar mediterrânico com conhecimentos em saúde de estudantes universitários em contexto de pandemia.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal.

#### **3.2. Fonte de dados**

Os dados do presente trabalho são provenientes do estudo HOUSE-ULisboa | Hábitos e Alimentação dos Universitários na Saúde, promovido e delineado pelo Colégio F3 – Food, Farming, Forestry da Universidade de Lisboa (43). A recolha de dados decorreu no período de 8 de março a 23 de abril de 2021.

#### **3.3. População de estudo**

A população de estudo é constituída pela população académica que frequentou o 1º ano do 1º ciclo de estudos de todas as unidades orgânicas na Universidade de Lisboa no ano letivo 2020-2021. É de salientar que o grupo populacional que se pretendeu estudar foi o primeiro grupo a frequentar na íntegra um ano letivo em contexto pandémico. Da Universidade de Lisboa fazem parte dezoito unidades orgânicas: Faculdade de Arquitetura; Faculdade de Belas Artes; Faculdade de Ciências; Faculdade de Direito; Faculdade de Farmácia; Faculdade de Letras; Faculdade de Medicina; Faculdade de Medicina Dentária; Faculdade de Medicina Veterinária; Faculdade de Motricidade Humana; Faculdade de Psicologia; Instituto de Ciências Sociais; Instituto de Educação; Instituto de Geografia e Ordenamento do Território; Instituto Superior de Agronomia; Instituto Superior de Economia e Gestão; Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; Instituto Superior Técnico. De salientar que os dados foram recolhidos de dezassete unidades orgânicas, uma vez que o Instituto de Ciências Sociais não tem formação de 1º ciclo.

Foi considerado como critério de inclusão apresentar o consentimento informado, livre e esclarecido. Como critérios de exclusão, ser menor de idade, maior de trinta anos e apresentar respostas ao questionário que fossem consideradas inválidas ou pouco claras.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma dimensão amostral de 1114 estudantes.

### **3.4. Descrição metodológica e recolha de dados**

Foi desenvolvido um questionário “Saúde e Estilo de Vida dos Estudantes Universitários” para aplicação *online* que foi sujeito a pré-teste para avaliação de potenciais erros de construção e análise.

O *link* do questionário foi disponibilizado a todas as unidades orgânicas. Após aprovação da respetiva Direção e Órgãos Executivos competentes foi enviado um e-mail para o correio eletrónico institucional de cada estudante com o *link* para o consentimento informado e ligação para a consequente participação no estudo com a resposta ao questionário. O envio foi da responsabilidade de cada unidade orgânica, salvaguardando todos os aspetos decorrentes da privacidade. A resposta foi de autopreenchimento após consentimento informado, livre e esclarecido e todas as questões de anonimato e confidencialidade dos dados foram salvaguardadas.

O questionário “Saúde e Estilo de Vida dos Estudantes Universitários” era composto por oito secções, tendo sido alvo de análise do presente estudo: dados sociodemográficos; informação corporal e perceção corporal; hábitos alimentares; adesão ao PAM; conhecimentos em saúde (literacia nutricional e conhecimentos alimentares: segurança alimentar e alimentação e saúde).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado através da divisão entre peso atual auto reportado (em kg) pelo quadrado da sua altura auto reportada (em metros) e os valores foram interpretados através da classificação da OMS (44).

Os dados sobre os hábitos alimentares foram avaliados através de um questionário (Anexo 1) com questões relativas à ingestão do pequeno-almoço, local e composição do almoço, número de refeições diárias e respetiva frequência de consumo.

A adesão ao PAM, foi estudada a partir da versão portuguesa do PREDIMED (45), bem como a interpretação do nível de adesão. Os critérios de pontuação para interpretação dos resultados do PREDIMED encontram-se no Apêndice I.

A literacia nutricional foi avaliada através da análise de um rótulo nutricional (28), método validado para o efeito (Apêndice II).

Os conhecimentos em saúde, dos quais fazem parte a segurança alimentar e os conhecimentos alimentares, foram analisados com recurso a questionários sobre segurança alimentar (8 questões) (Anexo 2) e sobre alimentação e saúde (7 questões) (Anexo 3), desenvolvidos para o efeito. Para análise dos dados foi criado um *score* de conhecimentos tendo por base a pontuação dada a cada resposta para cada uma das questões, por cada resposta correta pontuou-se 1 ponto. Sempre que a soma da pontuação foi inferior a metade das questões, assumiu-se que os conhecimentos eram não satisfatórios.

Simultaneamente, foi realizada uma análise secundária, em que se agruparam as Unidades Orgânicas por áreas de estudo. Dessa organização resultaram cinco áreas: Saúde (Faculdade de Medicina; Faculdade de Farmácia; Faculdade de Medicina Veterinária; Faculdade de Medicina Dentária); Ciências Sociais e Humanidades (Faculdade de Letras; Faculdade de Direito; Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas; Instituto de Educação; Faculdade de Psicologia); Artes (Faculdade de Arquitetura; Faculdade de Belas Artes); Ciências Naturais (Faculdade de Ciências; Instituto Superior de Agronomia; Instituto de Geografia e Ordenamento do Território; Faculdade de Motricidade Humana); Ciências Exatas e Engenharias (Instituto Superior Técnico; Instituto Superior de Economia e Gestão).

### **3.5. Aspetos éticos**

O Estudo HOUSE-ULisboa | Hábitos e Alimentação dos Universitários na Saúde, promovido e delineado pelo Colégio F3 – Food, Farming, Forestry da Universidade de Lisboa (43) tem a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte e do Centro Académico de Medicina de Lisboa com o número 156/20, sendo igualmente respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o disposto na Lei Nº 21/14 de 16 de abril, DR Iª Série.

### **3.6. Análise estatística de dados**

A análise estatística foi realizada através do software IBM-SPSS® versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foi trabalhada sob a forma de estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) e sob a forma de inferência estatística para análise de relação entre

variáveis em estudo e cujos testes estatísticos foram selecionados tendo por base as características das variáveis em análise.

Foi considerado um intervalo de significância inferior a 0,05 como indicação de significado estatístico e procedeu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov para aferir a normalidade da distribuição das variáveis. Para comparações entre grupos utilizou-se o teste de Mann-Whitney e para analisar a associação entre variáveis com distribuição não Normal utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

O teste de Qui-quadrado foi utilizado como teste de independência e homogeneidade para estudar variáveis nominais. E o teste de Qui-quadrado por simulação de Monte-Carlo sempre que os pressupostos de aplicabilidade do teste de Qui-quadrado não se verificavam. Por fim, o teste do coeficiente Eta foi analisado para determinar a força de associação entre cada pergunta do questionário PREDIMED (a variável independente) e a pontuação final PREDIMED (a variável dependente).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 – Caracterização sociodemográfica

Na Tabela 1 é apresentada a amostra relativamente à idade e género.

Registou-se uma amostra final composta por 1114 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (masculino: 31,2% n=348; feminino: 67,7% n=754) com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ( $\bar{x}$ =19,1 anos; DP=1,72) e todos pertencentes ao 1º ano do 1º ciclo de estudos.

**Tabela 1-** Caracterização da idade e género

<b>Características</b>	<b>Estudantes (n=1114)</b>
<b>Idade (anos)</b>	19,1±1,72
<b>Género</b>	
Feminino	754 (67,7%)
Masculino	348 (31,2%)
Prefiro não responder	12 (1,1%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem) ou média ± desvio-padrão.

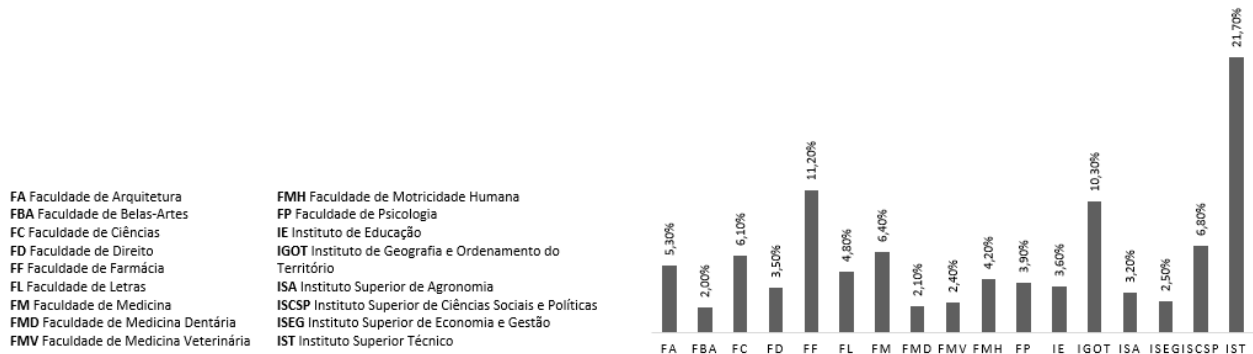
A maioria são de nacionalidade portuguesa (93,1%; n=1037) e mais de metade são do distrito de Lisboa (51,8%; n=577). Dos estudantes deslocados, a maior parte são da região centro, com prevalência do distrito de Setúbal (36,0%; n=174) (Tabela 2).

**Tabela 2 -** Caracterização da nacionalidade e origem dos alunos

	<b>Estudantes (n=1114)</b>
<b>Nacionalidade</b>	
Portuguesa	1037 (93,1%)
Outra	77 (6,9%)
<b>Origem do Aluno</b>	
Distrito de Lisboa	577 (51,8%)
Outro distrito português	512 (46,0%)
Estudante de Erasmus	1 (0,1%)
Bolsa Internacional PALOP + Timor-Leste	3 (0,3%)
Bolsa Internacional Brasil	7 (0,6%)
Outro programa de mobilidade internacional	14 (1,3%)

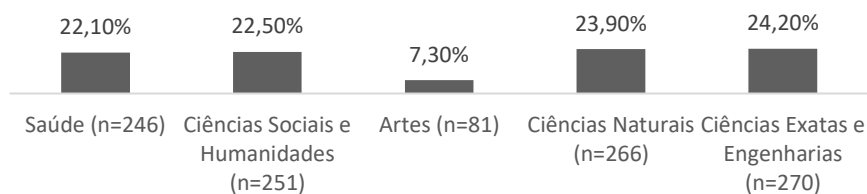
Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

No geral, os jovens ingressaram no ensino superior no ano letivo 2020/2021 (88,9%; n=990) e a instituição mais frequentada foi o Instituto Superior Técnico (21,7%; n=242) (Figura 1).



**Figura 1** - Distribuição por Faculdade / Instituto

Em termos de distribuição por área de estudo (Figura 2), pode verificar-se que a frequência é muito idêntica entre todas as áreas, com uma frequência relativa entre 22,1-24,2%, exceto na área de Artes (7,3%).



**Figura 2** - Distribuição por áreas de estudo

Relativamente ao agregado familiar, a maior parte dos pais frequentaram o ensino superior (mãe: 57,3% n=638; pai: 43,5% n=485).

#### **4.2 – Informação antropométrica e percepção corporal**

Relativamente ao IMC, a média foi de 21,96 kg/m<sup>2</sup> (DP=3,30), o que corresponde a um IMC normoponderal (Tabela 3). 44,2% dos estudantes considerou ter um peso ideal para a sua

altura (n=462), sendo que 40,9% (n=428) não faziam dieta. Dos restantes, 18,6% (n=195) considerou estar abaixo ou um pouco abaixo do peso ideal e 37,2% (n=389) percecionou-se com algum peso a mais ou excesso de peso.

**Tabela 3** - Características antropométricas e Classificação do IMC

	$\bar{x}$	DP	Mín. – Máx.
<b>Peso (kg)</b>	62,20	12,02	40,0 - 135,0
<b>Altura (m)</b>	1,68	9,07	1,40 - 1,97
<b>IMC</b>	21,96	3,30	15,4 - 40,1
<b>Categorias do IMC</b>	<b>n (%)</b>	-	-
Magreza	104 (10,3%)	-	-
Normoponderal	760 (75,5%)	-	-
Pré-obesidade	109 (10,8%)	-	-
Obesidade	33 (3,3%)	-	-

DP: Desvio-padrão

$\bar{x}$ : Média

IMC: Índice de Massa Corporal

Min – Máx: Valor mínimo e máximo

## 4.3 – Hábitos alimentares

### 4.3.1 – Consumo de refeições

Mais de metade dos participantes (59,8%; n=659) fazem em média 4 a 6 refeições por dia, sendo a ceia a refeição que menos vezes é realizada (47,8%, nunca faz esta refeição; n=510) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Frequência semanal com que fazem as refeições

	Nunca	1-2 vezes/ semana	3-4 vezes/ semana	5-6 vezes/ semana	Diariamente
<b>Pequeno-Almoço</b> (n=1104)	64 (5,8%)	114 (10,3%)	103 (9,3%)	140 (12,7%)	683 (61,9%)
<b>Meio da manhã</b> (n=1086)	381 (31,1%)	276 (24,4%)	174 (16,0%)	110 (10,1%)	145 (13,4%)
<b>Almoço</b> (n=1103)	2 (0,2%)	10 (0,9%)	22 (2,0%)	57 (5,2%)	1012 (91,7%)
<b>Lanche da tarde</b> (n=1099)	33 (3,0%)	134 (12,2%)	214 (19,5%)	210 (19,1%)	508 (46,2%)
<b>Jantar</b> (n=1099)	5 (0,5%)	21 (1,9%)	33 (3,0%)	58 (5,3%)	982 (89,4%)
<b>Ceia</b> (n=1066)	510 (47,8%)	270 (25,3%)	126 (11,8%)	69 (6,5%)	91 (8,5%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos para o almoço ( $p=0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,009;0,013)$ ) e para a ceia ( $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ), verificando-se que as raparigas referem uma maior frequência de consumo destas refeições do que rapazes. Também se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre serem alunos deslocados, ou não, para a ingestão do almoço ( $p=0,009$ ;  $IC_{95\%}=(0,007;0,011)$ ), para o lanche ( $p=0,033$ ;  $IC_{95\%}=(0,030;0,037)$ ) e para o jantar ( $p=0,042$ ;  $IC_{95\%}=(0,038;0,046)$ ), sendo que os alunos não deslocados consomem estas refeições com mais frequência do que os que não pertencem ao distrito de Lisboa.

Em relação à área de estudo e o número de refeições realizadas obteve-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ) para uma maior frequência de consumo refeições por parte dos alunos de Ciências Exatas e Engenharias. Também a frequência de consumo do pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, jantar e ceia obtiveram diferenças estatisticamente significativas (pequeno-almoço:  $p=0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,001)$ ; lanche da manhã:  $p=0,016$ ;  $IC_{95\%}=(0,016; 0,014)$ ; almoço:  $p=0,047$ ;  $IC_{95\%}=(0,043; 0,051)$ ; jantar:  $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ; ceia:  $p=0,009$ ;  $IC_{95\%}=(0,007;0,010)$ ), sendo que o pequeno-almoço é consumido com maior frequência pelos alunos de Saúde, o lanche da manhã, jantar e ceia pelos alunos da área de Ciências Naturais e o almoço pelos de Ciências Exatas e Engenharias.

Relativamente ao pequeno-almoço (Tabela 5), mais de metade da população toma o pequeno-almoço todos os dias da semana (64,0%;  $n=710$ ), sendo esta frequência superior nos dias de fim de semana (70,0%;  $n=776$ ).

**Tabela 5** - Ingestão do pequeno-almoço

	<b>Nunca toma</b>	<b>1 Dia</b>	<b>2 Dias</b>	<b>3 Dias</b>	<b>4 Dias</b>	<b>5 Dias</b>
<b>Durante a semana</b> ( $n=1110$ )	108 (9,7%)	46 (4,1%)	62 (5,6%)	100 (9,0%)	84 (7,6%)	710 (64,0%)
<b>Durante o fim de semana</b> ( $n=1109$ )	182 (16,4%)	151 (13,6%)	776 (70,0%)	-----	-----	-----

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

Na Tabela 6 está representada a composição do almoço dos estudantes quando passam o dia na universidade. Apenas 5,9% ( $n=66$ ) dos estudantes não almoça quando passa

o dia na universidade. 30,4% (n=333) referiu almoçar no refeitório da própria faculdade/instituto e mais de três quartos come apenas o prato principal. Foi também possível observar que cerca de 23% (n=259) dos participantes comem sandes ou salgados em substituição do prato ao almoço quando passam o dia na universidade.

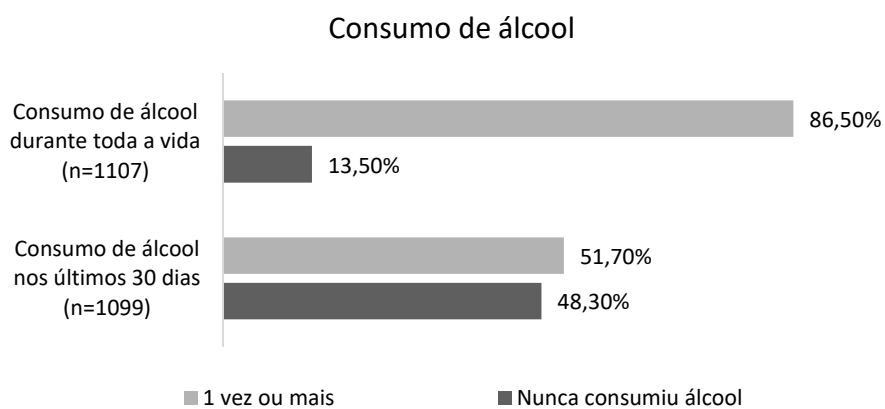
**Tabela 6** - Composição do almoço quando passam o dia na Universidade

Não almoça (n=1114)	66 (5,9%)
Sopa (n=1114)	384 (34,5%)
Prato principal (n=1114)	881 (79,1%)
Sobremesa doce (n=1114)	171 (15,4%)
Fruta (n=1114)	409 (36,7%)
Sandes (n=1114)	181 (16,2%)
Salgados (n=1114)	78 (7,0%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

#### 4.3.2 – Consumo de bebidas alcoólicas

A maioria dos jovens menciona já ter bebido álcool uma vez ou mais na vida (86,5%; n=965) e nos últimos 30 dias cerca de metade consumiu álcool uma vez ou mais (48,3%; n=546) (Figura 3). Obteve-se uma diferença estatisticamente diferente entre a área de estudo e o consumo de álcool ( $p=0,010$ ; IC95(0,008;0,012)), sendo que os alunos de Ciências Exatas e Engenharias foram os que apresentaram uma maior frequência de consumo ao longo da sua vida (24,7%; n=116).



**Figura 3** - Consumo de álcool

Relativamente ao tipo e frequência de bebidas alcoólicas (Tabela 7), as bebidas mais consumidas todos os dias são o vinho e a cerveja e com menos popularidade são os licores. Mais de um quarto (28,7%, n=317) refere beber cerveja todas as semanas/meses, e, nesta categoria, também os licores são os menos consumidos.

**Tabela 7** - Consumo de álcool – tipo e frequência

	<b>Todos os dias</b>	<b>Todas as semanas/meses</b>	<b>Raramente ou nunca</b>
<b>Vinho</b> (n=1102)	7 (0,6%)	201 (18,3%)	894 (81,1%)
<b>Cerveja</b> (n=1105)	3 (0,3%)	317 (28,7%)	785 (71,0%)
<b>Bebidas destiladas</b> (n=1102)	1 (0,1%)	167 (15,2%)	934 (84,8%)
<b>Licores</b> (n=1094)	0 (0,0%)	66 (6,0%)	1028 (94,0%)
<b>Outra</b> (n=688)	0 (0,0%)	31 (4,5%)	657 (95,5%)

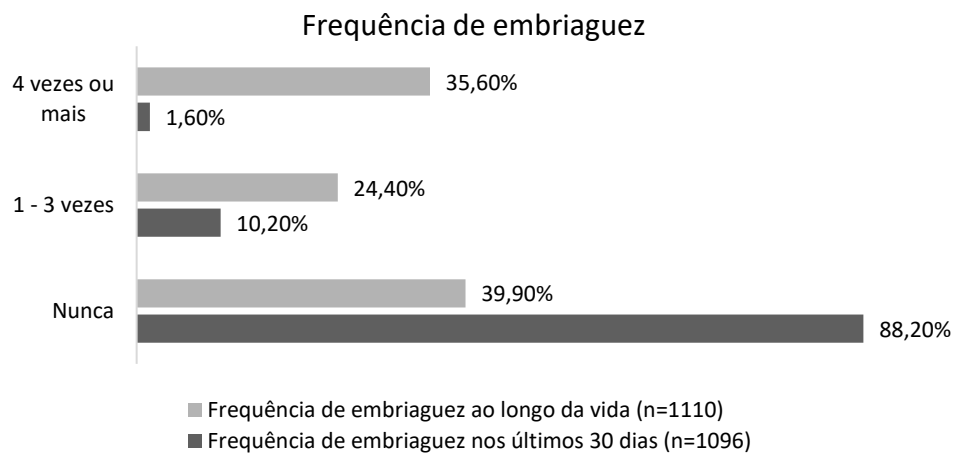
Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos para o consumo de cerveja ( $p=0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,001)$ ), licores ( $p=0,006$ ;  $IC_{95\%}=(0,004;0,007)$ ) e para bebidas destiladas ( $p=0,025$ ;  $IC_{95\%}=(0,021;0,027)$ ), com os participantes do sexo masculino a reportarem um consumo mais frequente destas bebidas alcoólicas.

A maioria dos jovens menciona não se ter embriagado no último mês (88,2%; n=967) e mais de um terço (39,9%; n=443) nunca se embriagou durante toda a vida (Figura 4). Todavia, verificou-se diferenças estatisticamente significativas para o número de dias em que consumiram álcool ao longo da vida ( $p=0,002$ ;  $IC_{95\%}=(0,001;0,003)$ ) com uma frequência de consumo maior nas raparigas do que nos rapazes e nos 30 dias anteriores à recolha dos dados ( $p=0,007$ ;  $IC_{95\%}=(0,006;0,009)$ ) com uma maior frequência de consumo por parte dos rapazes.

Ao longo da vida, as raparigas ficaram embriagadas mais vezes ( $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ).

Relativamente ao local de origem dos participantes e o consumo de álcool e/ou embriaguez não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.



**Figura 4** - Frequência de embriaguez

#### **4.3.3 – Consumo de bebidas não alcoólicas (estimulantes e outras)**

Relativamente ao consumo de bebidas estimulantes (Tabela 8), mais de um terço (36,9%; n=409) dos jovens refere beber café diariamente durante a semana e mais de um quarto (31,2%; n=346) durante o fim de semana. A maioria dos jovens refere nunca beber chá preto ou verde (durante a semana: 51,7%; n=570; durante o fim de semana: 55,0%; n=605), nem bebidas energéticas (durante a semana: 81,6%; n=901; durante o fim de semana: 84,9%; n=931).

Dentro do grupo de estudantes que ingerem estas bebidas, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e o consumo de chá verde/preto (durante a semana:  $p=0,005$ ;  $IC_{95\%}=(0,003;0,006)$ ; fim de semana:  $p=0,008$ ;  $IC_{95\%}=(0,007; 0,010)$ ) e o consumo diário de bebidas energéticas (durante a semana:  $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ; fim de semana:  $p=0,002$ ;  $IC_{95\%}=(0,001;0,002)$ ), sendo que as raparigas foram as que apresentaram maior frequência de consumo.

**Tabela 8** - Frequência de consumo de bebidas energéticas

	>3 vezes /dia	1 a 3 vezes/dia	Regularmente, mas não diariamente	Esporadicamente (1 vez/mês ou menos)	Nunca
<b>Durante a semana</b>					
Café (n=1109)	45 (4,1%)	364 (32,8%)	192 (17,3%)	167 (15,1%)	341 (30,7%)
Chá preto/ verde (n=1103)	10 (0,9%)	81 (7,3%)	180 (16,3%)	262 (23,8%)	570 (51,7%)
Bebidas energéticas (n=1104)	2 (0,2%)	4 (0,4%)	24 (2,2%)	173 (15,7%)	901 (81,6%)
<b>Durante o fim de semana</b>					
Café (n=1108)	42 (3,8%)	304 (27,4%)	148 (13,4%)	195 (17,6%)	419 (37,8%)
Chá preto/verde (n=1100)	11 (1,0%)	82 (7,5%)	137 (12,5%)	265 (24,1%)	605 (55,0%)
Bebidas energéticas (n=1097)	3 (0,3%)	4 (0,4%)	24 (2,2%)	135 (12,3%)	931 (84,9%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

Em relação à ingestão de outras bebidas não alcoólicas (Tabela 9), a consumida em maior quantidade ao longo do dia é a água (60,3% bebe 5 ou mais copos por dia; n=668) e a menos consumida é a água gaseificada (89,8% nunca consome; n=990). Quase dois terços dos estudantes mencionam nunca consumir néctares, nem refrigerantes (65,1%; n=717 e 65,5%; n=723, respetivamente).

As raparigas apresentaram uma frequência de consumo superior com diferença estatisticamente significativa para o consumo de água ( $p=0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,001;0,002)$ ) e de infusões ( $p=0,003$ ;  $IC_{95\%}=(0,002;0,003)$ ), mas os rapazes referem um maior consumo de refrigerantes ( $p=0,009$ ;  $IC_{95\%}=(0,007;0,011)$ ).

**Tabela 9** - Frequência de ingestão de outras bebidas

	Nunca	1 Copo ou menos / dia	2-4 Copos /dia	5-7 Copos /dia	>7 Copos /dia
<b>Água</b> (n=1108)	4 (0,4%)	59 (5,3%)	377 (34,0%)	369 (33,3%)	299 (27,0%)
<b>Água gaseificada</b> (n=1102)	990 (89,8%)	98 (8,9%)	10 (0,9%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)
<b>Infusões</b> (n=1103)	572 (51,9%)	359 (32,5%)	142 (12,9%)	23 (2,1%)	7 (0,6%)
<b>Sumos naturais</b> (n=1103)	476 (43,2%)	507 (46,0%)	107 (9,7%)	13 (1,2%)	0 (0,0%)
<b>Néctares</b> (n=1101)	717 (65,1%)	317 (28,8%)	62 (5,6%)	4 (0,4%)	1 (0,1%)
<b>Refrigerantes</b> (n=1104)	723 (65,5%)	293 (26,5%)	77 (7,0%)	8 (0,7%)	3 (0,3%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

#### **4.4 – Adesão à Dieta Mediterrânea**

A adesão ao PAM foi avaliada de acordo com o questionário PREDIMED (45).

Os resultados do PREDIMED apresentaram uma pontuação média de 6,8 pontos (DP=2,14) e a maioria (89,5%; n=861) apresenta má adesão ao PAM.

Cerca de 88,9% (n=983) dos participantes reportou usar azeite como principal gordura para cozinhar, no entanto apenas 6,8% (n=75) utilizavam o equivalente a 4 ou mais colheres de sopa por dia. Quanto ao consumo de carne, verificou-se que mais de metade (55,5%; n=613) dos estudantes referiu consumir preferencialmente carne branca em detrimento da carne vermelha, porém 67,2% (n=733) consome uma ou mais porções de carne de vaca, porco, hambúrgueres ou salsichas por dia e cerca de 13,5% (n=148) come menos de uma porção de peixe ou marisco por semana. No que se refere ao consumo de produtos hortícolas, uma percentagem maior de estudantes (56,2%; n=620) tende a comer 2 ou mais porções diariamente, estando de acordo com as recomendações da DM. O mesmo não se verifica para o consumo de fruta, uma vez que apenas 23,2% (n=256) ingere 3 ou mais peças diariamente.

**Tabela 10** - Avaliação da adesão à Dieta Mediterrânea

	<b>Cumpre</b>	<b>Não cumpre</b>
<b>Utiliza azeite como principal gordura culinária (Sim) (n=1106)</b>	983 (88,9%)	123 (11,1%)
<b>Que quantidade de azeite consome num dia (≥ 4 colheres) (n=1099)</b>	75 (6,8%)	1024 (93,2%)
<b>Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (≥ 2 porções) (n=1103)</b>	650 (56,2%)	483 (43,8%)
<b>Quantas peças de fruta consome por dia? (≥ 3 peças) (n=1104)</b>	256 (23,2%)	848 (76,8%)
<b>Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos consome por dia? (&lt; 1 porção) (n=1092)</b>	359 (32,9%)	733 (67,2%)
<b>Quantas porções de manteiga, margarina ou natas consome por dia (&lt;1 porção) (n=1088)</b>	600 (55,1%)	488 (44,8%)
<b>Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia? (&lt; 1 por dia) (n=1051)</b>	854 (81,3%)	197 (18,8%)
<b>Quantos copos de vinho bebe por semana? (≥7 copos) (n=1002)</b>	8 (0,8%)	994 (99,2%)
<b>Quantas porções de leguminosas consome por semana? (≥3 porções) (n=1093)</b>	587 (53,8%)	506 (46,3%)
<b>Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (≥3 porções) (n=1095)</b>	550 (50,1%)	545 (49,8%)
<b>Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais como bolos, bolachas e biscoitos? (&lt; 3 vezes) (n=1093)</b>	648 (59,3%)	445 (40,7%)
<b>Quantas porções de frutos oleaginosos consome por semana? (≥3 porções) (n=1079)</b>	230 (21,3%)	849 (78,7%)
<b>Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha? (Sim) (n=1104)</b>	613 (55,5%)	491 (44,4%)
<b>Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confecionados com um refogado? (≥ 2 vezes) (n=1102)</b>	976 (88,6%)	126 (11,4%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

A nível global, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o *score* de adesão à DM e as áreas de estudo ( $U=21071$ ;  $p=0,014$ ), sendo que a área de Ciências Sociais e Humanidades foi a que apresentou maior adesão à DM. Entre géneros não se identificaram diferenças estatisticamente significativas. Todavia, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre sexos para algumas perguntas. Assim, as raparigas referem mais vezes um consumo de pelo menos 4 colheres de azeite por dia ( $p=0,049$ ), um consumo de 3 ou mais peças e fruta por dia ( $p=0,011$ ;  $IC_{95\%}=(0,009;0,013)$ ), um consumo de

menos de 1 porção de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos por dia ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ), assim como de manteiga, margarina ou natas ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ), um consumo de menos de uma porção de bebidas açucaradas ou gaseificadas por dia ( $p = 0,012$ ;  $IC_{95\%} = (0,010; 0,014)$ ), mais vezes o consumo de 3 ou mais porções de peixe ou marisco por semana ( $p = 0,010$ ;  $IC_{95\%} = (0,008; 0,011)$ ) e consomem preferencialmente carnes brancas ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ).

Existem igualmente diferenças estatisticamente significativas entre o local de origem e algumas questões relativas à adesão à DM, nomeadamente, o consumo de quantidade adequada de azeite ( $p = 0,004$ ;  $IC_{95\%} = (0,003; 0,006)$ ), o consumo de carnes vermelhas, hambúrgueres e produtos cárneos ( $p = 0,032$ ;  $IC_{95\%} = (0,028; 0,035)$ ), a ingestão de bebidas açucaradas e gaseificadas ( $p = 0,009$ ;  $IC_{95\%} = (0,007; 0,011)$ ), de vinho ( $p = 0,016$ ;  $IC_{95\%} = (0,014; 0,018)$ ), de peixe e marisco ( $p = 0,020$ ;  $IC_{95\%} = (0,017; 0,022)$ ) e de carnes brancas ( $p = 0,008$ ;  $IC_{95\%} = (0,006; 0,010)$ ), sendo que os estudantes não deslocados são os que têm um consumo mais adequado.

Relativamente à adesão à DM e área de estudo, para além da diferença estatisticamente significativa, referida anteriormente, foi também possível observar algumas diferenças estatisticamente significativas entre a área de estudo e algumas perguntas. Essas diferenças verificam-se no consumo das porções adequadas de fruta ( $p = 0,019$ ;  $IC_{95\%} = (0,017; 0,022)$ ), de carnes vermelhas ( $p = 0,040$ ;  $IC_{95\%} = (0,036; 0,043)$ ), de carne branca ( $p = 0,022$ ;  $IC_{95\%} = (0,019; 0,025)$ ) sendo a área da Saúde com maior frequência de cumprimento. Verificou-se, igualmente, para o consumo de bebidas açucaradas e gaseificadas ( $p = 0,003$ ;  $IC_{95\%} = (0,002; 0,004)$ ) e consumo de peixe e marisco por semana ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ) para um melhor cumprimento por parte dos alunos de Ciências Exatas e Engenharias.

A Tabela 11 mostra a força de associação entre cada questão do questionário PREDIMED e a pontuação final do PREDIMED por área de estudo. Na área de Saúde, as perguntas com maior força na pontuação final foram as que avaliaram o consumo diário de porções de carne vermelha, hambúrguer, ou produtos de cárneos ( $Eta = 0,455$ ) e frutos oleaginosos ( $Eta = 0,442$ ). Nas áreas das Ciências Sociais e Humanidades, Ciências Exatas e Engenharias e Ciências Naturais foi o consumo diário de fruta ( $Eta = 0,419$ ;  $0,523$ ;  $0,289$ , respetivamente) e em Artes foi o consumo semanal de peixe ou marisco ( $Eta = 0,409$ ).

**Tabela 11** - Coeficiente de Eta para a correlação entre as questões do PREDIMED e o *score* final por área de estudo

	Saúde	Ciências Sociais e Humanidades	Artes	Ciências Naturais	Ciências Exatas e Engenharias
<b>Utiliza azeite como principal gordura culinária (Sim) (n=1106)</b>	0.120	0.094	0.033	0.115	0.118
<b>Que quantidade de azeite consome num dia (≥ 4 colheres) (n=1099)</b>	0.141	0.008	0.053	0.273	0.304
<b>Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (≥ 2 porções) (n=1103)</b>	0.307	0.269	0.313	0.243	0.305
<b>Quantas peças de fruta consome por dia? (≥ 3 peças) (n=1104)</b>	0.384	<b>0.419</b>	0.006	<b>0.289</b>	<b>0.523</b>
<b>Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos consome por dia? (&lt; 1 porção) (n=1092)</b>	<b>0.455</b>	0.211	0.201	0.244	0.349
<b>Quantas porções de manteiga, margarina ou natas consome por dia (&lt;1 porção) (n=1088)</b>	0.276	0.246	0.263	0.145	0.214
<b>Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia? (&lt; 1 por dia) (n=1051)</b>	0.160	0.136	0.120	0.148	0.159
<b>Quantos copos de vinho bebe por semana? (≥7 copos) (n=1002)</b>	-	-	0.053	0.031	0.066
<b>Quantas porções de leguminosas consome por semana? (≥3 porções) (n=1093)</b>	0.204	0.175	0.233	0.264	0.227
<b>Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (≥3 porções) (n=1095)</b>	0.246	0.282	<b>0.409</b>	0.209	0.190
<b>Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais como bolos, bolachas e biscoitos? (&lt; 3 vezes) (n=1093)</b>	0.258	0.157	0.240	0.154	0.144
<b>Quantas porções de frutos oleaginosos consome por semana? (≥3 porções) (n=1079)</b>	<b>0.442</b>	0.355	0.287	0.006	0.340
<b>Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha? (Sim) (n=1104)</b>	0.113	0.147	0.193	0.203	0.148

Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com um refogado? ( $\geq 2$  vezes) (n=1102)

0.004      0.016      0.112      0.041      0.082

Um número maior de refeições associou-se significativamente a uma maior adesão à DM ( $r_s=0,109$ ;  $p=0,001$ ), bem como a toma do pequeno-almoço ( $r_s=0,170$ ;  $p<0,001$ ).

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre uma maior adesão à DM e as habilitações académicas dos pais, a frequência de nutricionistas ou os conhecimentos em alimentação e saúde.

#### 4.5 – Conhecimentos em saúde

##### 4.5.1 – Literacia nutricional

A literacia nutricional foi avaliada através da aplicação de método de análise de rótulo nutricional validado para o efeito (28). A maioria dos participantes (84,1%; n=433) evidenciam uma literacia nutricional adequada (Figura 5). O item da escala com melhor classificação foi o referente à segurança na ingestão do gelado tendo em conta as alergias alimentares, sendo que 83,6% (n=710) dos estudantes identificou corretamente que não poderiam consumir o gelado de forma segura.

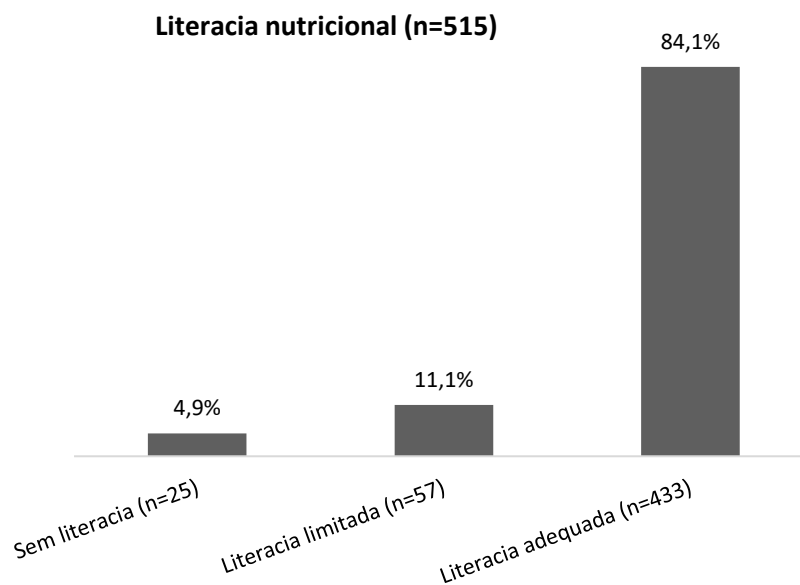


Figura 5 - Literacia nutricional

A nível do *score* global, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a literacia nutricional e o género ou a área de estudo. No entanto, foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre as áreas de estudo para algumas perguntas. Deste modo, a área de Ciências Exatas e Engenharias apresentaram um maior conhecimento nas perguntas: “se comer o total da embalagem, quantas calorias está a consumir?” ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ); “se puder comer 60g de hidratos de carbono numa refeição intermédia, que quantidade de gelado pode comer?” ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ); “pensando que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoim, luvas de latex e picada de abelha, é seguro para si comer este gelado?” ( $p < 0,001$ ;  $IC_{95\%} = (0,000; 0,000)$ ).

Abaixo apresentam-se o grau de associação entre a literacia nutricional e outras variáveis.

As habilitações académicas da mãe apresentam correlações positivas fracas para o *score* da literacia nutricional ( $r_s = 0,088$ ;  $p = 0,047$ ), ou seja, quanto mais elevado o grau académico da mãe maior é o conhecimento dos estudantes relativo à literacia nutricional. O mesmo não se verificou para as habilitações académicas do pai, uma vez que não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

#### **4.5.2 – Segurança alimentar**

Nos conhecimentos em segurança alimentar (Tabela 12) verificou-se um *score* médio de 3,8 pontos ( $DP = 1,43$ ). O maior desconhecimento observou-se relativamente à correta higienização de superfícies da cozinha (76,1% reponderam erradamente;  $n = 753$ ) e no consumo do iogurte após passar o prazo de validade (53,8%;  $n = 531$ ). Constatou-se, igualmente, que mais de um terço dos estudantes (42,4%;  $n = 422$ ) respondeu de forma errada à questão sobre contaminação cruzada durante a utilização da palamenta.

De destacar ainda que conhecimentos em relação à forma de arrumação dos alimentos no frigorífico e armazenamento de sobras de refeições foram os aspetos onde as frequências de desconhecimento foram mais elevadas (55,2%;  $n = 544$  e 19,5%;  $n = 193$ , respetivamente).

**Tabela 12** - Conhecimentos alimentares - Segurança alimentar

	Correto	Errado	Não sei
<b>A limpeza das bancadas de cozinha deve ser feita com um pano húmido ou um papel de cozinha (n=990)</b>	153 (15,5%)	753 (76,1%)	84 (8,5%)
<b>Se utilizar a mesma faca para cortar carne crua e depois carne cozinhada, existe uma fraca possibilidade de contaminação (n=995)</b>	393 (39,5%)	422 (42,4%)	180 (18,1%)
<b>Os hambúrgueres são seguros para consumir logo que se apresentem com aspeto cozinhado no exterior (n=995)</b>	830 (83,4%)	79 (7,9%)	86 (8,6%)
<b>A descongelação dos alimentos pode ser feita em cima da bancada da cozinha (n=990)</b>	487 (49,2%)	344 (34,7%)	159 (16,1%)
<b>As sobras das refeições podem ser guardadas, no máximo 4 dias, no frigorífico (n=989)</b>	558 (56,4%)	238 (24,1%)	193 (19,5%)
<b>Um produto cujo rótulo refere “Consumir preferencialmente até...” tem um período de validade igual a um que diga “Consumir até...” (n=992)</b>	749 (75,5%)	171 (17,2%)	72 (7,3%)
<b>Se em casa verificar que um iogurte passou o prazo de validade pode consumi-lo ainda se não tiver alteração de cor, cheiro ou sabor (n=987)</b>	367 (37,2%)	531 (53,8%)	89 (9,0%)
<b>No frigorífico, os alimentos crus devem ser guardados na prateleira por baixo dos alimentos cozinhados (n=986)</b>	283 (28,7%)	159 (16,1%)	544 (55,2%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o *score* do conhecimento em segurança alimentar e o sexo ( $U=86943,5$ ;  $p=0,005$ ), em que o sexo feminino foi o que apresentou maior conhecimento. Relativamente às perguntas, as raparigas apresentaram maior frequência de respostas corretas às seguintes perguntas: “a limpeza das bancadas de cozinha deve ser feita com um pano húmido ou um papel de cozinha” ( $p=0,036$ ;  $IC_{95\%}=(0,032;0,040)$ ); “se utilizar a mesma faca para cortar carne crua e depois carne cozinhada, existe uma fraca possibilidade de contaminação” ( $p=0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,002)$ ); “Um produto cujo rótulo refere “consumir preferencialmente até...” tem um período de validade igual a um que diga “Consumir até...”” ( $p=0,018$ ;  $IC_{95\%}=(0,015;0,021)$ ).

Também a relação entre conhecimentos em segurança alimentar e a área de estudo apresentou diferença estatisticamente significativas ( $U=20713$ ;  $p=0,012$ ) com maior conhecimento por parte dos estudantes da área de Saúde. Nas perguntas, as diferenças

estatisticamente significativas foram observadas nas questões relativas à limpeza de bancadas ( $p=0,035$ ;  $IC_{95\%}=(0,032; 0,039)$ ) e na contaminação cruzada pela utilização da mesma faca para alimentos crus e cozinhados ( $p=0,035$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,001)$ ), verificando-se, uma vez mais, que a área de estudo com maior conhecimento em segurança alimentar é Saúde.

No que se refere às habilitações académicas dos pais, as correlações não possuem significado estatístico. O mesmo se verificou para o número de refeições.

#### **4.5.3 – Alimentação e saúde**

No que diz respeito aos conhecimentos em alimentação e saúde (Tabela 13) o *score* médio foi de 2,9 pontos ( $DP=1,50$ ). A maioria dos estudantes soube identificar quando deve realizar uma dieta livre de glúten (61,5%;  $n=592$ ) e lactose (64,8%;  $n=618$ ), assim como soube que numa alimentação vegetariana não tem de se comer apenas produtos de agricultura biológica (62,8%;  $n=617$ ). No entanto, o mesmo não se verificou para quando se deve adotar uma dieta sem leite ou quando se deve incluir ovos na alimentação. Relativamente ao padrão da dieta vegetariana, mais de três quarto dos alunos não sabe que veganismo é uma forma de vegetarianismo.

**Tabela 13** - Conhecimentos alimentares - Alimentação e saúde

	<b>Correto</b>	<b>Errado</b>
<b>Em que condições deve ser adotada uma dieta livre de glúten?</b> ( $n=962$ )	592 (61,5%)	370 (38,5%)
<b>Em que condições deve ser adotada uma dieta livre de leite?</b> ( $n=969$ )	401 (41,4%)	568 (58,6%)
<b>Em que condições deve ser adotada uma dieta livre de lactose?</b> ( $n=954$ )	618 (64,8%)	336 (35,2%)
<b>Em que condições deve incluir ovos na sua alimentação?</b> ( $n=957$ )	200 (20,9%)	757 (79,1%)
<b>Vegetarianismo é sinónimo e veganismo?</b> ( $n=984$ )	206 (20,9%)	778 (79,1%)
<b>Numa dieta vegetariana apenas se devem consumir produtos de agricultura biológica?</b> ( $n=982$ )	617 (62,8%)	365 (37,2%)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos ( $U=61422$ ;  $p=0,036$ ) e entre áreas de estudo ( $U=12549,5$ ;  $p=0,036$ ). Sendo que os homens apresentaram maior conhecimento, assim como os alunos da área de Saúde.

Entre as perguntas do questionário, observaram-se algumas com diferenças estatisticamente significativas tanto para o sexo como para a área de estudo.

Assim, as mulheres apresentaram maior conhecimento nas questões relativas a quando se deve adotar uma dieta livre de glúten ( $p=0,049$ ), uma dieta sem leite ( $p<0,001$ ) e se vegetarianismo é sinónimo de veganismos ( $p=0,021$ ). A área de Ciências Exatas e Engenharia apresentou maior conhecimento nas perguntas sobre quando adotar uma dieta sem glúten ( $p=0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,002)$ ), se vegetarianismo é sinónimo de veganismos ( $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ) e se na dieta vegetariana se deve comer apenas alimentos de agricultura biológica ( $p=0,013$ ;  $IC_{95\%}=(0,011;0,015)$ ). A área da saúde tem uma frequência de mais respostas corretas na pergunta sobre a dieta livre de lactose ( $p<0,001$ ;  $IC_{95\%}=(0,000;0,000)$ ).

O número de refeições associou-se de forma positiva aos conhecimentos em alimentação e saúde ( $r_s=0,104$ ;  $p=0,003$ ).

No que diz respeito ao grau de associação entre as habilitações literárias e os conhecimentos em alimentação e saúde, verificou-se que quanto mais letrado for o pai e/ou mãe, maior o conhecimento dos alunos (e vice-versa) (pai:  $r_s=0,107$ ;  $p=0,003$ ; mãe:  $r_s=0,127$ ;  $p<0,001$ ) relativamente a esta temática.

#### **4.6 – COVID-19**

Relativamente aos problemas que podem aparecer com a COVID-19 (Tabela 14), grande parte dos alunos considerou que com o contexto de pandemia podem aparecer comportamentos sedentário ( $n=87,4\%$ ;  $n=838$ ) e mais de metade ( $58,9\%$ ;  $n=565$ ) considerou também a má nutrição como um possível problema.

**Tabela 114** - Problemas que podem aparecer com a COVID-19

	<b>%Sim</b>
<b>Comportamento sedentário</b> (n=959)	87,4%
<b>Má nutrição</b> (n=959)	58,9%
<b>Quantidade de sono</b> (n=959)	58,0%
<b>Qualidade de sono</b> (n=959)	69,6%
<b>Consumo de substâncias</b> (n=959)	25,0%
<b>Depressão</b> (n=959)	74,9%
<b>Ansiedade</b> (n=959)	84,8%
<b>Preocupações</b> (n=959)	76,2%
<b>Jogos <i>online</i></b> (n=959)	38,7%
<b>Uso excessivo de ecrã</b> (n=959)	90,5%
<b>Conflitos familiares</b> (n=959)	62,0%

## **5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

### **5.1 – Caracterização sociodemográfica**

O tamanho amostral foi de 1114 estudantes, o que corresponde a uma taxa de participação de aproximadamente 17,4% dos estudantes de 1º ano da Universidade de Lisboa (46).

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, a amostra em estudo é na sua maioria do sexo feminino (67,7%; n=754), o que também se verifica na população geral da Universidade de Lisboa e no ensino superior português, em que, aproximadamente 54% dos estudantes inscritos no 1º ano inscritos no ano letivo de 2020/2021 eram do sexo feminino (47,48).

Quanto à nacionalidade dos mesmos, a maioria eram portugueses, o que também se verifica na população na Universidade de Lisboa (46). Relativamente à origem dos alunos, mais de metade da amostra (51,8%; n=577) pertence ao distrito de Lisboa, como acontece com a restante Universidade, sendo seguidos pelos portugueses deslocados e pelos estudantes de outros programas de mobilidade internacional. Contudo, na Universidade de Lisboa, depois dos alunos de nacionalidade portuguesa são os alunos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que se encontram em maior número (correspondendo a aproximadamente 49% dos alunos estrangeiros) (46).

A instituição mais frequentada na amostra em estudo foi o Instituto Superior Técnico, com 21,70% dos estudantes (n=242), no entanto a escola com maior número de estudantes da Universidade é a Faculdade de Ciências com cerca de 15,29% dos alunos inscritos no ano letivo 2020/2021 (46). O mesmo se verificou para as áreas de estudo, uma vez que a mais frequentada foi a área de Ciências Exatas e Engenharias (24,2%; n=270), e a Faculdade de Ciências pertence à área de Ciências Naturais.

### **5.2 – Informação antropométrica e perceção corporal**

A informação antropométrica (peso, altura, IMC) desempenha um papel importante na definição de fatores de risco e/ou protetores para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, na medida em que IMC de excesso de peso/obesidade estão associados a

uma maior probabilidade de desenvolvimento deste tipo de patologias(49,50). A amostra em estudo apresentou um peso médio de  $62,20 \text{ kg/m}^2 \pm 12,02$  e um IMC de  $21,96 \text{ kg/m}^2$ . Estes dados estão de acordo com outros estudos desenvolvidos em populações semelhantes, em que a maioria dos estudantes também apresentam um IMC normoponderal (22,51–53).

Relativamente à percepção corporal, mais de 44% (n=462) considerou ter um peso ideal para a sua altura, o que vai ao encontro do IMC de normoponderalidade registado. O mesmo se verificou num trabalho realizado em estudantes universitários da Universidade de Navarra, em que 43% dos estudantes com IMC normoponderal tinham uma auto-percepção da imagem corporal correta (54). No entanto, na amostra em estudo, apenas 18,6% (n=195) considerou estar abaixo do peso ideal para a sua altura, enquanto num trabalho realizado na Universidade de Marrocos essa percentagem foi muito superior (43,9%; n=246) (55).

### **5.3 – Hábitos alimentares**

#### **5.3.1 – Consumo de refeições**

Os resultados obtidos indicam que, no geral, os estudantes universitários em estudo possuem hábitos alimentares que se distanciam de algumas das principais recomendações alimentares. Apesar de bem documentados os benefícios e importância do pequeno-almoço para o rendimento intelectual (56), ainda 16,1% (n=178) da amostra toma o pequeno-almoço apenas 1 a 2 vezes por semana ou nunca toma e a prevalência que o faz diariamente é inferior à registada a nível nacional (8).

Por sua vez, o número de refeições realizadas, em média, diariamente é corroborado por outros trabalhos sobre hábitos alimentares em estudantes do ensino superior, que revelam que a maioria dos estudantes realiza diariamente 4 das refeições principais (42,57,58).

Tal como verificado na amostra em estudo, também noutros trabalhos a refeição menos vezes realizada é a ceia (57).

Os alunos deslocados têm tendência a consumir menos vezes as refeições principais (almoço e jantar) e lanche quando comparados com os estudantes pertencentes ao distrito de Lisboa. Tal facto pode-se verificar por a entrada na universidade constituir uma fase em

que estão menos condicionados pelas práticas alimentares familiares e por terem de, na maior parte das vezes, cozinhar as suas próprias refeições (58).

Entre sexos verificaram-se, igualmente, diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente na refeição do almoço e da ceia. É o sexo feminino que mais consome estas refeições, o que parece consistente com alguns estudos realizados em estudantes universitários (3,59). A ingestão com maior frequência destas refeições pelas mulheres vai ao encontro à melhores práticas alimentares que, por norma, se encontra neste género (60–62). Todavia, no estudo “Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012”, do projeto ComSUMOS Académicos, que caracteriza os consumos dos alunos da Universidade de Lisboa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros (58).

Os alunos da área de Ciências Exatas e Engenharias são os que têm uma frequência de consumo de mais refeições, no entanto existem diferenças estatisticamente significativas entre áreas de estudo para o consumo de algumas refeições. O pequeno-almoço é mais consumido pelos alunos da área da Saúde, facto que pode ser facilmente explicado pelo conhecimento, que se espera por parte dos alunos de Saúde, relativo à importância desta refeição seja superior (42).

### **5.3.2 – Consumo de bebidas alcoólicas**

No que diz respeito a bebidas alcoólicas, o presente trabalho reporta um consumo ligeiramente superior a 50% da amostra nos 30 dias antes da recolha de dados. No entanto, este resultado não pode ser avaliado por si só, uma vez que a recolha de dados ocorreu na altura do 2º período de contenção social devido à COVID-19, o que impossibilitou os alunos de saírem de casa e irem a festas, eventos onde a frequência de consumo é maior (63). Para além disso, outros estudos realizados também em época de contenção social concluíram uma diminuição do consumo de álcool (5,64).

A bebida consumida com mais frequência foi a cerveja. Este resultado é corroborado por outros estudos realizados em estudantes universitários, em que apesar de não se perceber o motivo, também a cerveja foi considerada a “bebida dos estudantes” (63,65).

Relativamente à embriaguez, quase 40% (n=443) dos estudantes nunca se embriagaram, apesar de existirem diferenças estatisticamente significativas, na medida em

que, ao longo da vida, as raparigas ficaram mais vezes embriagadas. Coimbra Trigo, A. e Santiago, L. M. apesar de não terem verificado diferenças estatisticamente significativas entre géneros, concluíram também um maior risco de consumo excessivo para as raparigas (63).

### **5.3.3 – Consumo de bebidas não alcoólicas (estimulantes e outras)**

No que concerne a bebidas não alcoólicas estimulantes, constatou-se que o café é a bebida mais consumida pelos estudantes, especialmente durante a semana. Este resultado é corroborado por um trabalho desenvolvido na Universidade da Beira Interior, em que da amostra em estudo, aproximadamente, 78,9% reportaram beber café (66). Foi também reportado um consumo de café de 71,2% nos estudantes de uma universidade de Sarajevo (67). Outros estudos realizados igualmente em populações universitárias, reportam o café como a substância mais consumida, visando a melhoria do rendimento intelectual (68).

Relativamente às restantes bebidas energéticas (chá preto/verde e bebidas energéticas) as raparigas consomem-nas com maior frequência, o que se pode dever ao facto de já se ter percebido que uma das principais razões para o consumo destas bebidas por parte dos estudantes universitários é para estudarem (69) e é o sexo feminino que evidencia maior expectativa relativamente ao rendimento académico (70).

Relativamente às outras bebidas não alcoólicas, a mais consumida é a água. Todavia, quase 40% (n=440) dos universitários não cumpre as recomendações de quantidade (recomendações para o sexo feminino: 1,5L; Recomendações para sexo masculino: 1,9L) (71). Também a nível nacional as recomendações não são cumpridas, sendo que a população portuguesa bebe em média menos de 1L de água por dia (72). Deste modo e, tendo em consideração a importância de um aporte hídrico adequada, o Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável lançou uma campanha, em 2020, “Comer melhor, uma receita para a vida” cujo um dos objetivos era promover a ingestão hídrica (72). Em contrapartida, a água é dos alimentos que os participantes do REACT-COVID 2.0 indicaram ter aumentado comparativamente ao período pré-pandemia (6).

Contrariamente ao que seria expectável, uma vez que as recomendações hídricas dos homens são superiores, é o sexo feminino que consome mais água.

Relativamente ao consumo de sumos néctares e refrigerantes, estes são a segunda bebida mais consumida, porém de salientar que mais de 65% (n=723) dos estudantes

referiram nunca ingerir. Esta tendência também se verificou em 2015 no estudo “Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012” (58).

#### **5.4 – Adesão à Dieta Mediterrânica**

Em termos de adesão ao PAM, 89,5% (n=861) dos estudantes apresentam uma baixa adesão à DM, com uma média inferior a 7 pontos, resultado que se encontra em concordância com outros avaliados em amostras semelhantes. Universitários libaneses apresentam uma média de  $8,0 \pm 2,2$  pontos e em Espanha a média foi de  $7,7 \pm 1,9$  pontos, onde 63,6% dos alunos apresentaram uma baixa adesão (73,74).

A nível nacional, 31% da população com mais de 18 anos apresenta baixa adesão ao PAM (8), sendo superior no sexo masculino, apesar de o mesmo não se ter verificado na amostra em estudo, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, o que também foi reportado por Karam et al (74).

No PREDIMED existem alguns resultados favoráveis no que diz respeito ao consumo de azeite como principal fonte de gordura para cozinhar, reduzida ingestão de bebidas açucaradas, pastelaria e manteiga, margarina ou natas, consumo frequente de produtos hortícolas, peixe, leguminosas, preferência por carnes brancas e uma confeção habitual de refogado, o que se assemelha aos resultados obtidos em alunos espanhóis, libaneses e polacos (22,74). Como resultados negativos está a baixa ingestão de fruta, de frutos oleaginosos e um consumo elevado de mais de uma porção de carne vermelha por dia. Também Cabo-Cuenca et al., em 2019, reportou um baixo consumo de fruta e de frutos oleaginosos em estudantes universitários espanhóis (22).

Esta frequência de consumo diverge bastante das recomendações da OMS no que diz respeito à ingestão diária de hortofrutícolas em que se recomenda um consumo mínimo do equivalente a 5 porções de hortofrutícolas (400 g/dia) (75), assim como das recomendações da Roda da Alimentação Mediterrânica, onde a recomendação é de 3 a 5 porções de fruta diariamente (10,76). A nível nacional o consumo médio diário é de 312 g/dia, sendo de 56% a prevalência de indivíduos que não adere às recomendações (8). Segundo o “REACT-COVID: Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social”, o consumo de fruta aumentou em 29,7% no período do primeiro isolamento e/ou confinamento de 9 de

abril de 2020 a 4 de maio de 2020 (5), o mesmo foi o que se verificou em estudantes universitários em Espanha (64). No entanto quando comparado com a totalidade dos primeiros 12 meses de pandemia COVID-19 esse consumo voltou a diminuir (6). Também a nível de consumo entre estudantes universitários o consumo é, na sua maioria, inferior às recomendações da OMS (77,78).

Relativamente ao consumo elevado de carne vermelha, hambúrgueres ou produtos cárneos (67,2%; n=733, consome mais de 1 porção por dia) são coincidentes com o consumo nacional, uma vez que a prevalência de consumo de mais de 100g de carne vermelha é de 45,8% nos adultos (8). De salientar que, segundo a Agência Internacional de Investigação de Cancro, o consumo de 100g de carne vermelha diariamente está associado a um aumento do risco de cancro do cólon de 17% (50).

De salientar que, na área da Saúde, os comportamentos alimentares com maior força no *score* final foram os característicos do PAM (consumo de frutos oleaginosos e baixo consumo de carne vermelha). Segundo a Direção-Geral da Saúde, a população portuguesa tem um consumo reduzido de frutos oleaginosos porque têm a perceção que estes alimentos engordam e são prejudiciais à saúde (72). Todavia, para os estudantes de Saúde essa perceção errónea parece não se aplicar, uma vez que tendem a ter um conhecimento mais ajustado em relação a este assunto.

## **5.5 – Conhecimentos em saúde**

### **5.5.1 – Literacia nutricional**

Os resultados do NVS mostram que 84,1% (n=433) dos participantes têm literacia nutricional adequada, valor semelhante ao obtido numa população de estudantes da Universidade de Houston (79) (82% com literacia adequada). Estes resultados são superiores aos obtidos noutros estudos (30,80) e essa diferença é ainda mais acentuada quando comparados com os dados relativos à literacia da população portuguesa (81). Estes resultados eram expectáveis, uma vez que indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados tendem a apresentar mais literacia (82).

A pergunta com maior percentagem de respostas corretas foi a questão relativa à ingestão segura do gelado tendo em conta as alergias (83,6% respondeu corretamente). O

resultado é consistente com outros estudos (81,83) e pode estar associado à natureza dicotómica da resposta, na medida em que a probabilidade de responder corretamente aumenta (29,84).

Apesar destes resultados satisfatórios, quando comparado a literacia (conhecimento teórico) com a adesão ao PAM (“prática”) conclui-se que os estudantes apesar de terem conhecimentos nutricionais adequados, não os aplicam ao seu estilo de vida. Esta premissa também já tinha sido verificada numa tese de mestrado que incidiu sobre estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, uma vez que também estes demonstraram níveis de conhecimentos adequados, mas depois não os transpunham para a prática no seu dia-a-dia (85).

Não foi encontrada associação entre a literacia nutricional e o sexo ou a área de estudo, o que vai de encontro à literatura existente (28,29,80,83,84,86). Todavia, quando analisadas individualmente as questões, os estudantes da área das Ciências Exatas e Engenharias apresentaram um maior número de respostas corretas relativamente ao número de calorias e à quantidade de gelado que se pode ingerir, isso pode-se prender ao facto dos alunos de Ciências Exatas e Engenharias terem maior à vontade na realização de cálculos e numeracia.

Relativamente ao nível de instrução dos pais, obteve-se uma correlação positiva para as habilitações académicas da mãe e a literacia nutricional. No entanto, num estudo exploratório realizado em alunos da Universidade da Beira Interior, não se verificou qualquer relação significativa entre literacia e a escolaridade materna (87).

De salientar que a informação existente relativa à literacia nutricional na população universitária portuguesa utilizando o NVS, é reduzida, pelo que seria importante aumentar o conhecimento nessa área, para melhor se discutirem os resultados (80,81,88).

### **5.5.2 – Segurança alimentar**

A percentagem média de respostas corretas foi de 48%, valor que se demonstrou semelhante a outros estudos realizados em estudantes universitários (89). É importante referir que a inexistência de uniformização da metodologia de avaliação utilizada nos estudos, bem como a variação dos intervalos etários podem dificultar as comparações com outros trabalhos.

A resposta com maior percentagem de respostas corretas foi a questão 3, relativa à confeção dos hambúrgueres (83,4%; n=830), valor que se demonstrou superior quando comparado com outros estudos (89).

No entanto, apenas 39,5% (n=393) respondeu corretamente à questão sobre a contaminação cruzada entre alimentos cozinhados e crus, enquanto Azanaw et al reportaram que 71,3% conseguem reconhecer esta fonte de contaminação cruzada (90). Mesma discrepância de resultados acontece com o tempo em que se podem guardar sobras, uma vez que mais de metade dos alunos reponderam corretamente, mas segundo Courtney et al, numa universidade canadiana esta foi das questões respondida erradamente (89).

Foi encontrada associação positiva entre os conhecimentos em segurança alimentar e o sexo, em que as mulheres possuem um maior conhecimento, o que também se verificou para outros trabalhos (91–93).

Relativamente à relação entre conhecimentos em segurança alimentar e área de estudo, detetou-se que os estudantes da área da Saúde são os que possuem maior conhecimento. Este dado é corroborado por Courtney et al, em que também existe diferenças estatisticamente significativas, porém essas diferenças são para a área de Ciências, mesmo quando comparado com a Faculdade de Ciências da Saúde (89).

### **5.5.3 – Alimentação e saúde**

Em relação aos conhecimentos sobre alimentação e saúde os resultados não foram satisfatórios. As únicas questões que obtiveram uma frequência de respostas corretas superior a 50% foram as perguntas relativas à adoção de dieta livre de glúten, de lactose e alimentos biológicos na alimentação vegetariana. De considerar que estes são assuntos bastante abordados nas redes sociais utilizadas pelos estudantes, o que pode contribuir para a perpetuação de mitos relacionados com a alimentação, desconhecimento e consequente impacto nas escolhas alimentares (94–96).

Contrariamente ao descrito na evidência científica, em que as mulheres possuem maior conhecimento em literacia alimentar, no presente estudo foram os indivíduos do sexo masculino que demonstraram mais conhecimentos (97). Todavia, nas 3 questões mais vezes respondidas corretamente foram as mulheres que demonstraram maior conhecimento.

Existiu uma associação positiva entre o número de refeições e os conhecimentos em alimentação e saúde. O mesmo já tinha sido verificado num trabalho realizado na Universidade de Coimbra (85).

## **5.6 – COVID-19**

Quase 90% dos participantes (n=838) considerou que com a pandemia COVID-19 um dos problemas que poderia surgir era o sedentarismo, o que faria sentido uma vez que as pessoas acabaram por ser obrigadas a ficar em casa. No entanto, no mesmo período de recolha dos dados, 43,6% dos indivíduos de uma amostra de estudantes universitários semelhantes reportou uma prática de atividade física de um a três dias na semana e 29,6% mais de três dias na semana (43). Isto pode dever-se ao facto de uma das exceções das regras de contenção social ser para a prática de exercício físico no exterior (98).

Relativamente à má nutrição, reportada por mais de metade (58,9%; n=565) dos estudantes como outro item problemático associado à pandemia, segundo o REACT-COVID 2.0 29,6% da população portuguesa que respondeu ao inquérito reportaram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos por dificuldades económicas e 12,3% reportaram já essa dificuldade (6), o que efetivamente acaba por ter impacto no estado nutricional da população e poderá levar a questões de má nutrição num futuro próximo.

## **6. CONCLUSÃO**

O objetivo principal do estudo desenvolvido nesta dissertação foi analisar e caracterizar os hábitos alimentares, a adesão ao PAM e os conhecimentos em saúde dos estudantes universitários.

Considera-se que os objetivos foram cumpridos e que este estudo permitiu concluir que os estudantes universitários inquiridos apresentam hábitos alimentares e níveis de literacia passíveis de melhoria. Este estudo permitiu evidenciar a importância da implementação de estratégias de educação alimentar, que envolvam a comunidade académica, com predominância naqueles que acedem ao ensino superior.

Os resultados indicam que mais de três quartos da amostra (75,5%; n=760) apresenta um peso adequado para a altura e que a prevalência de magreza e de pré-obesidade são semelhantes (magreza: 10,3% n=104; pré-obesidade: 10,8% n=109).

Em relação aos hábitos alimentares, as diferenças são significativas entre grupos para o consumo de refeições (género, local de origem e área de estudo), para a ingestão de bebidas alcoólicas (género, área de estudo) e para o consumo de bebidas não alcoólicas (género). De modo geral, verificaram-se melhores hábitos alimentares nos estudantes do sexo feminino e não deslocados, uma vez que são os que têm um consumo de refeições mais adequados, nomeadamente na ingestão das refeições principais. Relativamente à área de estudo, Ciências Exatas e Engenharia foi a que apresentou um padrão de consumo de refeições mais adequado, porém também é a área que consome mais bebidas alcoólicas. Os alunos que fazem mais refeições ao longo do dia e que tomam mais vezes o pequeno-almoço são também os que apresentam maior adesão ao PAM.

A adesão ao PAM foi "fraca", com um consumo reduzido de fruta e frutos oleaginosos, não cumprindo as recomendações. Por outro lado, os resultados relativos ao consumo de azeite, carnes brancas, produtos de pastelaria, produtos hortícolas, peixe e leguminosas foram satisfatórios. Os alunos de Ciências Sociais e Humanidades foram os que apresentaram maior adesão ao PAM.

A nível de conhecimentos em saúde, apresentaram maioritariamente uma literacia nutricional adequada (84,1%; n=515), sem diferenças significativas entre género ou área de estudo, mas com correlação positiva com as habilitações académicas da mãe. Em segurança alimentar, os conhecimentos demonstrados foram limitados, especialmente no que diz

respeito à limpeza e prazos de validade dos alimentos. Os conhecimentos em alimentação e saúde, por sua vez, demonstraram que ainda há muitos mitos associados à alimentação mesmo em indivíduos mais literados.

Relativamente aos problemas que podem aparecer com a COVID-19 grande parte dos estudantes referiu o uso excessivo de ecrã (90,5%; n=868) e o comportamento sedentário (87,4%; n=838) como os principais.

De referir que existem aspetos metodológicos deste estudo que podem ter influenciado alguns resultados obtidos, decorrentes de método de recolha de dados *online* com recurso a dados auto reportados. Sabe-se que o peso e a altura auto reportados, apresenta uma tendência para uma subestimativa do peso e uma sobre estimativa da altura, sendo este desvio mais pronunciado no sexo feminino do que no masculino (a maioria da amostra é do sexo feminino). O facto de se ter utilizado uma ferramenta adaptada e não validada para avaliar os conhecimentos alimentares (segurança alimentar e alimentação e saúde) dificultou a comparação com outros estudos. De referir ainda que a dimensão do questionário aplicado e ter sido enviado para o e-mail institucional pode ter influenciado negativamente o acesso e a resposta. De futuro, para tentar minimizar as limitações identificadas, seria interessante desenvolver uma ferramenta mais simples e com outro método de divulgação de maior proximidade para se obter uma maior adesão e potencial representação da população universitária.

Em suma, considera-se que o presente trabalho possa contribuir para a divulgação do conhecimento nesta área, podendo ser objeto de consideração para fundamentar e apoiar a implementação de ações de saúde pública e comunitária junto das Universidades, uma vez que a educação dos indivíduos constitui um fator preponderante em termos de saúde pública.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Guia para a atribuição do selo de excelência «Alimentação saudável no ensino superior». Direção-Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2019. 1–9 p.
2. Bôto JM, Pinto E, Mateus MP. Hábitos alimentares, de saúde e adesão à dieta mediterrânica dos jovens da região do Algarve. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2020;20:6–13.
3. Burriel FC, Urrea RS, García CV, Milla M, Meseguer MJG. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutr Hosp*. 2013;28(2):438–46.
4. Socarrás VS, Martínez A. Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. 2015;31(1):449–57.
5. Direção-Geral da Saúde. REACT-COVID Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social. Serviço Nacional de Saúde; Direção-Geral da Saúde; 2020.
6. Direção-Geral da Saúde. REACT-COVID 2.0 Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto da pandemia COVID-19. 2021.
7. Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 2016-2020. Instituto Nacional de Estatística, editor. Lisboa-Portugal; 2021.
8. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. 2017.
9. Trichopoulos A, Lagiou P. Healthy Traditional Mediterranean Diet: An Expression of Culture, History, and Lifestyle. *Nutr Rev*. 1997;55(11):383–9.
10. Barbosa C, Pimenta P, Real H. Roda da Alimentação Mediterrânica e Pirâmide da Dieta Mediterrânica: comparação entre os dois guias alimentares. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2017 Dez 31;11:6–14.
11. Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the mediterranean diet: A literature review. Vol. 7, *Nutrients*. MDPI AG; 2015. p. 9139–53.
12. Ventriglio A, Sancassiani F, Contu MP, Latorre M, di Slavatore M, Fornaro M, et al. Mediterranean Diet and its Benefits on Health and Mental Health: A Literature Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2020 Ago 4;16(1):156–64.

13. Pinho I, Rodrigues S, Franchini B, Graça P. Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde, editores. Lisboa; 2016. 1–40 p.
14. Keys A. Mediterranean diet and public health - personal reflections. *American Journal Clinical Nutrition*. 1995;61(suppl):1321S-3S.
15. Martinez-Lacoba R, Pardo-Garcia I, Amo-Saus E, Escribano-Sotos F. Mediterranean diet and health outcomes: a systematic meta-review. *The European Journal of Public Health*. 2018;28(5):955–61.
16. Martini D. Health benefits of mediterranean diet. *Nutrients*. 2019 Ago 5;11(8).
17. Ubago-Jiménez J, Zurita-Ortega F, Román-Mata SS, Puertas-Molero P, González-Valero G. Impact of Physical Activity Practice and Adherence to Intelligences among University Students. *Nutrients*. 2020;12:12.
18. UNESCO. Decision of the Intergovernmental Committee: 8.COM. 2013.
19. da Silva R, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Buckland G, Vaz De Almeida MD, Serra-Majem L. Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutr*. 2009 Set;12(9 SPEC. ISSUE 9A):1676–84.
20. Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 2012-2016. Instituto Nacional de Estatística, editor. Lisboa-Portugal; 2017.
21. Gregório MJ, Rodrigues AM, Salvador C, Dias SS, de Sousa RD, Mendes JM, et al. Validation of the Telephone-Administered Version of the Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS) questionnaire. *Nutrients*. 2020 Mai 1;12(5).
22. Cobo-Cuenca AI, Garrido-Miguel M, Soriano-Cano A, Ferri-Morales A, Martínez-Vizcaíno V, Martín-Espinosa NM. Adherence to the Mediterranean Diet and Its Association with Body Composition and Physical Fitness in Spanish University Students. *Nutrients*. 2019;11:14.
23. Programa Nacional de Saúde Escolar, Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Direção-Geral Saúde. Lisboa; 2015.
24. Oliveira MT de L. Avaliação da literacia para a saúde e hábitos alimentares numa amostra de adolescentes portuguesas: Projecto CrAdLiSa (Programa Nacional de Saúde Escolar-PNSE Estudo em articulação com a Direção Geral de Saúde-DGS) [Dissertação]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2017.

25. Torres R, Real H. Literacia nutricional e Literacia alimentar: uma revisão narrativa sobre definição, domínios e ferramentas de avaliação. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2021;24:56–63.
26. Espanha R, Ávila P, Veloso RM. Literacia em saúde em Portugal: Relatório Síntese. Fund Cal Gulbenkian. Lisboa; 2016.
27. Monteiro M, Fontes T, Ferreira-Pêgo C. Nutrition literacy of portuguese adults — a pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2;18(6):1–9.
28. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514–22.
29. Marques MR. Literacia em Saúde dos Alunos do 1º Ano de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa [Dissertação]. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2019.
30. Ying NY, Ming LS, Moho-Said S, Yusof N, Mohd-Dom TNMDN. Oral Health Literacy and Behavior of Health Sciences University Students. *Journal of Dentistry Indonesia*. 2015 Ago 31;22(2).
31. Almeida LMG. Avaliação da Literacia em Saúde dos Estudantes do Ensino Superior da Beira Interior [Dissertação]. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2016.
32. Cuy Castellanos D, Holcomb J. Food insecurity, financial priority, and nutrition literacy of university students at a mid-size private university. *Journal of American College Health*. 2018 Jan 2;
33. Direção-Geral da Saúde. COVID-19 e Alimentação. 2020.
34. Scott E. Foodborne disease and other hygiene issues in the home. *Journal of Applied Bacteriology*. 1996;80(1):5–9.
35. Beumer R, Bloomfield SF, Exner M, Fara GM, Scott E, Nath K. Guidelines for Prevention of Infection and Cross Infection in the Domestic Environment. 2004.
36. Guia CMGM. Hábitos de segurança alimentar na população estudantil do Instituto Politécnico de Braga [Dissertação]. Universidade de Lisboa; 2012.
37. Byrd-Bredbenner C, Schaffner DW, Maurer Abbot J. How food safe is your home kitchen? A self-directed home kitchen audit. *J Nutr Educ Behav*. 2010;42(4):286–9.

38. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Alimentação saudável - Desafios e Estratégias 2018. Direção-Geral da Saúde, editor. Direção Geral da Saúde. 2018. 1–24 p.
39. Bonaccio M, di Castelnuovo A, Costanzo S, de Lucia F, Olivieri M, Donati MB, et al. Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite*. 2013;68:139–46.
40. Mackert M, Champlin S, Mabry-Flynn A. Exploring college student health literacy: Do methods of measurement matter? *J Stud Aff Res Pract* [Internet]. 2017;54(3):275–85. Available from: <https://doi.org/10.1080/19496591.2017.1289095>
41. Harper R. Development of a health literacy assessment for young adult college students: A pilot study. *Journal of American College Health*. 2014;62(2):125–34.
42. Almeida AFM. Hábitos alimentares e actividade física de estudantes do ensino superior [Dissertação]. Universidade de Coimbra; 2018.
43. HOUSE-Colégio F3, ULisboa. Saúde e Estilos de Vida dos Estudantes Universitários à Entrada da Universidade - Relatório do Estudo HOUSE-Colégio F3, ULisboa. 2022.
44. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Vol. 894, World Health Organization technical report series. Switzerland; 2000.
45. Martínez-González MÁ, Corella D, Salas-salvado J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort Profile : Design and methods of the PREDIMED study. *Int J Epidemiol*. 2012;41:377–85.
46. Universidade Lisboa. Relatório de Gestão e de Atividades 2020. 2021.
47. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, Direção de Serviços de Estatísticas da Educação. Estatísticas da Educação 2020/2021. DGEEC. Lisboa; 2021. 9–25 p.
48. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. Inscritos de 1º ano em Estabelecimentos do Ensino Superior 2020/2021. 2021.
49. Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Curr Obes Rep*. 2015;4:363–70.

50. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. 2018.
51. Pico Fonseca S, Quiroz Mora C, Hernández Carrillo M, Arroyave Rosero G, Idrobo Herrera I, Burbano Cadavid L, et al. Relationship between pattern of food consumption and body composition in university students: A cross-sectional study. *Nutr Hosp.* 2021;38(1):100–8.
52. Hadjimbei E, Botsaris G, Gekas V, Panayiotou AG. Adherence to the Mediterranean Diet and Lifestyle Characteristics of University Students in Cyprus: A Cross-Sectional Survey. *J Nutr Metab.* 2016;2016:1–8.
53. Santos IMS. Adesão à Dieta Mediterrânica numa amostra de Estudantes Universitários [Trabalho de Investigação]. Universidade do Porto; 2017.
54. Nelia Soto Ruiz M, Fernández BM, Ontoso IA, Guillén-Grima F, Monzó IS, Armayor NC, et al. Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):2269–75.
55. Boutahar K, Chetoui A, Kaoutar K, Najimi M, Chigr F. Anthropometric status and body image perception among Moroccan university students. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2019;67(5):311–7.
56. Gibney MJ, Barr SI, Bellisle F, Drewnowski A, Fagt S, Livingstone B, et al. Breakfast in human nutrition: The international breakfast research initiative. *Nutrients.* 2018;10(559):1–12.
57. Alves R, Precioso J. Hábitos Alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación.* 2017;14:239–44.
58. Alcântara da Silva P, Borrego R, Ferreira VS, Lavado E, Melo R, Rowland J, et al. Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: O caso dos Estudantes da ULisboa-2012. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), editor. Lisboa; 2015.
59. Rodrigues TH. Avaliação dos hábitos alimentares de estudantes do ensino superior [Dissertação]. Instituto Politécnico de Viseu; 2012.
60. Capitão MI. Padrão alimentar dos estudantes de Medicina, como futuros profissionais de saúde [Dissertação]. Universidade de Coimbra; 2011.

61. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med (Baltim)*. 2002;35(2):97–104.
62. Tirodimos I, Georgouvia I, Savvala TN, Karanika E, Noukari D. Healthy lifestyle habits among Greek university students: Differences by sex and faculty of study. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2009;15(3):722–8.
63. Coimbra Trigo A, Santiago LM. Alcohol drinking in higher education students from Coimbra and the impact of academic festivities. *Acta Med Port*. 2021;34(13):249–56.
64. Celorio-Sardà R, Comas-Basté O, Latorre-Moratalla ML, Zerón-Ruggerio MF, Urpi-Sarda M, Illán-Villanueva M, et al. Effect of covid-19 lockdown on dietary habits and lifestyle of food science students and professionals from Spain. *Nutrients*. 2021;13(5):1–13.
65. Bárbara R, Ferreira-Pêgo C. Changes in eating habits among displaced and non-displaced university students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Ago 1;17(15):1–9.
66. Almeida SAM de. Consumo de café pelos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior [Dissertação]. Universidade da Beira Interior; 2015.
67. Serdarevic N, Katana B, Jaganjac A, Bojicic S, Brankovic S, Mahmutovic J. The Cigarette Smoking, Coffee and Supplements Intake at Students of Sarajevo University. *Med Arch*. 2019;73(2):104–8.
68. Miranda M, Barbosa M. Use of Cognitive Enhancers by Portuguese Medical Students: Do Academic Challenges Matter? *Acta Med Port*. 2022;35(4):257–63.
69. Ospina JM, Manrique FG, Sánchez, Barrera LF. Consumo de bebidas energizantes en estudiantes universitarios. *Rev Salud Historia Sanidad*. 2015;10(1).
70. Tavares CFV. Adaptação ao ensino superior, personalidade e otimismo em estudantes universitários do 1º ciclo de estudos [Dissertação]. Tavares, C. F. V. (2014). Adaptação ao ensino superior, personalidade e otimismo em estudantes universitários do 1º ciclo de estudos. 169. [Porto]: Universidade Fernando Pessoa; 2014.
71. Padrão P, Teixeira P, Padez C, Medina J. Estabelecimento de recomendações de ingestão hídrica para os portugueses. *Semana médica*. 2012. p. 1–4.
72. Gregório MJ, Mendes de Sousa R, Teixeira D. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020. Direção-Geral da Saúde, editor. Direção Geral da Saúde. Lisboa; 2020.

73. López-Moreno M, Garcés-Rimón M, Iglesias López MT. Adherence to Mediterranean Diet, Alcohol Consumption and Emotional Eating in Spanish University Students. *Nutrients*. 2021;13(3174):1–11.
74. Karam J, Bibiloni M del M, Serhan M, Tur JA. Adherence to Mediterranean Diet among Lebanese University Students. *Nutrients*. 2021;13(1264).
75. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916. Geneva; 2003.
76. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Roda da Alimentação Mediterrânica: Cartaz da Roda da Alimentação Mediterrânica.
77. Manuel Ejeda-Manzanera J, Rodrigo-Vega M. Hábitos de alimentación y calidad de dieta en estudiantes universitarias de magisterio en relación a su adherencia a la Dieta Mediterránea. *Rev Esp Salud Pública*. 2021 Feb 17;95.
78. Tárraga Marcos A, Panisello Royo JM, Carbayo Herencia JA, López Gil JF, García Cantó E, Tárraga López PJ. Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud y su relación con el nivel de actividad física. *Nutr Hosp*. 2021;38(4):814–20.
79. Avci G, Kordovski VM, Woods SP. A Preliminary Study of Health Literacy in an Ethnically Diverse University Sample. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019;6(1):182–8.
80. Luís L. Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos [Tese de Doutoramento]. Universidade Nova de Lisboa; 2010.
81. Paiva D, Silva S, Severo M, Moura-Ferreira P, Lunet N, Azevedo A. Limited health literacy in Portugal assessed with the newest vital sign. *Acta Med Port*. 2017;30(12):861–9.
82. Benavente A, Rosa A, Costa A, Ávila P. A Literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. 1996. 396–410 p.
83. Pereira Cruvinel AF, Cusicanqui Méndez DA, Campos Chaves G, Gutierrez E, Lotto M, Marchini Oliveira T, et al. The Brazilian validation of a health literacy instrument: the newest vital sign. *Acta Odontol Scand*. 2018;76(8):587–94.
84. Martins AC, Andrade IM. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;Série IV(3):75–83.

85. Miranda PRR. Os Conhecimentos Nutricionais Dos Alunos Do Mestrado Integrado Em Medicina Da Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra E a Sua Associação Com Os Hábitos Alimentares E Nível De Actividade Física Praticados [Dissertação]. Universidade de Coimbra; 2015.
86. HLS-EU Consortium HLS-EU. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. 2014.
87. Sobral MMJ. Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório [Dissertação]. [Lisboa]: Universidade da Beira Interior; 2018.
88. Vasconcelos MLS. Literacia em Saúde dos Estudantes do 3º Ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa [Dissertação]. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2021.
89. Courtney SM, Majowicz SE, Dubin JA. Food safety knowledge of undergraduate students at a Canadian university: results of an online survey. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1–16.
90. Azanaw J, Dagne H, Andualem Z, Adane T. Food Safety Knowledge, Attitude, and Practice of College Students, Ethiopia, 2019: A Cross-Sectional Study. *Biomed Res Int*. 2021;2021.
91. Lazou T, Georgiadis M, Pentieva K, McKeivitt A, Iossifidou E. Food safety knowledge and food-handling practices of Greek university students: A questionnaire-based survey. *Food Control*. 2012;28(2):400–11.
92. Byrd-Bredbenner C, Maurer J, Wheatley V, Schaffner D, Bruhn C, Blalock L. Food safety self-reported behaviors and cognitions of young adults: Results of a national study. *J Food Prot*. 2007;70(8):1917–26.
93. Hassan HF, Dimassi H. Food safety and handling knowledge and practices of Lebanese university students. *Food Control*. 2014;40(1):127–33.
94. Vaterlaus JM, Patten E v., Roche C, Young JA. Getting healthy: The perceived influence of social media on young adult health behaviors. *Comput Human Behav*. 2015;45:151–7.
95. Woolley P, Peterson M. Efficacy of a health-related facebook social network site on health-seeking behaviors. *Soc Mar Q*. 2012;18(1):29–39.

96. Peixoto SFF. Redes Sociais e Escolhas Alimentares [Dissertação]. Universidade do Porto; 2020.
97. Gréa Krause C, Beer-Borst S, Sommerhalder K, Hayoz S, Abel T. A short food literacy questionnaire (SFLQ) for adults: Findings from a Swiss validation study. *Appetite*. 2018;120:275–80.
98. República Portuguesa. Covid-19 - Março / Abril / Maio 2021 Plano de Desconfinamento. 2021.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1** – Questionário sobre hábitos alimentares

### SECÇÃO E: PERFIL DO PARTICIPANTE - Hábitos alimentares

28.1. Com que frequência toma o pequeno-almoço (mais do que só leite/iogurte ou sumo de fruta) DURANTE A SEMANA?

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Nunca tomo pequeno-almoço durante a semana
- b) Um dia
- c) Dois dias
- d) Três dias
- e) Quatro dias
- f) Cinco dias

28.2. Com que frequência toma o pequeno-almoço (mais do que só leite/iogurte ou sumo de fruta) DURANTE O FIM-DE-SEMANA?

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Nunca tomo pequeno-almoço durante o fim-de-semana
- b) Tomo pequeno-almoço apenas um dos dias do fim-de- semana (sábado OU domingo)
- c) Tomo pequeno-almoço nos dois dias do fim-de-semana (sábado E domingo)

29. Em sua casa é usado azeite como principal gordura para cozinhar?

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Não
- b) Sim

30.1. Que quantidade de azeite consome num dia? (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)

Número de colheres de sopa por dia.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 uma colher de sopa
- b) 1 colher de sopa
- c) 2 colheres de sopa
- d) 3 colheres de sopa
- e) 4 colheres de sopa ou mais

*Hábitos alimentares, adesão à Dieta Mediterrânea e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia*

30.2. Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200 g; considere a sopa como 1 porção e os acompanhamentos no prato como metade de uma porção)

Número de porções por dia.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções ou mais

30.3. Quantas peças de fruta consome por dia? (incluindo sumos de fruta natural)

Número de peças por dia.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 peça
- b) 1 peça
- c) 2 peças
- d) 3 peças
- e) 4 peças ou mais

30.4. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100 a 150 g)

Número de porções por dia.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções ou mais

*Hábitos alimentares, adesão à Dieta Mediterrânea e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia*

30.5. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 10 g)

Número de porções por dia.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções ou mais

30.6. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia? (1 porção = 1 copo: 150 ml)

Número de porções por dia.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções ou mais

30.7. Quantos copos de vinho bebe por semana? (1 copo: 100 ml)

Número de copos por semana.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 copo
- b) 1 copo
- c) 2 copos
- d) 3 copos
- e) 4 copos
- f) 5 copos
- g) 6 copos
- h) 7 ou mais copos

30.8. Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)

Número de porções por semana.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 uma porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções
- f) 5 porções
- g) 6 porções
- h) 7 ou mais porções

*Hábitos alimentares, adesão à Dieta Mediterrânea e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia*

30.9. Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)

Número de porções por semana.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 uma porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções
- f) 5 porções
- g) 6 porções
- h) 7 ou mais porções

30.10. Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas e biscoitos?

Número de vezes por semana.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 uma vez
- b) 1 vez
- c) 2 vezes
- d) 3 vezes
- e) 4 vezes
- f) 5 vezes
- g) 6 vezes
- h) 7 ou mais vezes

30.11. Quantas porções de frutos secos gordos (nozes, amêndoas, avelãs, amendoins) consome por semana? (1 porção 30 g = 1 chávena de café)

Número de porções por semana.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 uma porção
- b) 1 porção
- c) 2 porções
- d) 3 porções
- e) 4 porções
- f) 5 porções
- g) 6 porções
- h) 7 ou mais porções

*Hábitos alimentares, adesão à Dieta Mediterrânea e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia*

30.12. Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Sim
- b) Não tenho essa preferência
- c) Não, não consumo carne

30.13. Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confecionados com um refogado? (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)

Número de vezes por semana.

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Menos de 1 uma vez
- b) 1 vez
- c) 2 vezes
- d) 3 vezes
- e) 4 vezes
- f) 5 vezes
- g) 6 vezes
- h) 7 ou mais vezes

31. Onde almoça quando passa o dia na Faculdade/Instituto?

(Assinale a opção que ocorre com maior frequência)

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Não almoço
- b) Refeitório da minha Faculdade/Instituto
- c) Outro bar ou cafetaria da minha Faculdade/Instituto
- d) Restaurante fora da Universidade
- e) Refeitório da outra Faculdade/Instituto
- f) Outro bar ou cafetaria de outra Faculdade/Instituto
- g) Vou almoçar a casa
- h) Levo almoço de casa
- Outra: \_\_\_\_\_

32. O que almoça quando passa o dia na Faculdade/Instituto?

(Assinale todas as opções que ocorrem com frequência)

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- a) Não almoço
- b) Sopa
- c) Prato principal
- d) Sobremesa doce
- e) Fruta
- f) Sandes
- g) Salgado(s) (ex: quiche, croquete, folhados)

*Hábitos alimentares, adesão à Dieta Mediterrânea e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia*

33. Em média, quantas refeições faz diariamente?

Marcar apenas uma oval.

- a) <2 refeições / dia
- b) 2-3 refeições / dia
- c) 4-6 refeições / dia
- d) 7 ou + refeições / dia

34. Com que frequência semanal faz cada uma das refeições abaixo:

(Por favor, assinale uma opção em cada linha)

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	1-2 vezes/semana	3-4 vezes/semana	5-6 vezes/semana	Diariamente
a) Pequeno-almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Lanche da manhã (meio da manhã)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Lanche da tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Jantar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Ceia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **Anexo 2** – Questionário Conhecimentos em segurança alimentar

62. Classifique como verdadeira (V) ou falsa (F) cada uma das seguintes afirmações:

(Por favor, dê uma resposta em cada linha)

Marcar apenas uma oval por linha.

	Verdadeiro	Falso	Não sei
a) A limpeza das bancadas da cozinha deve ser feita com um pano húmido ou um papel de cozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Se utilizar a mesma faca para cortar carne crua e depois carne cozinhada, existe uma fraca possibilidade de contaminação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os hambúrgueres são seguros para consumir logo que se apresentem com aspecto de cozinhados no seu exterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) A descongelação dos alimentos pode ser feita em cima da bancada da cozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) As sobras das refeições podem ser guardadas, no máximo 4 dias, no frigorífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Um produto cujo rótulo refere "Consumir preferencialmente até..." tem um período de validade igual a um que diga "Consumir até..."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Se em casa verificar que um iogurte passou o prazo de validade pode consumi-lo ainda se não tiver alteração de cor, cheiro ou sabor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) No frigorífico, os alimentos crus devem ser guardados na prateleira por baixo dos alimentos cozinhados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Anexo 3** – Questionário Conhecimentos em alimentação e saúde

63. Na sua opinião, em que condições deve ser adotada uma dieta livre de glúten?

(Por favor, indique todas as opções que considera verdadeiras)

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- a) Sempre. O glúten é prejudicial à saúde
- b) Apenas se for doente celíaco porque os alimentos com glúten fazem parte de uma alimentação adequada
- c) Sempre que possível. Uma dieta sem glúten é mais saudável
- d) Para perder peso
- e) Para ter mais energia
- f) Nunca
- g) Não sei o que é glúten

64. Na sua opinião, em que condições deve ser adotada uma dieta livre de leite?

(Por favor, indique todas as opções que considera verdadeiras)

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- a) Sempre. O leite é prejudicial à saúde
- b) Na idade adulta. O leite só faz falta nos primeiros anos de vida
- c) Apenas se for intolerante à lactose
- d) Sempre que possível. Uma dieta sem leite é mais saudável
- e) Sempre, devendo substituir-se o leite por queijo e/ou iogurtes
- f) Para perder peso
- g) Para ter mais energia
- h) Nunca

104. 65. Na sua opinião, em que condições deve ser adotada uma dieta livre de lactose?

(Por favor, indique todas as opções que considera verdadeiras)

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- a) Sempre. A lactose é prejudicial à saúde
- b) Na idade adulta. A lactose só faz falta nos primeiros anos de vida
- c) Apenas se for intolerante porque os alimentos com lactose fazem parte de uma alimentação adequada
- d) Sempre que possível. Uma dieta sem lactose é mais saudável
- e) Para perder peso
- f) Para ter mais energia
- g) Nunca
- h) Não sei o que é lactose

105. 66. Na sua opinião, em que condições deve incluir ovos na sua alimentação?

(Por favor, indique todas as opções que considera verdadeiras)

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- a) Sempre. Os ovos são bons para a saúde
- b) Sempre desde que não sejam consumidos diariamente
- c) Sempre exceto se existir indicação médica
- d) Os ovos devem ser evitados porque uma dieta sem ovos é mais saudável
- e) Para ganhar peso
- f) Para ter mais energia
- g) Nunca. Os ovos são prejudiciais à saúde

*Hábitos alimentares, adesão à Dieta Mediterrânica e conhecimentos em saúde: realidade de estudantes universitários em contexto de pandemia*

67. Vegetarianismo é sinónimo de veganismo?

(Por favor, indique todas as opções que considera verdadeiras)

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- a) Sim
- b) Não. A dieta rege-se pelos mesmos princípios mas difere em aspetos não alimentares
- c) Não. A dieta vegan é diferente de todas as formas de vegetarianismo
- d) O veganismo é uma forma de vegetarianismo
- e) Não sei. Não estou familiarizado com pelo menos um dos conceitos

68. Numa dieta vegetariana apenas se devem consumir produtos de agricultura biológica?

*Marcar apenas uma oval.*

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**Anexo 4** – Comprovativo de submissão de artigo científico

BMJ Nutrition, Prevention & Health

# BMJ Nutrition, Prevention & Health

**Mediterranean diet adherence and nutritional literacy: the reality of university students in a COVID-19 pandemic context**

Journal:	<i>BMJ Nutrition, Prevention &amp; Health</i>
Manuscript ID	bmjnph-2023-000659
Article Type:	Original research
Date Submitted by the Author:	16-Mar-2023
Complete List of Authors:	Abreu, Filipa; Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina Goulão, Luís; Universidade de Lisboa Instituto Superior de Agronomia Pinto, Alexandra; Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia Branco, Amélia; Universidade de Lisboa Instituto Superior de Economia e Gestão Cerqueira, Ana; Universidade de Lisboa Instituto de Saúde Ambiental; Universidade de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana Galvão, Cecília; Universidade de Lisboa Instituto da Educação Guedes, Fábio; Universidade de Lisboa Instituto de Saúde Ambiental; Universidade de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana Bronze, Maria; Universidade de Lisboa Faculdade de Farmácia; Instituto de Biologia Experimental e Tecnológica Viegas, Wanda; Universidade de Lisboa Instituto Superior de Agronomia Matos, Margarida; Universidade de Lisboa Instituto de Saúde Ambiental; Instituto Universitário de Ciências Psicológicas Sociais e da Vida Sousa, Joana; Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina; Universidade de Lisboa Instituto de Saude Ambiental
Keywords:	COVID-19, Dietary patterns

SCHOLARONE™  
Manuscripts

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Índice PREDIMED e critérios de classificação

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

**Apêndice II – The Newest Vital Signs**

<b>Informação Nutricional</b>	
Dose da porção	½ taça (70g)
Porções da embalagem	4
<b>Informação por porção</b>	
Calorias 250	Calorias de Gordura 120
	% ID*
<b>Gordura total</b> 13g	20%
Gordura Saturada 9g	40%
<b>Colesterol</b> 28mg	12%
<b>Sódio</b> 55mg	2%
<b>Hidratos de Carbono totais</b> 30g	12%
Fibra 2g	
Açúcares 23g	
<b>Proteína</b> 4g	8%
* Percentagem da ingestão diária (ID) é baseada num consumo diário de 2000 calorias. As suas necessidades diárias podem ser superiores ou inferiores, dependendo das suas necessidades energéticas.	
<b>Ingredientes:</b> Natas, leite, xarope de açúcar, água, ovos, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, extrato de baunilha.	

61.1. Se comer o total da embalagem, quantas calorias está a consumir?

\_\_\_\_\_

61.2. Se puder comer 60g de hidratos de carbono numa refeição intermédia, que quantidade de gelado pode consumir?

\_\_\_\_\_

61.3. O seu nutricionista aconselha a reduzir o consumo de gordura saturada na alimentação. Habitualmente consome 42g por dia, que inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer o gelado, quantas gramas de gordura saturada por dia passa a consumir?

61.4. Se habitualmente consome 2500 calorias por dia, que percentagem da ingestão diária de calorias ingere com o consumo de uma porção de gelado?

---

61.5. Pensando que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoim, luvas de latex e picada de abelha, é seguro para si comer este gelado?

*Marcar apenas uma oval.*

a) Sim

b) Não

61.5.1. Se respondeu NÃO, porquê?

---

---

---