

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Determinantes dos conhecimentos nutricionais:

fontes de informação e crenças de saúde

Ana Ruas de Melo

Orientadores:

Professora Doutora Maria da Graça Massano de Amorim Mavigné Andrade

Professor Coordenador Lino Jorge de Jesus Mendes

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau

de Mestre em Nutrição Clínica

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Determinantes dos conhecimentos nutricionais:

fontes de informação e crenças de saúde

Ana Ruas de Melo

Orientadores:

Professora Doutora Maria da Graça Massano de Amorim Mavigné Andrade

Professor Coordenador Lino Jorge de Jesus Mendes

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

2016

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 20 de dezembro de 2016.

Agradecimentos

Aos meus pais, em primeiro lugar, que não só me deram a liberdade de escolher a minha profissão, como me proporcionam condições para que possa continuar a aprender.

Aos meus avós, que mesmo já não estando fisicamente comigo, continuam a guiar-me.

Aos meus amigos, que me enchem o coração e dão o equilíbrio imprescindível à minha vida.

Aos docentes do Conselho de Mestrado, Professora Doutora Helena Cortez Pinto, Professora Doutora Marília Cravo, Professor Coordenador Lino Mendes e Professora Doutora Catarina Sousa Guerreiro, por todo o empenho na coordenação do curso.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Graça Andrade e Professor Coordenador Lino Mendes, pelos conhecimentos transmitidos, empenho e dedicação.

À Professora Doutora Elisabete Carolino, docente da Área Científica de Matemática da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, por toda a disponibilidade, paciência e apoio fundamental na análise estatística.

Aos docentes que fizeram parte do painel de especialistas, por todas as orientações imprescindíveis.

A todos os que se disponibilizaram a responder ao questionário.

Muito obrigada.

Resumo

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde os conhecimentos nutricionais constituem um fator importante para assegurar escolhas alimentares conscientes. A forte influência dos meios de comunicação faz com que a informação, nomeadamente sobre nutrição, seja facilmente divulgada. Não se conhecem estudos que associem fontes de informação com conhecimentos nutricionais. Embora as crenças de saúde sejam amplamente estudadas para prever comportamentos de saúde, não se conhecem associações entre as crenças de saúde e a pesquisa de informação.

Objetivos: Caracterizar a amostra quanto aos conhecimentos nutricionais, variáveis sociodemográficas, pesquisa de informação, consulta com profissional de saúde e crenças de saúde; identificar os determinantes dos conhecimentos nutricionais; caracterizar a associação entre a pesquisa de informação, variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.

Metodologia: Estudo analítico, observacional e transversal. A amostra incluiu 818 indivíduos residentes em Portugal continental e ilhas, com idade mínima de 18 anos e com formações e/ou profissões fora da área da saúde. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* submetido a um painel de especialistas e a um pré-teste. Os conhecimentos nutricionais foram avaliados através da versão reduzida do Questionário de Conhecimentos Nutricionais, validado para a população portuguesa. A perceção do estado de saúde foi avaliada através da primeira questão do *Short Form Health Survey 36-item* (SF-36).

Resultados: A maioria dos indivíduos apresentava bons conhecimentos nutricionais (n= 504; 61,6 %).

Como determinantes de um nível conhecimentos nutricionais superior foram identificados, por ordem de importância: maior idade, sexo feminino, maior frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde, maior frequência de utilização da Internet para procurar informação sobre alimentação ou nutrição, maior nível de escolaridade, perceção do estado de saúde mais positiva, maior frequência de utilização de livros e a menor frequência de utilização de programas de televisão para procurar informação sobre alimentação ou nutrição (R^2 ajustado=22,8%, $p=0,032$).

Observou-se que a frequência de pesquisa de informação está relacionada com o sexo. As fontes de informação utilizadas variam consoante o sexo, idade, número de filhos, percepção do estado de saúde e suscetibilidade percebida em relação às doenças cardíacas e obesidade. O nível de escolaridade influencia a importância dada à fonte de informação estar associada a uma organização ou instituição reconhecida.

Conclusão: Variáveis sociodemográficas, fontes de informação utilizadas e percepção do estado de saúde têm influência nos conhecimentos nutricionais. Este estudo representa um ponto de partida para explorar a relação entre conhecimentos nutricionais, fontes de informação e crenças de saúde.

Palavras-chave: Conhecimentos nutricionais; Determinantes; Informação; Crenças de saúde

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, nutritional knowledge is an important factor in ensuring conscious food choices. The strong influence of the media makes information, in particular on nutrition, easily disseminated. There are no known studies associating sources of information and nutritional knowledge. Although health beliefs are widely studied to predict health behaviours, there are no known associations between health beliefs and information research.

Objectives: To characterize the sample regarding nutritional knowledge, sociodemographic variables, information research, consultation with health professionals and health beliefs; to identify determinants of nutritional knowledge; to characterize the association between information research, sociodemographic variables and health beliefs.

Methodology: Analytical, observational and cross-sectional study. The sample included 818 individuals residing in continental Portugal and islands, with a minimum of 18 years of age and with non-health related training and/or profession. Data were collected through an online questionnaire submitted to a panel of experts and a pre-test. Nutritional knowledge was assessed according to the reduced version of Nutritional Knowledge Questionnaire, validated for the Portuguese population. The perception of health status was assessed through the first question of the Short Form Health Survey 36-Item (SF-36).

Results: Most subjects had good nutritional knowledge (n = 504; 61,6%). As determinants of a higher level of nutritional knowledge were identified, sorted by importance: older age, female gender, higher frequency of contact with people with expertise in health, more frequent use of the Internet to search for information about food and nutrition, higher education level, positive health status perception, higher frequency of use of books and lower frequency of use of television as nutritional information sources (adjusted $R^2 = 22.8\%$, $p=0.032$). It was observed that information research frequency is gender-related. Preferred information sources vary according to gender, age, number of children, health status perception and perceived susceptibility to heart disease and obesity. The level of

education influences the importance given to the source of information being associated with a recognized organization or institution.

Conclusion: Sociodemographic variables, information sources used and perception of health status influence nutritional knowledge. This study is a starting point to explore the relationship between nutritional knowledge, information sources and health beliefs.

Keywords: Nutrition knowledge; Determinants; Information; Health beliefs

Índice geral

Agradecimentos.....	ii
Resumo	iv
Abstract	vi
Lista de abreviaturas.....	x
Introdução.....	1
O papel da nutrição nas doenças crónicas	2
Promoção da saúde e conhecimentos nutricionais.....	5
Crenças de saúde	8
Pesquisa de informação.....	13
Objetivos.....	19
Metodologia	21
Tipo de estudo	21
Amostra.....	21
Procedimento	21
Variáveis e instrumentos de avaliação	22
Considerações éticas	30
Análise estatística	31
Resultados.....	33
Discussão	59
Conclusão.....	65
Referências bibliográficas.....	67
Apêndices.....	75
Apêndice 1 – Variáveis do estudo	77
Apêndice 2 – Questionário fase 1 (painel de especialistas).....	79
Apêndice 3 – Painel de especialistas	81
Apêndice 4 – Questionário fase 2 (pré-teste)	93

Apêndice 5 – Pré-teste.....	95
Apêndice 6 – Questionário final.....	105
Apêndice 7 – Análise estatística.....	125

Lista de abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAML – Centro Académico de Medicina de Lisboa

CPP – Classificação Portuguesa das Profissões

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio padrão

FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

GBD – *Global Burden of Disease*

HRA – *Health Risk Appraisals*

IAS – Indexante dos Apoios Sociais

IC – Intervalo de Confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

NKQ – *Nutritional Knowledge Questionnaire*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHYSA – *Portuguese Hypertension and Salt Study*

SF-36 – *Short Form Health Survey 36-item*

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

Índice de tabelas

Tabela 1 – Conceitos e definições do modelo de crenças de saúde.....	8
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica: sexo, idade, número de filhos, rendimento.....	34
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica: nível de escolaridade, situação profissional e grupo profissional.	35
Tabela 4 – Conhecimentos nutricionais.....	36
Tabela 5 – Conhecimentos nutricionais por secção.....	36
Tabela 6 – Conhecimentos nutricionais por secção e grupo de questões.....	37
Tabela 7 – Frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição.	41
Tabela 8 – Importância dada à credibilidade da fonte.....	45
Tabela 9 – Caracterização da consulta com profissional de saúde.....	46
Tabela 10 – Crenças de saúde.....	47
Tabela 11 – Determinantes dos conhecimentos nutricionais.	49
Tabela 12 – Conhecimentos nutricionais por faixa etária.....	50
Tabela 13 – Conhecimentos nutricionais, profissionais de saúde e motivo de adoção de plano alimentar.	52

Índice de figuras

Figura 1 – Modelo de crenças de saúde e suas relações.....	9
Figura 2 – Diagrama das variáveis em estudo.	16
Figura 3 – Procedimento do estudo até à recolha de dados.....	22
Figura 4 – Gráfico de respostas das doenças associadas à baixa ingestão de frutas e legumes.....	39
Figura 5 – Gráfico de respostas das doenças associadas à baixa ingestão de fibra. .	39
Figura 6 – Gráfico de respostas das doenças associadas à ingestão de sal.	40
Figura 7 – Gráfico de respostas em relação às doenças associadas à ingestão de gordura.	40
Figura 8 – Gráficos da frequência de utilização da Internet, programas de televisão e rádio, jornais e similares para obter informação sobre alimentação ou nutrição...	42
Figura 9 – Gráficos da frequência de utilização de livros e outras informações de cariz científico para obter informação sobre alimentação ou nutrição.....	43
Figura 10 – Gráficos da frequência de recurso a familiares, colegas e/ou amigos e consulta com profissionais de saúde para obter informação sobre alimentação ou nutrição.....	44
Figura 11 – Síntese da identificação dos determinantes dos conhecimentos nutricionais.	52
Figura 12 – Síntese de relações entre a pesquisa de informação, variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.	56
Figura 13 – Síntese de relações entre fontes de informação, variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.	57

Introdução

A nutrição é considerada como o determinante modificável mais importante das doenças crônicas (1) pelo que se torna imperativo estudar os fatores determinantes das escolhas alimentares com vista à redução da incidência dessas doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a disponibilidade de informação sobre alimentação saudável para a população em geral aumenta os conhecimentos nutricionais e que, conseqüentemente, emerge como um fator para assegurar escolhas alimentares conscientes (1). Paralelamente, compreender quais os conceitos que as pessoas têm acerca de uma alimentação saudável é fundamental para desenvolver intervenções ajustadas e, dessa forma, atingir as mudanças desejadas (2).

Segundo a literatura, os indivíduos com baixos conhecimentos são menos sensíveis a questões de educação para a saúde (3), têm maior dificuldade na gestão das doenças crônicas (4,5) e contribuem para maiores custos de saúde (6).

A maioria do conhecimento tem como origem uma fonte de informação. A forte influência da televisão, rádio, imprensa e Internet faz com que a comunicação – nomeadamente sobre nutrição – seja facilmente divulgada (7). O rápido aumento das fontes de informação acarreta a necessidade de avaliar a qualidade das mesmas (8).

Importa ainda realçar que optar por escolhas alimentares saudáveis não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. De facto, aspetos culturais e religiosos, a segurança e disponibilidade alimentar, o sabor, o preço e capacidade de preparação dos alimentos são outros fatores que influenciam fortemente as escolhas alimentares (9).

Segundo o modelo de crenças de saúde os indivíduos adotam um determinado comportamento com base em crenças, nomeadamente a perceção de risco para a saúde, através da presença de sintomas, da informação dada pelo médico, pela comunicação social ou outras fontes de informação (10). Adicionalmente, a perceção do estado de saúde tem influência na adoção de comportamentos promotores da saúde, como a prática de uma alimentação equilibrada (11).

Em suma, a alimentação deve ser compreendida do ponto de vista orgânico, psicológico e sociocultural, a fim de que as medidas de educação para a saúde se tornem mais eficazes (12).

O papel da nutrição nas doenças crónicas

Segundo os dados do estudo *Global Burden of Disease* (GBD) de 2010 (13), em Portugal os fatores de risco que mais contribuíram para o total de anos de vida saudável perdidos foram os hábitos alimentares inadequados, seguidos da hipertensão arterial e índice de massa corporal (IMC) elevado. Apesar dos resultados de 2013 (14) se revelarem um pouco diferentes, colocando a hipertensão arterial como o principal fator de risco para a perda de anos de vida saudável, os hábitos alimentares inadequados continuam a ser uma forte preocupação, ocupando a segunda posição, seguidos do IMC elevado.

Para os hábitos alimentares inadequados contribuem, principalmente, a insuficiente ingestão de fruta, de hortícolas, de frutos secos, bem como o excessivo consumo de sal e de carne processada (13). Em 2010, uma dieta pobre em fruta (menos de três peças de fruta por dia) constituiu o risco alimentar evitável que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável, estimando-se em 141 mil os anos de vida potencialmente perdidos (13).

De acordo com os mesmos dados (13,14), sabe-se que as doenças oncológicas, do aparelho circulatório, diabetes e outras doenças endócrinas são as que mais se associam a hábitos alimentares inadequados. Acresce ainda o facto de essas doenças terem um importante impacto sobre a população portuguesa.

Segundo os dados mais recentes publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (15), em 2013 as doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa básica de morte, destacando-se as mortes por acidentes vasculares cerebrais (AVC) e as relacionadas com a doença isquémica do coração. O cancro foi a segunda causa básica de morte. No mesmo ano, as mortes causadas por doenças do aparelho respiratório constituíram igualmente uma das principais causas de morte, seguindo-se as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com principal destaque para a diabetes.

Doenças cardiovasculares

De acordo com a OMS, as doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos (16). Segundo os dados mais recentes publicados pelo INE (15), as doenças cardiovasculares representaram 29,5% da mortalidade de Portugal em 2013, correspondendo a 25,7% do total de óbitos nos homens e 33,4% do

total de óbitos nas mulheres. Apesar de se manterem como a principal causa de morte na população portuguesa, o seu peso relativo tem vindo a sofrer uma redução progressiva desde 1988, onde representavam 44,4% da mortalidade total.

No que concerne aos fatores de risco modificáveis, destacam-se os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e o consumo excessivo de álcool. Estes comportamentos podem manifestar-se através de pressão arterial elevada, hiperglicemia, dislipidemia, excesso de peso e obesidade, os quais aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (16).

Estudos recentes indicam que a hipertensão arterial, considerada como o fator de risco modificável mais importante na prevenção destas doenças, permanece elevada na população adulta, afetando 42% dos portugueses (17).

A OMS recomenda a redução de sal para cinco gramas por dia (menos de dois gramas por dia de sódio) com vista a reduzir a pressão arterial e o risco de doença cardiovascular, AVC e doença arterial coronária em adultos (18). De acordo com o estudo PHYSA (*Portuguese Hypertension and Salt Study*) (17), o consumo médio de sal na população adulta portuguesa é de 10,7 gramas por dia.

Para além da redução de sal, a ingestão de legumes e fruta, cereais integrais, carnes brancas e peixe em detrimento das carnes vermelhas, bem como uma diminuição das gorduras, especialmente as saturadas, são outras das recomendações alimentares para a prevenção das doenças cardiovasculares (19).

Cancro

O cancro é um termo genérico dado a um grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Na sua definição, o cancro consiste no rápido crescimento de células anormais que podem invadir outros órgãos num fenómeno designado por metástase. As metástases são a principal causa de morte por cancro (20).

De acordo com os dados publicados no Relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS) (21), prevê-se um aumento da incidência de cancro em Portugal, o qual atingirá mais de 60 mil pessoas em 2035. Segundo o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (22), o cancro é a principal causa de morte prematura (antes dos 70 anos de idade), sendo que no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Quando comparado com outros países da União Europeia, Portugal apresenta, na globalidade, uma mortalidade baixa por cancro. No entanto, relativamente ao cancro colo-retal nos

homens, Portugal encontra-se no quartil de mais elevada mortalidade comparativamente a outros países europeus (21).

A OMS refere que mais de 30% das mortes por cancro podiam ser prevenidas se determinados fatores de risco fossem modificados ou evitados, como é o caso do tabagismo, excesso de peso e obesidade, hábitos alimentares inadequados (com baixa ingestão de frutas e legumes), sedentarismo e alcoolismo, entre outros (20).

No que concerne à relação existente entre o cancro e a alimentação, o seu estudo é difícil uma vez que num determinado padrão alimentar podem coexistir alimentos que aumentam o risco de cancro e outros que protejam quanto ao seu aparecimento (23). Adicionalmente, torna-se difícil ter acesso aos hábitos alimentares de anos anteriores, o que justifica os diferentes resultados encontrados na literatura (23). As atuais recomendações para a prevenção de cancro através da alimentação enfatizam a importância do consumo de cereais integrais, leguminosas, vegetais e frutas. Os alimentos com elevado teor de gordura, açúcar e sal, carnes processadas e carnes vermelhas, bem como as bebidas alcoólicas devem ser evitados (24–26).

Diabetes

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia). Existem vários tipos de diabetes, dos quais se destacam a diabetes tipo 1 e 2. No caso da diabetes tipo 1, há uma destruição das células produtoras de insulina (células β do pâncreas), geralmente devido a uma reação auto imune. Por outro lado, na diabetes tipo 2, as células β do pâncreas não produzem insulina em quantidade suficiente ou o organismo não é capaz de a usar corretamente. O seu aparecimento, ao contrário da diabetes tipo 1, relaciona-se com hábitos alimentares inadequados, entre outros, tendo também uma prevalência superior (27).

Os dados mais recentes revelam que em 2014 a prevalência de diabetes estimada na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos), foi de 13,1%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses nessa faixa etária tem diabetes (27). Relativamente à incidência desta doença, verificou-se um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados em Portugal entre 2000 e 2011, o qual foi atenuado pelos valores registados nos três anos seguintes (2012 a 2014) (27).

Segundo a OMS, a manutenção de um peso saudável, a prática de atividade física (pelo menos 30 minutos diários), a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a evicção do tabaco são medidas capazes de prevenir o aparecimento de diabetes tipo 2 (28).

Excesso de peso e obesidade

De acordo com a OMS (29), o IMC (calculado dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, ao quadrado), é bastante útil para relacionar o peso com a altura e classificar o excesso de peso e obesidade em adultos. Desta forma, um IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ é indicador de excesso de peso e um IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ é indicador de obesidade.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (30), em 2014 mais de metade da população portuguesa (52,8%) com idade superior ou igual a 18 anos apresentava excesso de peso. O aumento da obesidade verificou-se, principalmente, no sexo feminino e na população com idades entre os 45 e os 74 anos.

O excesso de peso e obesidade, decorrentes fundamentalmente de uma inadequada ingestão alimentar e insuficiente gasto energético, são um fator de risco para a ocorrência de doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de cancro (29).

Promoção da saúde e conhecimentos nutricionais

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde define-se como o processo de capacitar os indivíduos para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la (31). Para que tal seja alcançado é necessário, para além do setor da saúde, uma coordenação dos governos, setores sociais e económicos, organizações não-governamentais e voluntárias, autoridades locais, indústrias e *media* (31).

Segundo Justo (32) o conhecimento é o capital de promoção da saúde. Torna-se por isso indispensável que o conhecimento seja divulgado e ajustado às populações a fim de ultrapassar a sua distribuição assimétrica e ajudar as pessoas a tomarem decisões sustentadas em informação credível, que lhes permita proteger e conservar a sua saúde (32).

Na área da nutrição, capacitar os cidadãos é fundamental para a modificação de atitudes e comportamentos face aos alimentos, já que estes devem ser sujeitos ativos, capazes de interferir nos processos de decisão (33).

O conhecimento nutricional pode ser definido como o processo cognitivo individual relativo à informação sobre alimentação e nutrição (34). Para melhor operacionalizar este conceito, Wansink *et al* (35) subdividem o conhecimento nutricional em duas linhas de compreensão: 1) conhecimento relacionado com o atributo do alimento e 2) conhecimento sobre as consequências/benefícios do consumo de um alimento. Os mesmos autores defendem que o primeiro está menos associado ao comportamento alimentar do que o segundo, sendo que a associação dos dois conhecimentos tem um poder mais forte de predizer o comportamento alimentar (35).

No que concerne à associação entre os conhecimentos nutricionais e variáveis sociodemográficas, Parmenter *et al* (36) verificaram que indivíduos do sexo feminino, com nível educacional superior e classe social superior apresentavam melhores conhecimentos nutricionais. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Hendrie *et al* (37). Neste estudo verificou-se que a situação profissional permitiu distinguir os indivíduos, sendo os empregados os que apresentavam melhores conhecimentos em comparação com os estudantes (37). De Vriendt *et al* (38) também encontraram a mesma associação entre o nível de escolaridade e os conhecimentos nutricionais.

Em relação à idade, verificou-se que os indivíduos mais novos (18-34 anos) apresentaram menos conhecimentos nutricionais do que os indivíduos com 35 ou mais anos (36,37), sendo que no estudo de Parmenter *et al* (36) os participantes com mais de 65 anos obtiveram os resultados mais baixos. Os autores do estudo apontam como explicação o facto das recomendações nutricionais serem relativamente recentes e diferentes das que existiam antigamente. Por outro lado, os scores mais baixos nos participantes mais novos podem ser indicativos de falta de interesse em questões relacionadas com alimentação e saúde, interesse este que poderá estar aumentado nos indivíduos de meia-idade. De acordo com os mesmos autores, a maior consciência de doenças que possam estar associadas à alimentação, quer por afetarem os próprios ou os seus pares, pode explicar os scores mais elevados nessas faixas etárias (36).

Relativamente ao estado civil, estudos mostram que os casados apresentam mais conhecimentos nutricionais (36,37).

No que concerne ao número de filhos os resultados são pouco conclusivos. De acordo com Hendrie *et al* (37), indivíduos com mais crianças apresentam melhores conhecimentos (37), sendo que no estudo de De Vriendt *et al* (38) não foi encontrada associação. Por outro lado, um estudo realizado em famílias de baixo rendimento (39) encontrou uma associação entre um aumento do número de filhos e uma diminuição do conhecimento. Porém os resultados observados podem ter sido enviesados atendendo à diferença de contexto social em que as amostras foram estudadas (40).

A existência de crianças no agregado familiar também parece estar relacionada com melhores conhecimentos nutricionais, podendo estar associada com uma maior preocupação em lhes fornecer uma alimentação saudável (36). No entanto, de acordo com Andrade (41), apesar do conhecimento nutricional dos pais ser um fator relevante para a promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças, não é suficiente, por si só, para os pais porem em prática mudanças efetivas na alimentação dos filhos.

Relativamente à associação com o comportamento alimentar, revisões sistemáticas recentes indicam que, apesar de alguns estudos não encontrarem associação, a maioria verifica que melhores conhecimentos nutricionais se associam a comportamentos alimentares mais saudáveis (9,42). O estudo de Wardle *et al* (43) suporta a importância de incluir o conhecimento nutricional em campanhas de promoção para a saúde, já que mostrou haver evidência entre um maior conhecimento e escolhas alimentares mais saudáveis. Neste estudo verificou-se que os inquiridos com pontuações mais elevadas no questionário tinham 25 vezes mais probabilidade de cumprir as recomendações para a ingestão de frutas, vegetais e gorduras, comparativamente aos inquiridos com níveis de conhecimento mais baixos, mesmo controlando as variáveis demográficas. De acordo com o estudo de De Vriendt *et al* (38) verificou-se uma associação entre um maior conhecimento nutricional e um maior consumo de vegetais e fruta. Bonaccio *et al* (44) verificaram que o conhecimento nutricional estava positivamente relacionado com a adesão à dieta mediterrânica e com menor prevalência de obesidade, independentemente de fatores socioeconómicos.

Crenças de saúde

O modelo de crenças de saúde foi originalmente desenvolvido nos anos 50, por Hochbaum e Rosenstock (10), sendo o modelo mais antigo e provavelmente o mais utilizado para compreender e prever comportamentos de saúde (45,46). Este modelo inclui seis temáticas de crenças de saúde que se consideram de maior relevância na determinação de comportamentos relacionados com a saúde: suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras percebidas, autoeficácia e prontidão para agir (esta última no domínio da ação). A definição de cada conceito encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Conceitos e definições do modelo de crenças de saúde.

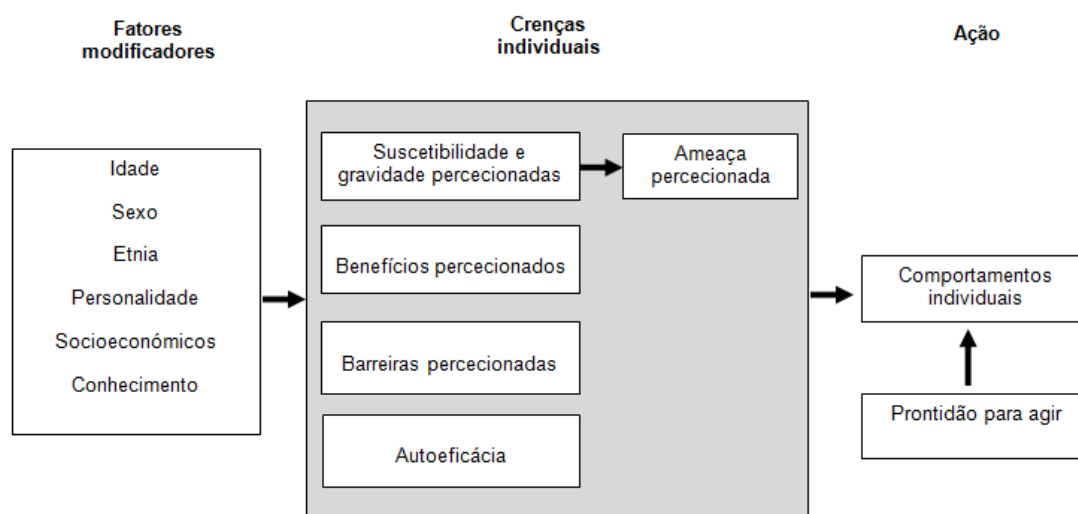
Conceito	Definição
Suscetibilidade percebida	Crença acerca da probabilidade de sofrer uma doença ou outra condição negativa de saúde
Gravidade percebida	Crença sobre quão grave é uma doença ou outra condição negativa de saúde e as suas consequências
Benefícios percebidos	Crença na eficácia da ação em reduzir o risco ou a gravidade
Barreiras percebidas	Crença nos custos da ação
Autoeficácia	Confiança na capacidade pessoal para agir
Prontidão para agir	Estratégias para ativar a prontidão

Fonte: Adaptado de Champion VL, *et al* 2008 (10).

Segundo este modelo, os indivíduos adotam um determinado comportamento na medida em que se sentem ameaçados (suscetibilidade e gravidade percebidas). A presença de sintomas ou comportamentos menos saudáveis podem ser avaliados como riscos para a saúde com base em informação obtida por várias fontes. De acordo com o modelo é indispensável que a percepção de benefícios seja superior à percepção de barreiras e custos para que os indivíduos adotem

comportamentos mais saudáveis. A autoeficácia tem também um papel determinante no sentido em que os indivíduos, vendo-se capazes de ultrapassar as barreiras percecionadas, tendem a adotar comportamentos saudáveis (10).

Importa realçar que as crenças de saúde são influenciadas por outras variáveis, nomeadamente demográficas (idade, sexo, etnia); psicossociais (personalidade, fatores socioeconómicos); e estruturais (conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma) (10,47).



Fonte: Adaptado de Champion VL, *et al* 2008 (10).

Figura 1 – Modelo de crenças de saúde e suas relações.

Embora o modelo de crenças de saúde identifique as crenças envolvidas nos comportamentos de saúde, as relações entre essas crenças ainda não estão completamente esclarecidas (10).

Suscetibilidade percecionada

Na literatura são vários os estudos que avaliam a suscetibilidade percecionada a determinadas doenças, designando-a por perceção de risco (48–50).

Sabe-se que a perceção de risco a algumas doenças é caracterizada por vieses otimistas, ao contrário de outras. Esse otimismo está positivamente relacionado com uma perceção de controlo (51,52) e, de acordo com Weinsten, citado por Kreuter *et al* (50), inversamente relacionado com experiências passadas (por exemplo, um

indivíduo que tenha sofrido um ataque cardíaco, ou que tenha familiares próximos com doenças cardíacas, tenderá a avaliar a probabilidade de vir a sofrer de doenças do aparelho circulatório num grau superior).

Um estudo (50) que pretendeu avaliar os vieses de perceção de risco utilizou uma medida objetiva, o *Health Risk Appraisals* (HRA) ¹, para poder comparar os riscos reais com a perceção de risco. Assim, um viés otimista ocorre quando o risco real é superior ao risco percecionado. Por outro lado, quando o risco real é inferior ao risco percecionado, surge um viés pessimista. No que concerne às tentativas de mudar perceções de risco irrealistas, o mesmo estudo (50) verificou que fornecer informação pessoal sobre os riscos foi eficaz em aumentar a perceção de risco de vir a ter um ataque cardíaco naqueles que apresentavam vieses otimistas. O mesmo se verificou para a perceção de risco de vir a ter cancro: neste caso, foi possível reduzir os vieses pessimistas.

Sessões sobre recomendações nutricionais para a diabetes, direcionadas a indivíduos com a doença, também foram eficazes no aumento da suscetibilidade e gravidade percecionadas. O não cumprimento das recomendações nutricionais foi visto pelos participantes como uma ameaça para a saúde (53).

Desta forma sugere-se que a partilha de informação tem um papel importante na mudança de perceções de risco.

Importa referir que há indivíduos que por considerarem o risco de vir a sofrer uma doença como um processo normal de envelhecimento, não colocam em ação mudanças comportamentais que visem reduzir o risco (54), pelo que uma maior perceção de risco não se traduz necessariamente em alteração de comportamentos. Por outro lado, outros estudos (55,56) referem que o processo de envelhecimento aumenta o interesse em questões relacionadas com a alimentação saudável, bem como a motivação para modificar hábitos alimentares. Assim, sugere-se que a relação entre perceção de risco, idade e mudanças comportamentais não está completamente estabelecida.

¹ O HRA é uma ferramenta utilizada em saúde que, através de um conjunto de perguntas, permite obter várias informações, nomeadamente sobre fatores de risco para o desenvolvimento de doenças. Desta forma é possível calcular o risco real de um indivíduo.

Aplicação do modelo na área da nutrição

O modelo de crenças de saúde tem sido amplamente utilizado para explicar e prever comportamentos relacionados com nutrição (53,57–61), verificando-se uma variação nas crenças capazes de prever os comportamentos de saúde. O'Connell *et al* (62) observaram que os benefícios percebidos eram o preditor mais forte nos comportamentos alimentares em adolescentes obesos. Porém, nos não obesos, era a suscetibilidade percebida. Estudos conduzidos por Harrison *et al* e Janz *et al*, citados por Vassallo *et al* (63), verificaram que os benefícios, barreiras, suscetibilidade e gravidade percebidos são preditores significativos de comportamentos na população adulta. Na área da escolha alimentar, um estudo (63) pretendeu verificar que variáveis do modelo de crenças de saúde eram preditores da escolha de pães funcionais. Verificou-se que os benefícios percebidos eram o principal preditor, seguido das barreiras percebidas e da motivação para a saúde (avaliada através da necessidade percebida em prestar atenção a questões sobre saúde).

No que concerne às barreiras percebidas para adotar escolhas alimentares saudáveis, têm sido publicados vários estudos. Segundo Lappalainen *et al* (64), a falta de tempo, o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos, a falta de motivação e o preço, foram os principais obstáculos percebidos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Kearney *et al* (65), onde se verificou que o horário de trabalho irregular, a falta de tempo e o sabor foram os principais obstáculos identificados à adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Estudos mais recentes encontram resultados diferentes. Um estudo (66) que envolveu 5967 europeus, representativos da população adulta de seis países, incluindo Portugal, investigou as barreiras percebidas à adoção de estilos de vida saudáveis com vista à redução do risco de diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares. A maior parte dos inquiridos identificou a falta de motivação e a falta de informação como os principais obstáculos.

Abood *et al* (60) verificaram que após um grupo de indivíduos ter participado num programa de intervenção com o objetivo de promover hábitos alimentares capazes de prevenir o aparecimento de doenças cardiovasculares e cancro, os benefícios percebidos na adoção desses hábitos aumentaram, refletindo-se numa melhoria da ingestão alimentar. Outro estudo conduzido por Sharifirard *et al* (61) com mulheres grávidas verificou que após uma intervenção nutricional o grupo controlo apresentava maior percepção de benefícios e menor percepção de barreiras no que

respeita aos cuidados nutricionais na gravidez. Adicionalmente, um grupo de indivíduos com diabetes tipo 2 que frequentou sessões de educação alimentar também percebeu mais benefícios e menos barreiras na adoção das recomendações nutricionais, os quais foram acompanhados de uma melhoria dos conhecimentos e uma melhoria da glicemia em jejum (53). Conclui-se, por isso, que a literacia pode ser fundamental na mudança de percepção de benefícios e/ou barreiras, podendo resultar na alteração de comportamentos de saúde.

Percepção do estado de saúde

De acordo com Pais-Ribeiro (45), ter saúde significa que o indivíduo se encontra estável, quer a nível físico, quer a nível mental, estando adaptado ao meio envolvente e às mudanças dele decorrentes, com pleno controlo dos seus recursos pessoais, contribuindo com eles para a sociedade.

A saúde e a doença constituem processos dinâmicos e multidimensionais, os quais sofrem diversas influências internas e externas (67,68). Uma vez que o modo de conceber a saúde e a doença variam de indivíduo para indivíduo e de contexto para contexto (69), Pais-Ribeiro (45) defende que a percepção que a pessoa tem acerca do seu estado de saúde pode constituir um indicador realista da mesma. Segundo Vintém (70), a percepção de saúde refere-se à opinião subjetiva da mesma, não se centrando nas opiniões médicas objetivas, mas sim na avaliação que o próprio sujeito faz da sua saúde física e mental. Assim, de acordo com ambas as perspetivas, sugere-se que a percepção do estado de saúde é um importante indicador do estado de saúde dos indivíduos.

Considera-se que a percepção do estado de saúde é o melhor preditor de morbilidade, mortalidade e de incapacidade funcional, já que a percepção de um estado negativo de saúde pode refletir estados biopsicossociais negativos que promovam *a priori* doenças e que poderiam passar despercebidos perante instrumentos objetivos (71).

A percepção do estado de saúde é influenciada por diversos fatores, tais como biológicos, comportamentais e ambientais (72). Os fatores biológicos são as características inatas do indivíduo, como é o caso do sexo e da idade. De acordo com Pais-Ribeiro (45), o padrão universal relativamente à percepção do estado de saúde é de uma avaliação mais positiva por parte de indivíduos do sexo masculino e mais

novos, independentemente da presença ou não de doença; e de melhores resultados para indivíduos não doentes do que para doentes.

Relativamente aos fatores comportamentais, comportamentos que visem a saúde (como a prática de exercício físico e uma alimentação equilibrada) ou comportamentos de risco (como fumar ou consumir álcool em excesso), são tomados em consideração quando os indivíduos avaliam o seu estado de saúde (11).

Quanto aos aspetos ambientais, incluem-se as condições físicas que rodeiam o indivíduo assim como as características e acesso aos cuidados de saúde. Verifica-se que os indivíduos com difícil acesso a estes serviços avaliam a sua saúde de forma mais negativa (11).

Pesquisa de informação

Já há vários anos que se constatou que a quantidade de informação médica e de saúde ao dispor dos cidadãos atingiu níveis sem precedentes, com a crescente penetração da Internet (73,74), sendo que o número de pessoas que a utiliza por razões de saúde ou doença tem vindo a aumentar significativamente em todo o mundo (73,75–79). Segundo Gaby *et al*, citado por Santana (80), o controlo da produção e disseminação de informação de saúde por profissionais e investigadores da área é cada vez mais difícil. Aliado a isso, é preocupante a falta de supervisão de *websites* uma vez que podem fornecer informações incorretas, o que pode ter consequências de saúde diversas (81).

Segundo um estudo feito em Portugal (82), que fez parte integrante do projeto *World Health Organization/European survey on eHealth consumer trends*, conduzido entre junho de 2005 e junho de 2008, os dados de 2005 revelaram que, em geral, na população portuguesa, as maiores percentagens de utilizadores da Internet para procura de informação sobre saúde ou doença referem-se a lares onde existem um, dois ou três menores de 18 anos. De acordo com os autores do estudo, tal facto sugere uma especial apetência dos pais por informação que ajude no cuidado dos filhos. Estudos internacionais referem que quando os indivíduos se tornam pais, é um ponto de viragem que frequentemente resulta em um aumento de interesse por alimentação saudável (83–85).

Ainda no âmbito do estudo feito em Portugal (82) verificou-se que os indivíduos saudáveis e que percecionam o seu estado de saúde como bom ou muito bom são os que mais acedem à Internet para procurar informação sobre saúde ou doença.

Cerca de 25% dos utilizadores da Internet para questões de saúde referem ter ficado com vontade de mudar de dieta ou outro estilo de vida (82).

Segundo o projeto da OMS já referido, os resultados referentes ao período de 2005 a 2007 (80) mostram que a percentagem da população portuguesa que reportou já ter utilizado a Internet por razões de saúde ou doença aumentou de 29,2% em 2005 para 38,3% em 2007.

No que respeita ao sexo, os dados de 2005 (82) apontavam para um possível incremento do uso da Internet por razões de saúde ou doença por parte das mulheres nos anos seguintes, tal como se veio a verificar. De facto, de acordo com os dados de 2007 (80), observou-se um crescimento muito elevado no número de mulheres, particularmente na faixa etária 25-34 anos. Por outro lado, a utilização manteve-se praticamente estável nos homens, destacando-se um decréscimo nos indivíduos com 15 a 44 anos, sendo que o maior incremento se verificou na faixa etária 45-54 anos.

No que concerne aos motivos para a utilização da Internet por razões de saúde ou doença, verificou-se que assuntos sobre estilos de vida, nutrição e dieta levaram à Internet mulheres no escalão 15-24 anos, sobretudo, mas também nos escalões 45-54 e 55-64 anos. No caso dos homens, os mesmos temas eram procurados nos escalões 15-24 e 25-34 anos, sendo que a partir dessa idade o número de interessados decrescia fortemente (80).

Relativamente ao nível educacional, verificou-se que os portugueses com ensino secundário ou equivalente completo ou com formação a nível superior foram os que mais utilizaram a Internet por razões de saúde ou doença (80), tal como foi observado nos resultados de 2005 (82). No entanto, entre os utilizadores da Internet, foi no grupo de utilizadores com escolaridade igual ou inferior ao nono ano ou equivalente que mais aumentou o recurso à Internet por motivos de saúde (80). Importa ressaltar que o nível de literacia em saúde dos cidadãos parece ser um problema real e grave na medida em que limita a sua capacidade para obter e perceber informação sobre saúde (86), independentemente do meio de informação que utilizem para o fazer (87). Além disso, a distribuição de informação pela Internet levanta questões no que respeita à sua qualidade (88,89).

A importância dada ao profissional de saúde como fonte de informação desceu cerca de 10% entre a população geral, embora tenha sido considerada como a fonte de maior relevância. Entre os utilizadores da Internet por razões de saúde ou doença, a maioria considera a Internet a fonte de informação mais importante, assumindo o lugar anteriormente ocupado pelo profissional de saúde. No caso das farmácias, o grau de importância atribuído também diminuiu de 2005 para 2007. Por outro lado,

aumentou o grau de importância percebido da família, amigos e colegas. É também importante realçar a diminuição da importância percebida de fontes mais formais, como livros, enciclopédias médicas, brochuras, cursos e palestras e o aumento da importância percebida da televisão e da rádio, entre aqueles que utilizam a Internet por razões de saúde ou doença (80).

Um estudo publicado em 2014 (90), com o objetivo de avaliar a fiabilidade da informação nutricional contida em *websites* portugueses sobre a diabetes, constatou que a maioria apresentava baixo rigor da informação disponibilizada, não pelo facto de conterem informações erradas, mas sim pela ausência de informação pertinente. O mesmo problema já tinha sido apontado em investigações sobre *sites* dedicados a pacientes que sofrem de doenças gastrointestinais (91) e diabéticos (92). Estabelecer critérios padrão para avaliar a qualidade dos *sites*, bem como proceder a avaliações periódicas é extremamente importante dada a volatilidade da informação que se pode encontrar na Internet (90).

Na análise de um *site*, a identificação do autor e a sua qualificação educacional são critérios de qualidade essenciais, pois permitem ao leitor a possibilidade de verificar se o autor tem experiência na área sobre a qual escreve e se, por conseguinte, a informação é credível (93). De facto, tem vindo a ser demonstrado que o reconhecimento do autor associado a uma entidade responsável é essencial para que os leitores possam avaliar os *sites* (79). Para além disso, a data de publicação e a data da última atualização são de interesse para o utilizador uma vez aumentam a probabilidade da informação veiculada ser atual (93). Adicionalmente, a citação das referências utilizadas autentica os conteúdos apresentados, dando aos autores o acesso à informação original (93). Porém, um estudo americano (94) alerta para o facto de apenas uma minoria de utilizadores da Internet verificar a fonte e a data das informações sobre saúde que encontra *online*.

Outro estudo a nível internacional (95) veio alertar para a publicação nas redes sociais de conteúdos sobre saúde por não profissionais, reforçando-se, mais uma vez, a necessidade dos usuários serem alertados para a diversidade de conteúdos existente, bem como para a importância da validade da informação.

É importante frisar que os nutricionistas devem ter presente que os indivíduos processam a informação nutricional de diferentes formas, dependendo da sua experiência (96). Estudos internacionais (97–99) referem que alguns indivíduos não têm em consideração recomendações científicas sobre alimentação saudável devido

ao ceticismo em relação à ciência e à falta de confiança no governo, acreditando que as recomendações estão sob a influência de grupos de interesse. O mesmo se passa perante informações sobre alimentação saudável que pareçam confusas ou não confiáveis (97,99). Outros estudos (55,98) referem também que as constantes mudanças e os conselhos contraditórios sobre alimentação saudável, entre os especialistas e os *media*, são um dos motivos indicados para a não adoção das recomendações dietéticas por alguns indivíduos.

Atendo à associação entre os conhecimentos nutricionais, escolhas alimentares e consequente impacto na saúde, emerge a necessidade de estudar os conhecimentos nutricionais e identificar os seus determinantes.

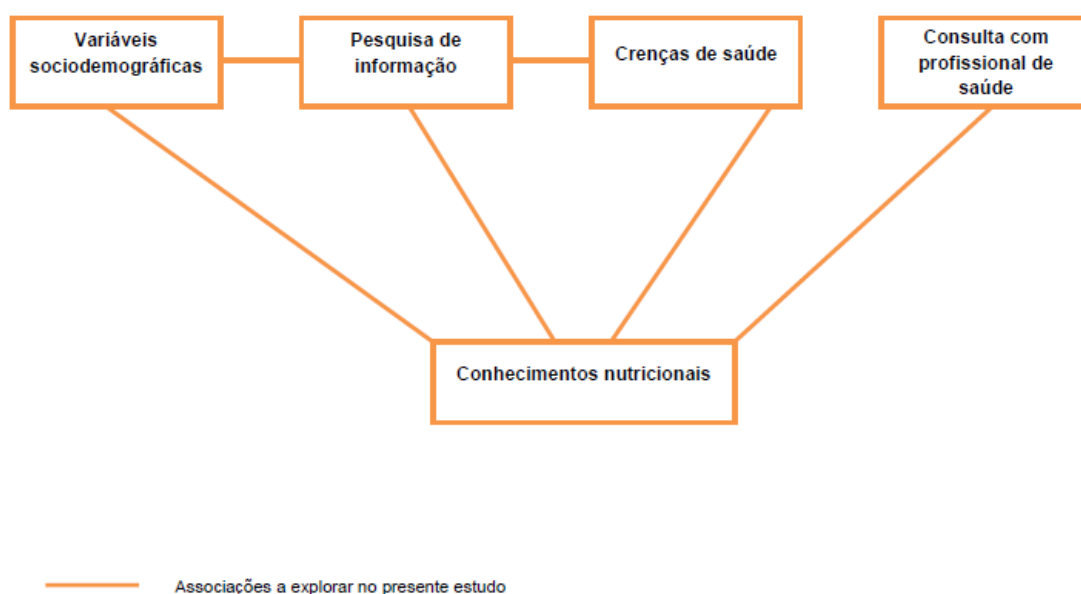


Figura 2 – Diagrama das variáveis em estudo.

Apesar de serem estudadas as fontes de informação utilizadas nas pesquisas sobre saúde, não se conhecem estudos que as associem com os conhecimentos nutricionais. Adicionalmente, estudar a relação entre a pesquisa de informação e variáveis sociodemográficas poderá fornecer informação importante no delineamento de estratégias para aumentar os conhecimentos nutricionais.

Explorar a relação entre a consulta com o profissional de saúde e os conhecimentos nutricionais poderá fornecer informação igualmente útil.

No que respeita às crenças de saúde, embora existam estudos que as relacionem com comportamentos de saúde, não se conhecem associações entre as crenças de saúde e a procura de informação que, em última instância, poderá influenciar os conhecimentos nutricionais. No presente estudo será incluída a perceção do estado de saúde e a suscetibilidade percecionada, crenças mais relacionadas com a procura de informação.

Objetivos

Os objetivos do presente estudo são os seguintes:

- **Caracterizar a amostra em relação a:**
 - Conhecimentos nutricionais;
 - Pesquisa de informação;
 - Consulta com profissional de saúde;
 - Crenças de saúde.

- **Identificar os determinantes dos conhecimentos nutricionais;**

- **Caracterizar a relação entre:**
 - Pesquisa de informação e variáveis sociodemográficas;
 - Pesquisa de informação e crenças de saúde.

Metodologia

Neste capítulo são descritos a amostra, os procedimentos, bem como as variáveis e instrumentos de avaliação.

Tipo de estudo

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

Amostra

A amostragem foi de conveniência tendo sido estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; residência em Portugal continental ou ilhas; acesso à Internet.

Como critérios de exclusão, a fim de não enviesar os resultados respeitantes aos conhecimentos nutricionais, excluíram-se indivíduos que tivessem frequentado ou frequentassem um curso na área da saúde. Adicionalmente, com base na Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) do INE (100) excluíram-se indivíduos cujas profissões pertencessem aos sub-grandes grupos de Profissionais de saúde e Técnicos e profissionais de nível intermédio da saúde.

Procedimento

O procedimento do presente estudo apresenta-se na Figura 3. A recolha de dados ocorreu entre 3 de maio e 11 de junho do presente ano. O questionário foi criado com recurso à plataforma *Google Forms* e disponibilizado *online*. A divulgação do questionário foi feita através das redes sociais e por *email*. Foi fornecido o endereço eletrónico da investigadora para qualquer esclarecimento adicional.

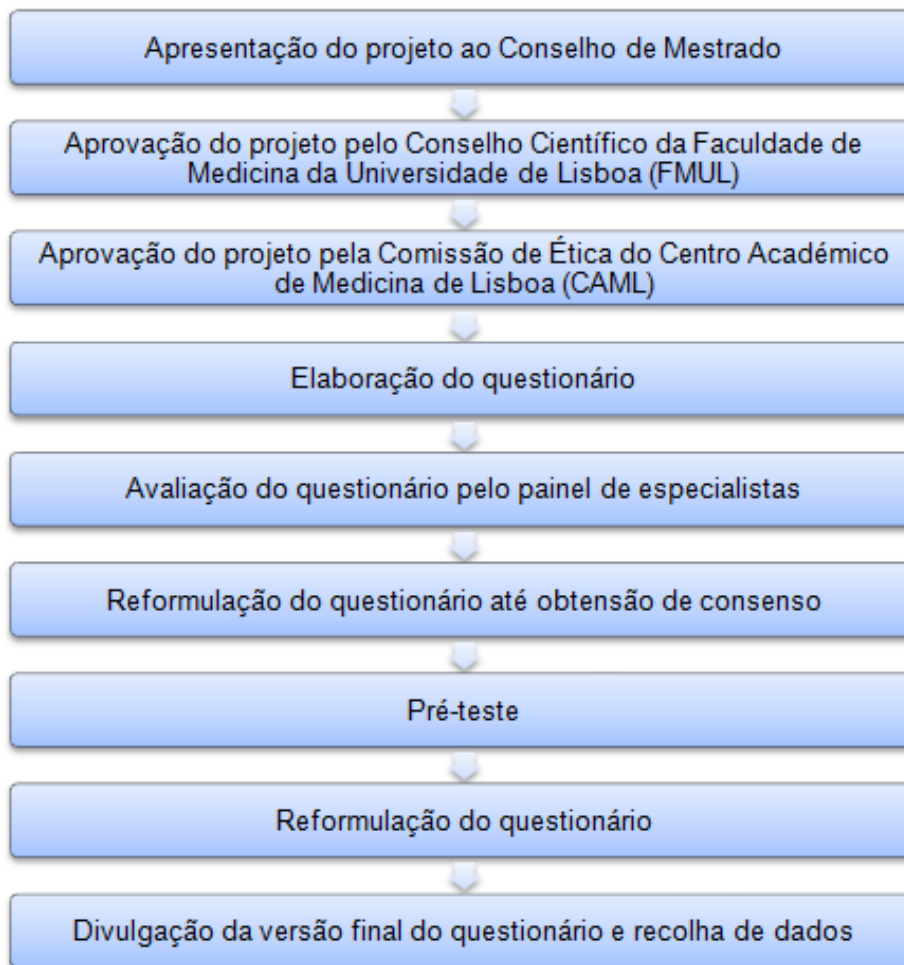


Figura 3 – Procedimento do estudo até à recolha de dados.

Variáveis e instrumentos de avaliação

Atendendo à natureza da amostra e às variáveis em estudo, o instrumento escolhido para a recolha de dados foi o questionário, uma vez que pode ser aplicado simultaneamente a um elevado número de indivíduos, mantendo o anonimato das respostas (101).

As pesquisas realizadas com o auxílio da Internet têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, principalmente devido às suas vantagens, tais como o baixo custo e maior rapidez. Adicionalmente, do ponto de vista do inquirido, a possibilidade de responder no tempo e lugar que lhe forem mais convenientes, afigura-se como outra vantagem. Porém é necessário atender às desvantagens deste método, sendo a principal a baixa taxa de respostas (102). A impossibilidade de elucidar quanto a

questões mal compreendidas também é outra das desvantagens (103). Por conseguinte, o processo de elaboração de um questionário é extremamente importante.

O *layout* do questionário elaborado para este estudo visou obedecer a critérios fundamentais, com base na revisão bibliográfica (104): clareza e rigor na apresentação, assim como comodidade/agrado para o indivíduo. Por sua vez, no que concerne à introdução ao questionário, foram tidos em conta os seguintes aspetos: 1) pedido de cooperação para o preenchimento; 2) a razão da aplicação do questionário; 3) apresentação breve da natureza do questionário; 4) o nome da instituição; 5) declaração formal da confidencialidade das respostas; e 6) declaração formal do anonimato do questionário (104).

Após a análise da literatura (104,105) estabeleceram-se os seguintes princípios para a elaboração das questões: 1) Princípio da clareza (devem ser claras, concisas e unívocas); 2) Princípio da coerência (devem corresponder à intenção da própria questão); e 3) Princípio da neutralidade (não devem incitar uma dada resposta, mas sim libertar o inquirido do referencial de juízos de valor do próprio autor).

As variáveis incluídas no estudo encontram-se no Apêndice 1, Tabelas 1 e 2.

Com o intuito de testar e melhorar o questionário, foi realizado um estudo prévio cujas etapas são descritas nos itens 3.1. e 3.2.

3.1. Painel de especialistas

No sentido de se proceder à apreciação do questionário elaborado especificamente para este estudo, utilizou-se o método *Delphi* modificado. De acordo com Dalkey *et al* (106), o método *Delphi* tem como objetivo obter o mais confiável consenso de opiniões de um grupo de especialistas, por meio de uma série de questionários intensivos, intercalados por *feedbacks* controlados de opiniões. Este método tem sido amplamente utilizado em diversas áreas, desde as ciências sociais até à medicina (107). No que concerne às suas vantagens, os participantes podem oferecer opiniões fundamentadas e independentes, uma vez que não existe pressão social nem influência dos pares (106,107). Adicionalmente, apresenta-se com uma boa solução quando os participantes não têm possibilidade de se reunir pessoalmente (108).

O método modificado distingue-se do clássico em vários aspetos: na primeira ronda é apresentado aos especialistas um conjunto de itens predefinidos sobre os quais se pede opinião, diferenciando-se da natureza pouco estruturada da primeira ronda do método clássico. Para além disso, o número de rondas necessárias costuma ser inferior a três (109). De facto, segundo Landeta (107), nas versões modernas do método *Delphi*, a pesquisa obrigatória por um consenso deixou de ser necessária, sendo o objetivo a obtenção de opiniões fiáveis de um grupo de especialistas.

No presente estudo a seleção dos especialistas visou garantir que o painel seria composto por indivíduos com experiência e conhecimento científico nas áreas em estudo. O convite foi dirigido individualmente por *email*, sendo que cada perito foi elucidado do objetivo da criação do painel. Posteriormente, e uma vez aceite o convite, foi clarificado o contexto do estudo e enviado o questionário para análise (Apêndice 2).

O painel foi composto por sete especialistas: três da área da Dietética e Nutrição, dois da área da Sociologia e dois da área da Psicologia da Saúde. Tratando-se de uma investigação no âmbito da Nutrição Clínica, os peritos na área da Dietética e Nutrição foram fundamentais. Sendo a avaliação feita por questionário, o contributo dos profissionais das ciências sociais e humanas foi fundamental pelo seu conhecimento e domínio das técnicas desta metodologia de avaliação. A sua participação foi igualmente importante pelo conhecimento e contributos na área da avaliação de variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.

Foi solicitado a cada perito que avaliasse o questionário numa escala de *Likert* de cinco pontos, sendo 1 = muito fraco e 5 = muito bom, em relação aos seguintes parâmetros: a) aspeto geral; b) clareza das instruções dadas para responder a cada questão (nos casos em que se justificasse); c) adequação das questões à amostra; e d) ordem pela qual as questões são apresentadas. Solicitou-se igualmente a avaliação de cada uma das questões elaboradas especificamente para o estudo, numa escala de *Likert* de cinco pontos, sendo 1 = muito fraca e 5 = muito boa, atendendo aos seguintes aspetos: a) princípio da clareza; b) princípio da coerência; c) princípio da neutralidade; e d) relevância para a investigação. Para cada um dos parâmetros havia possibilidade de colocar comentários ou sugestões. O Questionário de Conhecimentos Nutricionais e a primeira questão do *Short Form Health Survey 36-item* (SF-36) não foram submetidos ao painel de especialistas, uma vez que se tratam de instrumentos já validados.

Todo o processo de avaliação foi feito via *email*, não tendo havido reunião presencial entre a investigadora, colaboradores e peritos. O conjunto de pareceres do painel de especialistas encontra-se no Apêndice 3. A classificação média obtida para

os parâmetros de carácter geral e para o conjunto de questões formuladas foi de 4,3 e 4,4, respetivamente. Independentemente da classificação média obtida, todos os parâmetros foram analisados e os comentários ou sugestões foram tidos em consideração. Desta análise resultou a versão do questionário utilizada no pré-teste.

3.2. Pré-teste

Previamente à sua aplicação, o questionário foi submetido a um pré-teste. O pré-teste ou teste piloto tem como propósito identificar possíveis erros no questionário que poderão apenas ser evidentes para a população em causa (110). No que respeita à amostra, a literatura recomenda que seja tão similar quanto possível à amostra final (110). Segundo Green *et al*, citado por Reynolds *et al* (110), o número exato da amostra do pré-teste depende da variedade de respondentes no estudo final.

O convite para participar no pré-teste foi dirigido individualmente por *email* a indivíduos que respeitassem os critérios de inclusão do estudo, a fim de serem representativos da amostra final. À semelhança da análise pelo painel de especialistas, esta fase foi feita à distância por motivos logísticos, atendendo ao facto de terem sido selecionados indivíduos de várias zonas do país.

No convite foi explicado o âmbito do estudo e objetivo do pré-teste, sendo a participação voluntária e a confidencialidade dos dados garantida. Para além das questões que compunham o questionário foram adicionadas duas perguntas de resposta aberta com o propósito de 1) obter informação quanto ao tempo despendido no preenchimento do questionário; e 2) recolher dúvidas, comentários ou sugestões que permitissem melhorar o instrumento.

O questionário utilizado nesta fase encontra-se no Apêndice 4.

Foram registadas 30 respostas válidas. Os comentários e sugestões, bem como a análise estatística, encontram-se no Apêndice 5.

Findo o pré-teste, procedeu-se às respetivas modificações do questionário dando origem ao seu formato final (Apêndice 6).

As variáveis incluídas no estudo são explicadas de seguida.

3.3. Variáveis em estudo

Variáveis sociodemográficas

Com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo, os participantes foram questionados quanto às seguintes variáveis: Sexo; Idade; Área de residência; Estado civil; Número de filhos; Número de filhos menores no agregado familiar; Nível de escolaridade; Curso superior; Situação profissional atual; Profissão; Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde; Profissão e/ou formação das pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde; Rendimento mensal líquido do agregado familiar.

A questão da área de residência foi formulada com base na classificação da Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS II).

A questão relativa ao curso superior tinha apenas como objetivo identificar possíveis participantes que possuíssem cursos na área da saúde e, conseqüentemente, excluir as suas respostas na análise dos resultados.

A profissão dos inquiridos foi posteriormente agrupada de acordo com a CPP de 2010 do INE (100). Assim, de acordo com as respostas observadas, as profissões dos inquiridos foram agrupadas da seguinte forma:

- Grupo 0: Profissões das forças armadas;
- Grupo 1: Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- Grupo 2: Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- Grupo 3: Técnicos e profissões de nível intermédio;
- Grupo 4: Pessoal administrativo;
- Grupo 5: Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- Grupo 7: Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies;
- Grupo 8: Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- Grupo 9: Trabalhadores não qualificados;
- Estudante;
- Outros (quando não era possível identificar o grupo profissional).

Quanto ao rendimento mensal líquido do agregado familiar, as hipóteses de resposta foram elaboradas com base no Indexante de Apoio Social (IAS) cujo valor mínimo é 419,22€ assumindo-se, por isso, 420€ como o valor mais baixo da escala.

Conhecimentos nutricionais

A escolha do instrumento para avaliar o conhecimento nutricional teve como base os seguintes critérios:

- 1) Ser um instrumento devidamente validado;
- 2) A avaliação do conhecimento nutricional devia ser feita de forma abrangente, contemplando não só fontes alimentares de nutrientes, como também recomendações nutricionais e relação dieta-doença;
- 3) Ser um instrumento com um nível médio de exigência, que permitisse distinguir conhecimentos básicos que poderão ser acessíveis à maioria da população, de outros;
- 4) Ser um instrumento passível de autoadministração;
- 5) Ser um instrumento dirigido à população adulta em geral.

Da pesquisa realizada sobre questionários que avaliassem o conhecimento nutricional, foi escolhido o Questionário de Conhecimentos Nutricionais, traduzido e adaptado para a população portuguesa a partir do original *Nutritional Knowledge Questionnaire* (NKQ) (40,111), por cumprir os critérios estabelecidos. O NKQ foi originalmente elaborado por Parmenter *et al* (112) e tem sido amplamente utilizado em vários estudos, com cerca de 139 citações em artigos. Apresenta uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach=0,97) e, contrariamente a outros questionários de conhecimentos nutricionais, é mais completo porque integra conhecimentos acerca da fonte alimentar de todos os macronutrientes e escolhas alimentares saudáveis (112).

Por sua vez o Questionário de Conhecimentos Nutricionais apresenta igualmente uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach=0,91), assim como uma boa validade de construto (40). Este questionário tem sido utilizado em Portugal em diversos estudos (113–115), sendo composto por quatro secções: 1) recomendações dietéticas; 2) fonte alimentar de nutrientes; 3) escolhas alimentares saudáveis; e 4) relação dieta-doença.

No entanto, devido à dimensão do questionário, a adesão dos participantes podia ficar comprometida. Assim sendo, optou-se por utilizar uma das versões reduzidas:

- 1) A versão reduzida 1 contém as secções 1, 2 e 4, também elas reduzidas face ao questionário completo;
- 2) A versão reduzida 2 difere da versão 1 por não conter a primeira secção.

As versões reduzidas apresentam validades interna e de construto satisfatórias, podendo ser utilizado um questionário menor, em que a grande maioria dos itens se correlacionam com a pontuação final (40). Uma vez que a versão reduzida 1 tem mais uma secção do que a versão reduzida 2 (recomendações dietéticas), optou-se pela primeira, sendo que este questionário, de acordo com Almeida de Souza (40), apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,886). A desvantagem de utilizar as versões reduzidas consiste em não avaliar algumas secções do conhecimento nutricional (40). Porém, atendendo às dimensões avaliadas com este questionário, é possível ir ao encontro da definição de conhecimento nutricional apresentada no início da presente investigação (35), pelo que se considera um instrumento de avaliação completo para o fim a que se destina. Por conseguinte, optou-se por não elaborar mais questões para aferir o conhecimento nutricional. De facto, considera-se que novas escalas que avaliem conhecimentos nutricionais só devem ser desenvolvidas quando não houver ou não for encontrada uma adequada pré-existente (116).

O Questionário de Conhecimentos Nutricionais utilizado neste estudo tem uma pontuação máxima de 59 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de conhecimentos nutricionais. É composto por três secções, com perguntas de resposta aberta e fechada:

- 1) Recomendações dietéticas: Esta secção é composta por seis itens. Por cada resposta certa é cotado um ponto, sendo a pontuação máxima seis pontos;
- 2) Fonte alimentar de nutrientes: Esta secção é composta por 34 itens. Por cada resposta certa é cotado um ponto, sendo a pontuação máxima 34 pontos;
- 3) Relação dieta-doença: Esta secção é composta por 23 itens, sendo a pontuação máxima 19 pontos. Os primeiros quatro itens consistem em duas questões, sendo cotada apenas a segunda questão.

Pesquisa de informação

Com o objetivo de caracterizar a pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição, foram avaliadas quatro características: Frequência de pesquisa de informação; Frequência de utilização de fontes de informação; Importância dada ao facto da fonte de informação estar associada a um profissional de saúde; Importância dada ao facto da fonte de informação estar associada a uma organização ou instituição reconhecida.

No que respeita às fontes de informação sobre alimentação ou nutrição, foram selecionadas com base na revisão da literatura (80,82,117), tendo sido ajustadas para a amostra em estudo. Por conseguinte foram selecionadas as seguintes: Internet; Programas de televisão; Programas de rádio; Jornais, revistas e/ou panfletos; Livros; Publicações científicas; Cursos e palestras; *Sites* de Organizações Governamentais; *Sites* de Associações Profissionais e Sociedades Científicas; Familiares, colegas e/ou amigos; Consulta com o médico; Consulta com o nutricionista/dietista; Consulta com outro profissional de saúde; Outra.

Consulta com profissional de saúde

Com o objetivo de caracterizar a consulta com um profissional de saúde, foram consideradas seis características: Profissional de saúde que consulta com mais frequência; Frequência de consulta com o profissional de saúde; Frequência de consulta com um nutricionista ou dietista; Número de consultas com um nutricionista ou dietista nos últimos 6 meses; Adoção de plano alimentar; Motivo de adoção do plano alimentar.

Crenças de saúde

Com o objetivo de caracterizar a relação entre os conhecimentos nutricionais e as crenças de saúde, foram avaliadas as seguintes variáveis: Perceção do estado de saúde e Suscetibilidade percecionada.

A perceção do estado de saúde foi determinada através da primeira questão do SF-36, amplamente utilizado (45). O SF-36 foi originalmente desenvolvido por Ware *et al* (118) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (119,120). De acordo com Pais-Ribeiro (45) este instrumento pode ser utilizado para avaliar a

saúde e para orientar e avaliar programas de promoção da saúde, tanto em pessoas saudáveis como em doentes crónicos.

A maioria das investigações utiliza este questionário na totalidade, no entanto alguns estudos de larga escala (121,122) utilizam apenas a primeira questão, sendo um método adequado para avaliar o estado de subjetivo de saúde física (123).

No que respeita à suscetibilidade percecionada, embora existam escalas validadas para avaliar variáveis do modelo de crenças de saúde, como é o caso do *Champion Health Belief Model Scale* (124), não se adequam ao estudo por serem específicas para determinadas doenças (neste caso, para o cancro da mama). Por conseguinte optou-se por elaborar a seguinte questão “Quando pensa nas doenças mencionadas nesta questão, como considera a probabilidade de vir a ter cada uma delas nos próximos 10 anos?” com escala de *Likert* de cinco pontos (1 = nada provável a 5 = extremamente provável). Ao recorrer a esta escala foi possível não só manter as opções de resposta uniformes ao longo do questionário, mas também estar de acordo com a forma como a suscetibilidade percecionada é avaliada por vários autores (50,124–126).

Tendo como objetivo caracterizar a relação entre os conhecimentos nutricionais e a suscetibilidade percecionada, a pergunta incide nas doenças mais frequentemente associadas a hábitos alimentares inadequados (cancro, grupo de doenças do aparelho circulatório e diabetes), de acordo com os dados do GBD (13), a par da obesidade, não só pelo impacto a nível dos anos de vida saudável perdidos (13,14), mas também como fator de risco para as doenças supracitadas (29).

Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML).

Todos os participantes foram informados acerca da pertinência do estudo, critérios de participação, confidencialidade dos dados e possibilidade de poderem desistir a qualquer momento. A confidencialidade dos dados foi garantida, não tendo sido perguntado em nenhum momento o nome e/ou contacto dos participantes. Adicionalmente, as questões relativas a dados clínicos eram de carácter geral. O computador utilizado para recolha de dados estava protegido por senha, apenas

acessível à investigadora e colaboradores. Em nenhum momento foi realizado o roteamento de IPs.

Análise estatística

A análise estatística foi feita com recurso a medidas de estatística descritiva e estatística inferencial, sendo que no último caso se usou como referência um nível de significância $p \leq 0,05$ para aceitar ou rejeitar a hipótese nula.

Para identificar os determinantes dos conhecimentos nutricionais foi utilizada o modelo de regressão linear múltipla com recurso ao método de *stepwise*. Sempre que foi necessário incluir no modelo uma variável qualitativa com $k > 2$ categorias nominais, foi necessário criar $k-1$ variáveis artificiais, onde foram atribuídos os códigos 1 se o indivíduo possuía a categoria k e 0 caso contrário.

Para estudar a associação entre duas variáveis qualitativas nominais ou entre uma variável qualitativa nominal e uma variável qualitativa ordinal foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste qui-quadrado por simulação de Monte Carlo (quando mais de 20% das células apresentavam uma frequência esperada superior a 5). Para estudar a correlação entre duas variáveis qualitativas ordinais ou entre uma variável qualitativa ordinal e uma variável quantitativa foi utilizada a correlação de Spearman.

Os dados foram tratados informaticamente com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.

Resultados

Foi obtida uma amostra de 818 indivíduos.

Das 854 respostas registadas, foram excluídas 36 por motivos de ilegibilidade da questão relativa à profissão e, noutros casos, por se terem verificado respostas de profissionais de saúde apesar dos critérios de exclusão terem sido explicitados.

4.1. Caracterização da amostra em relação às variáveis em estudo

4.1.1. Variáveis sociodemográficas

A caracterização sociodemográfica apresenta-se nas Tabelas 2 e 3.

A amostra foi constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (n=574; 70,2%), residentes na Área Metropolitana de Lisboa (n=444; 54,3%).

A idade mínima observada foi de 18 anos e a máxima de 83 anos, sendo a média de idades $40,2 \pm 14,4$ anos.

Quanto ao estado civil observou-se uma maior percentagem de inquiridos casados ou em união de facto (n=361; 44,1%).

Observou-se que a percentagem de inquiridos sem filhos (n=410; 50,1%) foi bastante semelhante à percentagem de inquiridos com filhos (n=408; 49,9%). Destes últimos, o número de filhos variou entre 1 e 6, sendo que maioritariamente os inquiridos tinham 1 a 2 filhos (n=357; 43,7%). Dos indivíduos com filhos, 51,5% (n=210) não tinha filhos menores no agregado familiar.

Relativamente ao rendimento mensal líquido do agregado familiar, 54,5% (n=446) referiu auferir entre 1000€ a 2500€, exclusive.

Observou-se que mais de metade dos inquiridos (n=526; 64,3%) se relaciona com indivíduos com conhecimentos especializados na área da saúde pelo menos com uma frequência moderada, sendo que 26,0% (n=137) referiram relacionar-se com nutricionistas ou dietistas.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica: sexo, idade, número de filhos, rendimento.

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Sexo		Número de filhos	
Feminino	574 (70,2%)	0	410 (50,1%)
Masculino	244 (29,8%)	1 a 2	357 (43,7%)
Faixa etária		3 ou mais	51 (6,2%)
[18;28[	222 (27,1%)	Filhos menores no agregado familiar ¹	
[28;38[	164 (20,0%)	Não	210 (51,5%)
[38;48[	165 (20,2%)	Sim	198 (48,5%)
[48;58[	146 (17,8%)	Rendimento mensal líquido do agregado familiar	
[58;68[	97 (11,9%)	Menos de 420€	19 (2,3%)
≥68	24 (2,9%)	De 420€ a menos de 1000€	143 (17,5%)
Área de residência		De 1000€ a menos de 2500€	446 (54,5%)
Norte	89 (10,9%)	De 2500€ a menos de 4000€	153 (18,7%)
Centro	144 (17,6%)	4000€ ou mais	57 (7,0%)
Área Metropolitana de Lisboa	444 (54,3%)	Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	
Alentejo	76 (9,3%)	Nada frequente	59 (7,2%)
Algarve	38 (4,6%)	Pouco frequente	233 (28,5%)
Região Autónoma dos Açores	12 (1,5%)	Moderadamente frequente	287 (35,1%)
Região Autónoma da Madeira	15 (1,8%)	Muito frequente	173 (21,1%)
Estado civil		Extremamente frequente	66 (8,1%)
Solteiro	341 (41,7%)	Profissões e/ou formações dessas pessoas ²	
Casado(a) ou em união de facto	361 (44,1%)	Nutricionistas ou dietistas	137 (26,0%)
Separado(a) ou divorciado(a)	96 (11,7%)	Outros	389 (74,0%)
Viúvo(a)	20 (2,4%)		

Legenda: ¹ Percentagens sobre o total de indivíduos que referiram ter filhos; ² Percentagens sobre o total de indivíduos que referiram ter uma frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde pelo menos “moderadamente frequente”.

Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos indivíduos frequenta ou frequentou o ensino superior (n=566; 69,2%). No que respeita à situação profissional, 67% (n=548) estava empregado. Quanto à profissão, constatou-se uma maior percentagem de inquiridos pertencentes ao Grupo 2 (Especialistas das atividades intelectuais e científicas) (n=351; 42,9%).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica: nível de escolaridade, situação profissional e grupo profissional.

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Nível de escolaridade		Grupo profissional ¹	
1º ciclo (1º ao 4º ano)	4 (0,5%)	Grupo 0	19 (2,3%)
2º e 3º ciclos (5º ao 9º ano)	31 (3,8%)	Grupo 1	64 (7,8%)
Ensino secundário (10º ao 12º ano)	217 (26,5%)	Grupo 2	351 (42,9%)
Ensino superior	566 (69,2%)	Grupo 3	93 (11,4%)
Situação profissional atual		Grupo 4	61 (7,5%)
Estudante	100 (12,2%)	Grupo 5	90 (11,0%)
Trabalhador estudante	39 (4,8%)	Grupo 7	9 (1,1%)
Empregado(a)	548 (67,0%)	Grupo 8	2 (0,2%)
Doméstico(a)	10 (1,2%)	Grupo 9	3 (0,4%)
Reformado(a)	72 (8,8%)	Estudante	83 (10,1%)
Desempregado(a)	49 (6,0%)	Outros	43 (5,3%)

Legenda: ¹ De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (100).

4.1.2. Conhecimentos nutricionais

Nas Tabelas 4, 5 e 6 são apresentados os valores da estatística descritiva dos conhecimentos nutricionais. A pontuação do questionário foi dividida por quartis: 0-14 (insuficiente), 15-29 (suficiente), 30-44 (bom) e 45-59 (muito bom).

Tabela 4 – Conhecimentos nutricionais.

	Média±DP	Mínimo	Máximo
Questionário completo (pontuação máxima: 59)	39,74±7,65	0	55
Quartis		n (%)	
[0;14]		6 (0,7%)	
[15;29]		67 (8,2%)	
[30;44]		504 (61,6%)	
[45;59]		241 (29,5%)	

Por quartil verifica-se que a maioria dos inquiridos (n=504; 61,6%) apresenta uma pontuação de 30 a 44 pontos. Em termos globais estes resultados permitem afirmar que os inquiridos apresentam bons conhecimentos nutricionais.

Analisando cada secção do Questionário de Conhecimentos Nutricionais, verificou-se que a secção “relação dieta-doença” foi onde se obtiveram os piores resultados.

Tabela 5 – Conhecimentos nutricionais por secção.

Secção do questionário (pontuação máxima)	Média±DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Recomendações dietéticas (6)	4,37±1,01	5	0	6
Fonte alimentar de nutrientes (34)	26,18±5,11	27	0	34
Relação dieta-doença (19)	9,20±3,25	9	0	19

A análise de cada uma das secções encontra-se na Tabela 6. Só foram considerados os indivíduos que responderam acertadamente a cada grupo de questões, uma vez que isso traduziria conhecimentos mais sólidos em relação a cada tema. Tomando como exemplo as questões relativas à fonte alimentar de nutrientes,

sempre que um indivíduo acertasse ao identificar um alimento como fonte alimentar de um nutriente, mas errasse na identificação de outro alimento dentro da mesma questão, não era contabilizado para o número total de indivíduos que responderam corretamente.

Tabela 6 – Conhecimentos nutricionais por secção e grupo de questões.

Secção e grupo de questões	Indivíduos que responderam corretamente n (%)	Secção e grupo de questões	Indivíduos que responderam corretamente n (%)
Recomendações dietéticas			
Legumes	781 (95,5%)	Alimentos ricos em fibra	627 (76,7%)
Alimentos que contêm amido/farináceos	14 (1,7%)	Fruta	669 (81,8%)
Alimentos gordos	729 (89,1%)	Alimentos salgados	753 (92,1%)
Fonte alimentar de nutrientes			
Gordura	318 (38,9%)	Fibra	394 (48,2%)
Alimentos que contêm amido/farináceos	367 (44,9%)	Gordura saturada	267 (32,6%)
Sal	400 (48,9%)	Alternativa carne vermelha	338 (41,3%)
Proteína	399 (48,8%)	Cálcio leite	593 (72,5%)
Relação dieta-doença			
Doenças associadas à baixa ingestão de frutas e legumes	5 (0,6%)	Prevenção de cancro	605 (74,0%)
Doenças associadas à baixa ingestão de fibra	378 (46,2%)	Prevenção de doenças cardíacas	643 (78,6%)
Doenças associadas à ingestão de sal	511 (62,4%)	Colesterol	566 (69,2%)
Doenças associadas à ingestão de gordura	194 (23,7%)	Vitaminas antioxidantes	50 (6,1%)

- Secção 1 – Recomendações dietéticas:

Em relação a cada uma das questões verificou-se que mais de metade dos inquiridos respondeu acertadamente, à exceção da questão relativa aos alimentos farináceos. Para esta questão 70,3% (n=575) dos inquiridos considerou que os especialistas em saúde recomendam que se coma menos desse grupo de alimentos. Apenas 1,7% (n=14) respondeu corretamente.

- Secção 2 – Fonte alimentar de nutrientes:

Analisando cada grupo de questões, verificou-se que a percentagem de inquiridos que respondeu corretamente à sua totalidade é inferior a 50%, à exceção da questão sobre o cálcio presente no leite (composta apenas por uma pergunta).

No que concerne às questões sobre as fontes alimentares de proteína verificou-se um maior equilíbrio de respostas certas (57,5%) e erradas ou sem certeza (42,5%) no caso das natas, denotando que os inquiridos têm mais dúvidas sobre se este alimento é rico ou pobre em proteína.

O grupo de questões sobre as fontes alimentares de gordura saturada foi o que obteve piores resultados no geral. Em relação à sardinha as respostas foram bastante equilibradas, sendo que 55,3% dos inquiridos consideraram que se trata de um alimento pobre nessa gordura, contra 44,7% que responderam erradamente ou não têm a certeza. No caso do azeite as respostas também foram muito equilibradas: 55,4% dos indivíduos identificaram o alimento como sendo pobre em gordura saturada, mas 44,6% responderam erradamente ou não tinham a certeza. Por último, no que respeita à carne vermelha, 57,8% dos inquiridos reconheceram a sua riqueza em gordura saturada mas 42,1% respondeu erradamente ou não tinha a certeza.

- Secção 3 – Relação dieta-doença:

Quando foi perguntado aos inquiridos se conheciam alguma doença que estivesse associada ao baixo consumo de frutas e legumes, a maioria respondeu que sim (n=532; 65%). O mesmo foi observado para as doenças associadas à baixa ingestão de fibra (n=461; 56,4%), ingestão de sal (n=705; 86,2%) e ingestão de gordura (n=727; 88,9%).

Na questão seguinte foi pedido aos mesmos indivíduos que mencionassem as doenças que referiam conhecer. Nas Figuras 4 a 7 apresentam-se os gráficos com as respostas dadas pelos inquiridos.

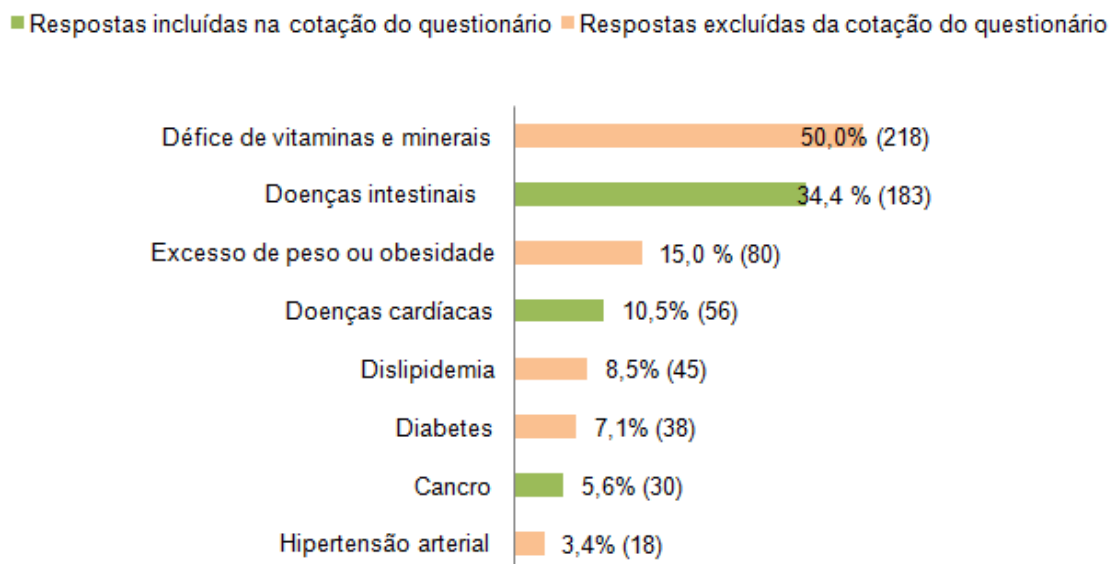


Figura 4 – Gráfico de respostas das doenças associadas à baixa ingestão de frutas e legumes.

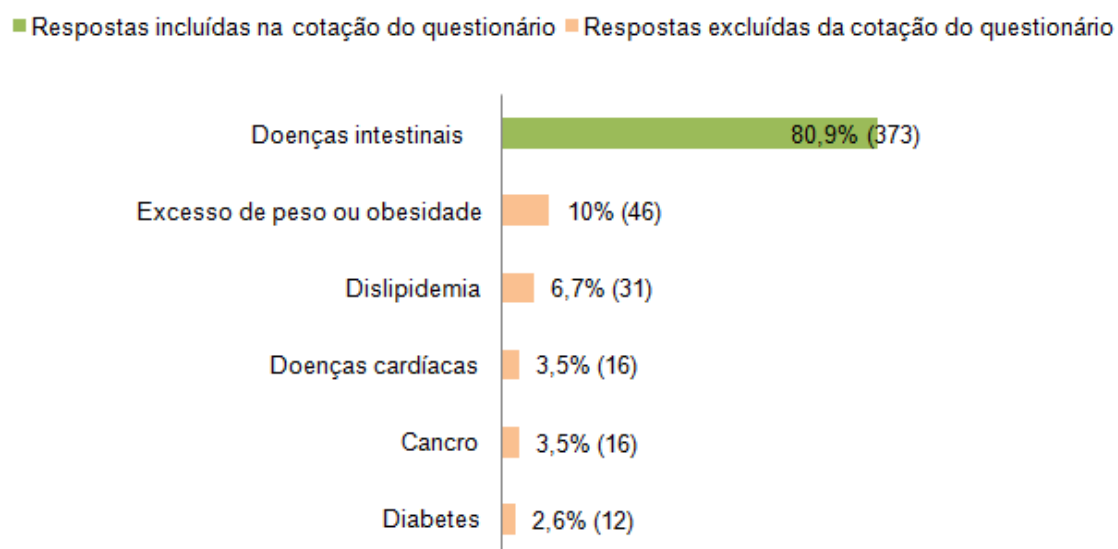


Figura 5 – Gráfico de respostas das doenças associadas à baixa ingestão de fibra.

Analisando as Figuras 4 e 5 verifica-se que em relação às doenças associadas à baixa ingestão de frutas e legumes 50,0% (n=218) dos indivíduos faz uma associação entre o défice de ingestão desses alimentos e o défice de vitaminas e minerais, logo seguido das doenças intestinais (n=183; 34,4%), as quais foram identificadas pela maioria dos indivíduos (n=373; 80,9%) como consequência da baixa ingestão de fibra. Em relação às doenças cardíacas e ao cancro só uma minoria dos indivíduos as identificou (n=56; 10,5% e n=30; 5,6%, respetivamente) como estando relacionadas com a baixa ingestão de frutas e legumes.

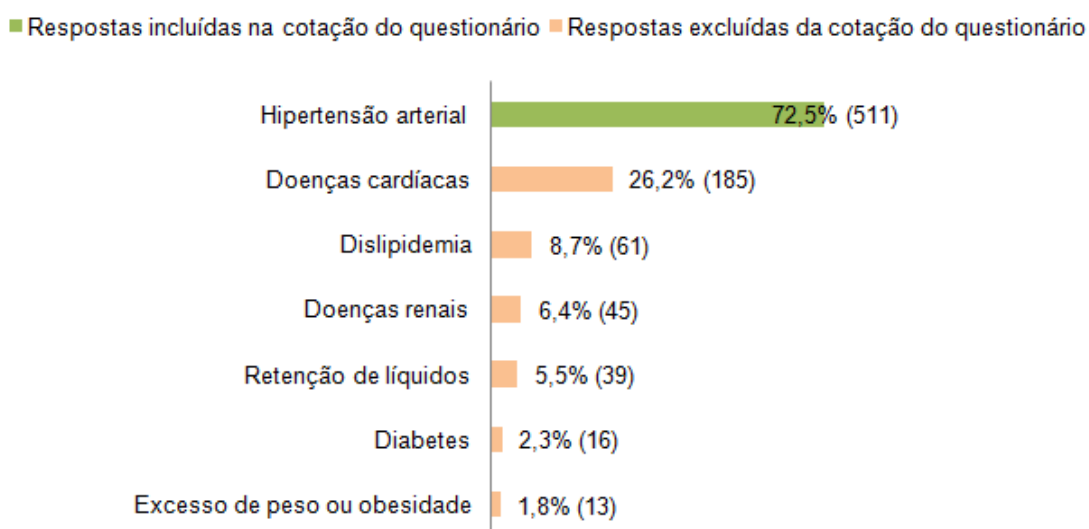


Figura 6 – Gráfico de respostas das doenças associadas à ingestão de sal.

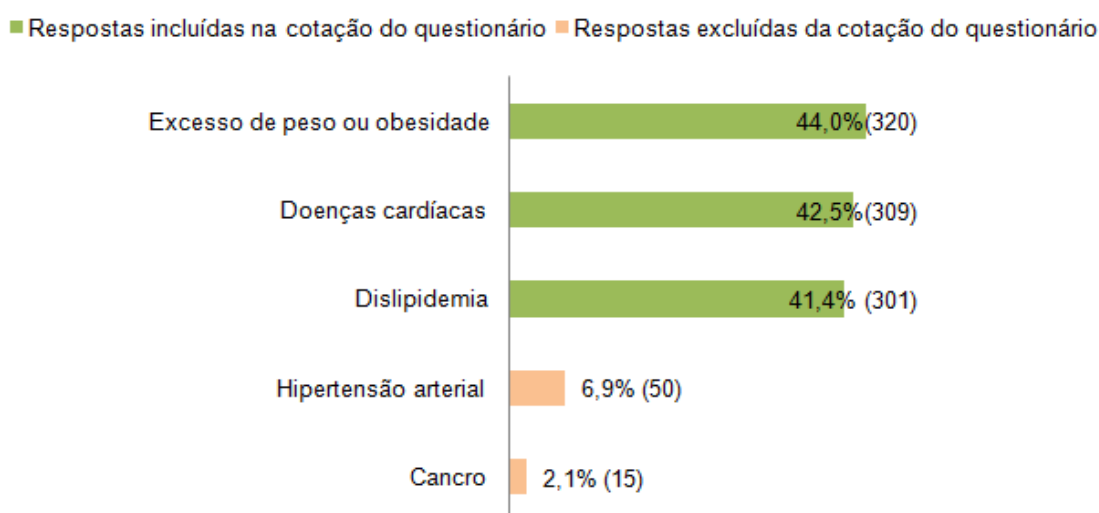


Figura 7 – Gráfico de respostas em relação às doenças associadas à ingestão de gordura.

De acordo com as Figuras 6 e 7 verifica-se que, quanto às doenças associadas à ingestão de sal, a maioria dos indivíduos mencionou a hipertensão arterial (n=511; 72,5%) logo seguido das doenças cardíacas (n=185; 26,2%).

Em relação às doenças associadas à ingestão de gordura verificou-se que 44,0% (n=320) dos indivíduos identificou o excesso de peso ou obesidade, logo seguidos das doenças cardíacas (n=309; 42,5%) e dislipidemia (n=301; 41,4%).

Quanto aos comportamentos que ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro, a maioria dos indivíduos reconhece a importância de “comer mais fibra” (n=653; 79,8%) e de “comer mais frutas e legumes” (n=686; 83,9%).

No que concerne à prevenção das doenças cardíacas, a maioria dos indivíduos também reconhece a importância de “comer menos gordura saturada” (n=743; 90,8%), “comer menos sal” (n=791; 96,7%) e “comer mais frutas e legumes” (n=714; 87,3%).

Apesar da maioria dos inquiridos (n=614; 75,1%) afirmar saber o que são vitaminas antioxidantes, verifica-se uma baixa percentagem de respostas certas. A vitamina C é a única vitamina em que se verifica uma maior discrepância entre os indivíduos que a identificaram como vitamina antioxidante (n=386; 47,2%) e os restantes (n=228; 27,9%).

4.1.3. Pesquisa de informação

No que concerne à média com que os indivíduos procuram informação sobre alimentação ou nutrição, verificou-se que a maior percentagem dos indivíduos respondeu “menos de 1 vez por mês” (n=384; 46,9%).

Tabela 7 – Frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição.

Frequência de pesquisa	n (%)
Menos de 1 vez por mês	384 (46,9%)
1 a 2 vezes por mês	175 (21,4%)
3 a 4 vezes por mês	99 (12,1%)
2 a 6 vezes por semana	70 (8,6%)
Diariamente	90 (11,0%)

Relativamente à frequência de utilização das fontes mencionadas no questionário para obter informação sobre alimentação ou nutrição, verificou-se que a Internet foi a fonte de informação onde mais se registaram respostas na categoria “utilizo bastante” (n=213; 26,0%). Por outro lado, observou-se que mais de metade dos inquiridos não utiliza programas de rádio (n=549; 67,1%), cursos e palestras (n=609; 74,4%), *sites* de organizações governamentais (n=463; 56,6%) e *sites* de associações profissionais e sociedades científicas (n=467; 57,1%). O mesmo foi observado para a consulta com nutricionista ou dietista (n=484; 59,2%) ou com outro profissional de saúde (excetuando o médico) (n=479; 58,6%).

As figuras 8, 9 e 10 apresentam os gráficos com os resultados observados.

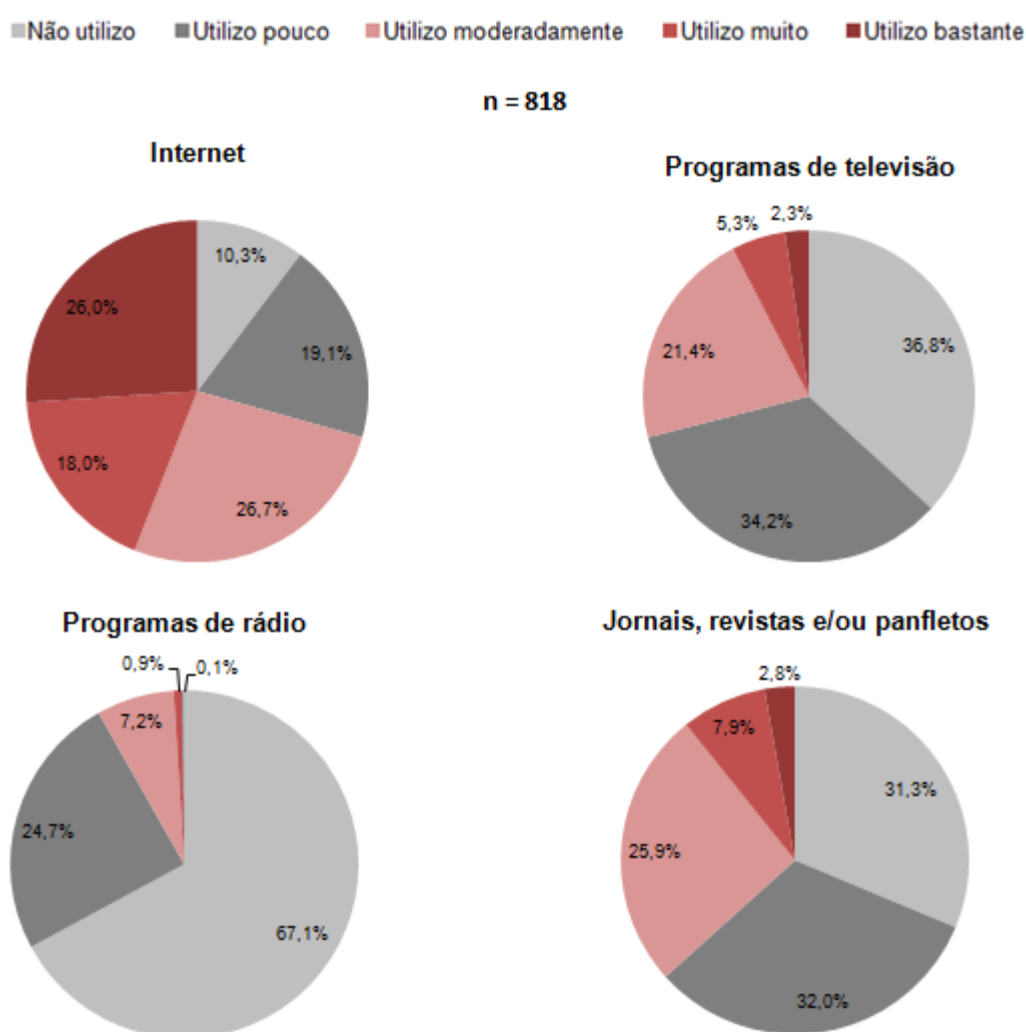


Figura 8 – Gráficos da frequência de utilização da Internet, programas de televisão e rádio, jornais e similares para obter informação sobre alimentação ou nutrição.

■ Não utilizo ■ Utilizo pouco ■ Utilizo moderadamente ■ Utilizo muito ■ Utilizo bastante

n = 818

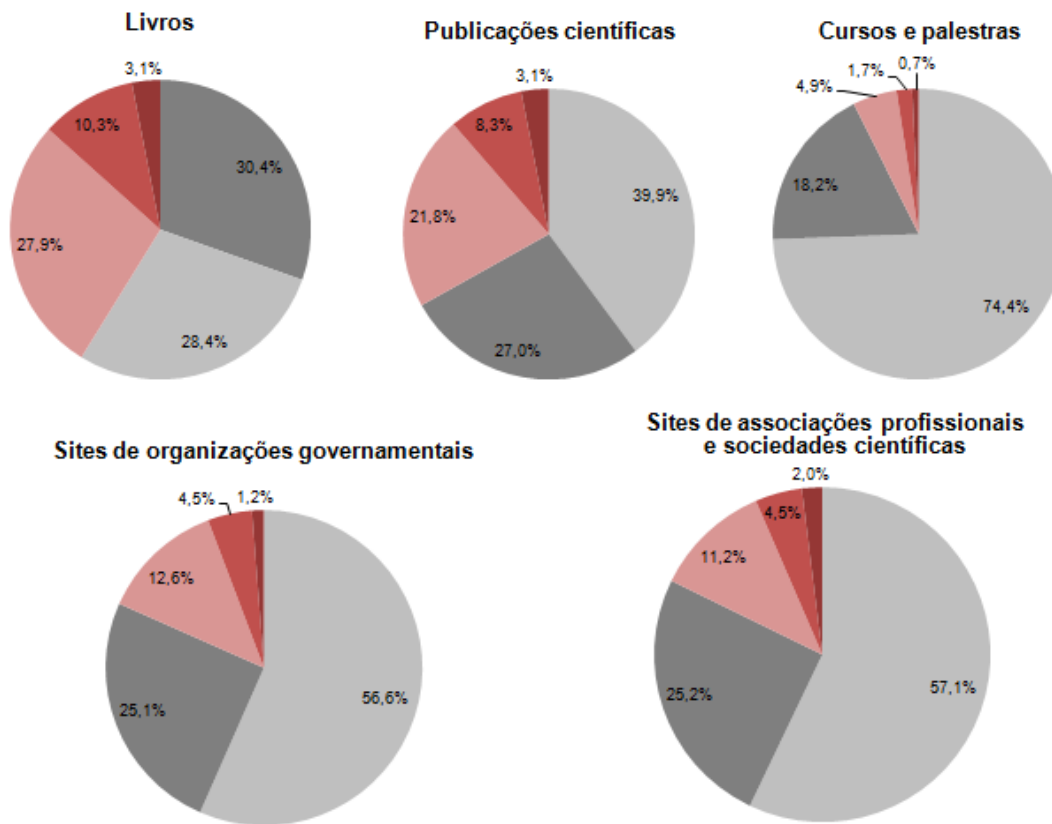


Figura 9 – Gráficos da frequência de utilização de livros e outras informações de cariz científico para obter informação sobre alimentação ou nutrição.

■ Não utilizo ■ Utilizo pouco ■ Utilizo moderadamente ■ Utilizo muito ■ Utilizo bastante

n = 818

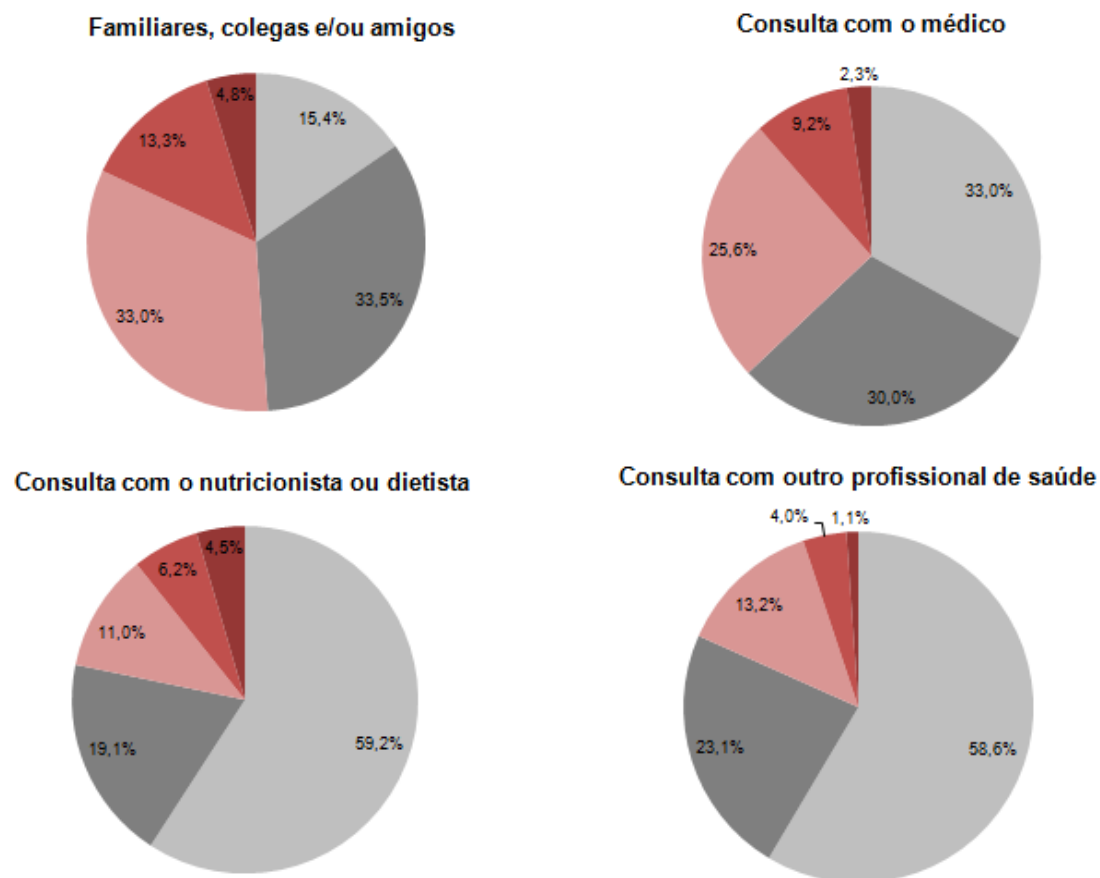


Figura 10 – Gráficos da frequência de recurso a familiares, colegas e/ou amigos e consulta com profissionais de saúde para obter informação sobre alimentação ou nutrição.

Relativamente à questão “Considero indispensável que a fonte de informação esteja associada a um profissional de saúde”, a maior percentagem dos indivíduos respondeu “concordo” (n=376; 46,0%) e “concordo totalmente” (n=337; 41,2%). (Tabela 8).

Quanto à importância da fonte de informação estar associada a uma organização ou instituição reconhecida, verificou-se que a maior percentagem de inquiridos respondeu “concordo” (n=393; 48,0%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Importância dada à credibilidade da fonte.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
Profissional de saúde	26 (3,2%)	17 (2,1%)	62 (7,6%)	376 (46,0%)	337 (41,2%)
Organização/Instituição reconhecida	40 (4,9%)	35 (4,3%)	133 (16,3%)	393 (48,0%)	217 (26,5%)

4.1.4. Consulta com profissional de saúde

A caracterização da amostra quanto à consulta com um profissional de saúde encontra-se na Tabela 9.

Verificou-se que a maioria dos inquiridos (n=556; 68,0%) referiu que o profissional de saúde que consulta com mais frequência é o médico. Na categoria “outros” incluem-se os especialistas em medicina tradicional e alternativa (n=11; 1,3%), médico dentista (n=6; 0,7%) e nenhum (n=1; 0,1%).

Relativamente à consulta com um profissional de saúde, 39,7% (n=325) indicou que o fazia 1 a 2 vezes por ano.

Quanto à frequência de consulta com um nutricionista ou dietista, a maioria dos inquiridos (n=469; 57,3%) nunca consultou. Dos indivíduos que consultaram um nutricionista ou dietista nos últimos 6 meses, 71,7% (n=71) teve 1 a 3 consultas.

Mais de metade dos respondentes (n=603; 73,7%) não estava a seguir um plano alimentar. É importante ressaltar que dos 469 indivíduos que referem nunca ter consultado um nutricionista ou dietista, 80 (17,1%) afirmam estar a seguir um plano alimentar.

Observou-se que a maioria dos indivíduos segue um plano alimentar por decisão própria, quer por motivos estéticos (n=84; 39,1%), quer por motivos de saúde (n=81; 37,7%). Na categoria “outros” incluem-se motivos de saúde e estéticos (n=3;

1,4%), motivos éticos (n=2; 0,9%), desporto (n=2; 0,9%), gravidez (n=2; 0,9%) e cirurgia (n=1; 0,5%).

Tabela 9 – Caracterização da consulta com profissional de saúde.

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Profissional de saúde que consulta com mais frequência		Frequência de consulta com um nutricionista ou dietista	
Enfermeiro	20 (2,4%)	Nunca consultei um nutricionista ou dietista	469 (57,3%)
Farmacêutico ou técnico de farmácia	198 (24,2%)	A minha última consulta foi há mais de 6 meses	250 (30,6%)
Médico	556 (68,0%)	A minha última consulta foi há menos de 6 meses	99 (12,1%)
Nutricionista ou dietista	26 (3,2%)	Número de consultas com um nutricionista ou dietista ¹	
Outros	18 (2,1%)	1 a 3	71 (71,7%)
Frequência de consulta com o profissional de saúde		4 a 6	17 (17,2%)
Menos de 1 vez por ano	77 (9,4%)	7 ou mais	11 (11,1%)
1 a 2 vezes por ano	325 (39,7%)	Adoção de um plano alimentar	
4 a 8 vezes por ano	310 (37,9%)	Não	603 (73,7%)
1 a 2 vezes por mês	80 (9,8%)	Sim	215 (26,3%)
Mais de 2 vezes por mês	26 (3,2%)	Motivo de adoção de um plano alimentar ²	
		Por aconselhamento de um profissional de saúde	40 (18,6%)
		Por decisão própria, por motivos de saúde	81 (37,7%)
		Por decisão própria, por motivos estéticos	84 (39,1%)
		Outros	10 (4,7%)

Legenda: ¹ Percentagens relativas aos indivíduos que referiram ter consultado um nutricionista ou dietista nos últimos 6 meses; ² Percentagens relativas aos indivíduos que referiram estar a adotar um plano alimentar.

4.1.1. Crenças de saúde

Os resultados relativos às crenças de saúde encontram-se na Tabela 10.

Em relação à questão “Em geral, diria que a sua saúde é”, 42,5% (n=348) dos indivíduos avaliaram a sua saúde como sendo “boa”.

Quanto à suscetibilidade percecionada, verificou-se que para todas as doenças a resposta mais frequente foi “pouco provável”. No entanto, no caso específico da obesidade, verificou-se uma maior frequência de respostas na categoria “nada provável” (n=262; 32,0%) e “extremamente provável” (n=23; 2,8%) comparativamente às restantes doenças.

Tabela 10 – Crenças de saúde.

		Fraca	Razoável	Boa	Muito boa	Ótima
Perceção do estado de saúde	Em geral diria que a sua saúde é	33 (4,0%)	220 (26,9%)	348 (42,5%)	173 (21,1%)	44 (5,4%)
Suscetibilidade percecionada		Nada provável	Pouco provável	Provável	Muito provável	Extremamente provável
	Cancro	90 (11,0%)	352 (43,0%)	332 (40,6%)	33 (4,0%)	11 (1,3%)
	Doenças cardíacas	112 (13,7%)	382 (46,7%)	272 (33,3%)	45 (5,5%)	7 (0,9%)
	Diabetes	150 (18,3%)	417 (51,0%)	201 (24,6%)	37 (4,5%)	13 (1,6%)
	Obesidade	262 (32,0%)	341 (41,7%)	148 (18,1%)	44 (5,4%)	23 (2,8%)

4.2. Identificar os determinantes dos conhecimentos nutricionais

Para identificar os determinantes dos conhecimentos nutricionais foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla com recurso ao método de *stepwise*.

Em relação às variáveis sociodemográficas foram incluídas no modelo as seguintes: sexo, idade, estado civil (solteiro, casado ou em união de facto, separado ou divorciado), número de filhos, número de filhos menores no agregado familiar, nível de escolaridade, situação profissional atual (estudante, empregado, reformado),

frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde e rendimento mensal líquido do agregado familiar ².

Relativamente às variáveis relacionadas com a pesquisa de informação foram incluídas no modelo as seguintes: frequência de pesquisa de informação, frequência de utilização de fontes de informação, importância dada ao facto da informação estar associada a um profissional de saúde, importância dada ao facto da informação estar associada a uma organização/instituição reconhecida.

Quanto às variáveis relacionadas com a consulta com um profissional de saúde foram incluídas no modelo as seguintes: frequência de consulta com o profissional de saúde, frequência de consulta com um nutricionista ou dietista e adoção de plano alimentar. O motivo pelo qual as restantes variáveis deste grupo não foram incluídas no modelo será explicado adiante.

No que concerne às crenças de saúde foram incluídas no modelo a percepção do estado de saúde e a suscetibilidade percebida a cada uma das doenças.

Na Tabela 11 encontram-se as variáveis identificadas como determinantes dos conhecimentos nutricionais, por ordem de importância. O modelo utilizado é significativo ($p=0,032$) e explica 22,8% da variação do nível de conhecimentos nutricionais. De acordo com este modelo as variáveis identificadas são as que mais predizem os conhecimentos nutricionais, pelo que se considera que as restantes não influenciam os conhecimentos nutricionais.

² As variáveis “área de residência” e “grupo profissional” não foram incluídas no modelo uma vez que tinham apenas como propósito caracterizar a amostra.

O estado civil “viúvo” e as situações profissionais “trabalhador estudante”, “doméstico” e “desempregado” não foram incluídas no modelo por corresponderem a uma baixa percentagem da amostra (2,4%; 4,8%; 1,2% e 6,0%, respetivamente).

A associação entre os conhecimentos nutricionais e a variável “profissão e/ou formação das pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde com as quais o inquirido se relaciona” foi estudada fora do modelo, tal como será explicado adiante.

Tabela 11 – Determinantes dos conhecimentos nutricionais.

Variável	β	Valor p	IC 95% para β	
Idade	0,182	<0,001	0,147	0,216
Sexo	-3,374	<0,001	-4,440	-2,308
Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	1,232	<0,001	0,785	1,678
Frequência de utilização de fontes de informação sobre alimentação ou nutrição – Internet	0,768	<0,001	0,362	1,173
Nível de escolaridade	1,435	<0,001	0,630	2,240
Percepção do estado de saúde	0,720	0,006	0,204	1,236
Frequência de utilização de fontes de informação sobre alimentação ou nutrição – Livros	0,607	0,014	0,123	1,091
Frequência de utilização de fontes de informação sobre alimentação ou nutrição – Programas de televisão	-0,562	0,032	-1,077	-0,047

R=0,486 $R^2=0,236$ **R^2 ajustado= 0,228 (22,8%) p=0,032**

Conforme se pode observar na Tabela 11, a variável que mais contribui para a variação do nível de conhecimentos nutricionais é a idade, sendo que cada ano a mais provoca uma variação em média, em sentido positivo, de 0,182 nos conhecimentos nutricionais, pelo que os indivíduos mais velhos apresentam mais conhecimentos.

Analisando os conhecimentos nutricionais por faixa etária (Tabela 12), verifica-se que no quartil mais elevado de conhecimentos nutricionais os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 27 anos estão em minoria (n=34; 15,3%), contrastando com os indivíduos com idade igual ou superior a 68 anos que se encontram em maioria (n=12; 50,0%). Por faixa etária observa-se que os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos apresentam maioritariamente um nível de conhecimentos nutricionais bom (30 a 44 pontos), sendo que a maior percentagem dos indivíduos com 58 ou mais anos apresenta um nível de conhecimentos nutricionais bom (30 a 44 pontos) e muito bom (45 a 59 pontos).

Tabela 12 – Conhecimentos nutricionais por faixa etária.

Quartis de pontuação dos conhecimentos nutricionais				
Faixa etária	[0;14]	[15;29]	[30;44]	[45;59]
[18;28[	4 (1,8%)	33 (14,9%)	151 (68,0%)	34 (15,3%)
[28;38[	1 (0,6%)	14 (8,5%)	107 (65,2%)	42 (25,6%)
[38;48[	0 (0,0%)	13 (7,9%)	106 (64,2%)	46 (27,9%)
[48;58[	0 (0,0%)	4 (2,7%)	82 (56,2%)	60 (41,1%)
[58;68[	1 (1,0%)	2 (2,1%)	47 (48,5%)	47 (48,5%)
≥ 68	0 (0,0%)	1 (4,2%)	11 (45,8%)	12 (50,0%)

Para além da idade, o sexo, a frequência de contacto com indivíduos com conhecimentos especializados na área da saúde e o nível de escolaridade foram outras das variáveis sociodemográficas identificadas como determinantes dos conhecimentos nutricionais.

Quanto ao sexo verificou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma redução, em média, de 3,374 do nível de conhecimentos nutricionais, concluindo-se que o sexo feminino apresenta mais conhecimentos.

A maior frequência de contacto com indivíduos com conhecimentos especializados na área da saúde aumenta em média 1,232 o nível de conhecimentos nutricionais. A variável “Profissão e/ou formação das pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde com as quais o inquirido se relaciona” não foi incluída no modelo de regressão linear múltipla por não ter sido respondida pela totalidade da amostra, uma vez que se tratava de uma questão na sequência de anteriores. Assim, para verificar se o tipo de profissão (nutricionista/dietista ou outra) influenciava o nível de conhecimentos nutricionais, procedeu-se ao teste do qui-quadrado por simulação de Monte Carlo, uma vez que os pressupostos para aplicação do teste do qui-quadrado não se verificaram. Observou-se que esta variável não se relaciona com os conhecimentos nutricionais ($p=0,200$).

Relativamente ao nível de escolaridade, por cada ciclo a mais verifica-se, em média, um aumento de 1,435 no nível de conhecimentos nutricionais.

No que respeita às variáveis relacionadas com a pesquisa de informação foram encontrados como determinantes dos conhecimentos nutricionais a frequência de utilização da Internet, livros e programas de televisão para obter informação sobre alimentação ou nutrição. Observa-se que uma maior frequência de utilização da Internet aumenta em média 0,768 o nível de conhecimentos nutricionais. O mesmo se verificou para a maior frequência de utilização de livros para obter informação, traduzindo-se num aumento de 0,607 dos conhecimentos nutricionais. Por outro lado, uma maior frequência de utilização de programas de televisão para obter informação sobre o tema reduz em média 0,562 o nível de conhecimentos nutricionais.

No que concerne às crenças de saúde, a percepção do estado de saúde foi identificada como preditor dos conhecimentos nutricionais. Uma percepção do estado de saúde mais positiva traduz-se num aumento de 0,720 do nível de conhecimentos nutricionais.

Relativamente às variáveis relacionadas com a consulta com um profissional de saúde, a variável “Profissional de saúde que consulta com mais frequência” não foi incluída no modelo de regressão linear múltipla uma vez que contemplava muitas hipóteses de resposta. No que respeita às variáveis “Número de consultas com um nutricionista ou dietista” e “Motivo de adoção de plano alimentar”, por não terem sido respondidas pela totalidade da amostra, uma vez que eram perguntas na sequência de anteriores, não foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla. Para estudar a associação de ambas as variáveis com os conhecimentos nutricionais recorreu-se ao teste do qui-quadrado por simulação de Monte Carlo, uma vez que os pressupostos de aplicação do teste do qui-quadrado não se verificaram. A Tabela 13 permite verificar que não foram encontradas associações entre as variáveis em questão e os conhecimentos nutricionais.

Tabela 13 – Conhecimentos nutricionais, profissionais de saúde e motivo de adoção de plano alimentar.

	Valor p	IC 95%	
Profissional de saúde que consulta com mais frequência	0,468	0,459	0,478
Número de consultas com um nutricionista ou dietista	0,370	0,361	0,379
Motivo de adoção do plano alimentar	0,084	0,078	0,089

A Figura 11 sintetiza a identificação dos determinantes dos conhecimentos nutricionais.

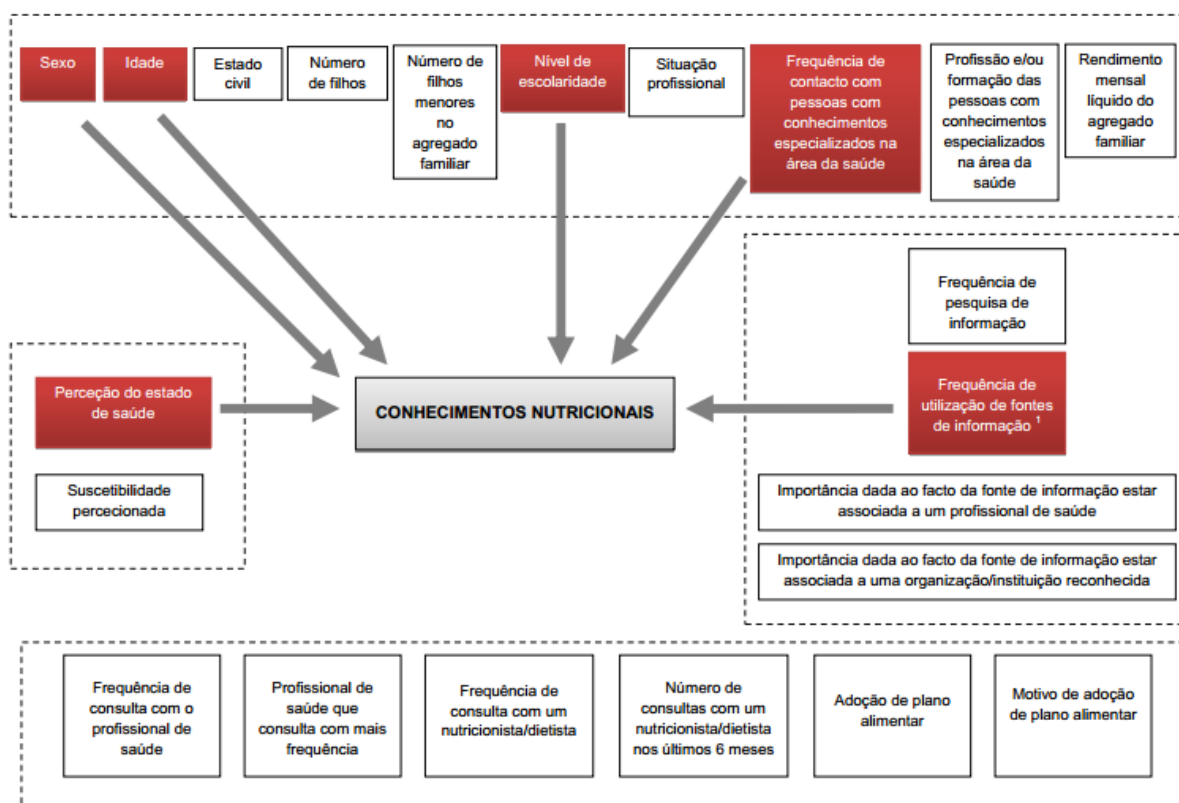


Figura 11 – Síntese da identificação dos determinantes dos conhecimentos nutricionais.

Legenda: ¹ Frequência de utilização de fontes de informação: Internet, Livros, Programas de televisão

4.3. Caracterizar a relação entre pesquisa de informação (frequência de pesquisa de informação, frequência de utilização de fontes de informação e importância dada ao facto da informação estar associada a um profissional de saúde e/ou a uma organização/instituição reconhecida) **e variáveis sociodemográficas** (sexo, idade, número de filhos e nível de escolaridade):

Frequência de pesquisa de informação e sexo. Foi detetada associação significativa entre a frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição e o sexo ($\chi^2_4=34,539$, $p<0,001$). A tendência verificada é a de que as mulheres tendem a procurar informação “menos de 1 vez por mês” ($n=234$; 28,6%) e “1 a 2 vezes por mês” ($n=128$; 15,6%) e os homens “menos de 1 vez por mês” ($n=150$; 18,3%). (Apêndice 7, Tabela 13).

Frequência de pesquisa de informação e idade. Não foi encontrada correlação entre as duas variáveis ($r_s=-0,039$, $p=0,271$).

Frequência de pesquisa de informação e número de filhos. Não foi detetada correlação entre as duas variáveis ($r_s=-0,020$, $p=0,562$), nem com o número de filhos menores no agregado familiar ($r_s=-0,031$, $p=0,372$).

Frequência de pesquisa de informação e nível de escolaridade. Não foi detetada correlação entre as duas variáveis ($r_s=-0,012$, $p=0,739$).

Frequência de utilização de fontes de informação e sexo. Verificou-se uma associação significativa entre o sexo e a frequência de utilização da Internet ($\chi^2_4=15,383$, $p=0,004$), jornais, revistas e/ou panfletos ($\chi^2_4=30,587$, $p<0,001$), livros ($\chi^2_4=55,794$, $p<0,001$) e consulta com o médico ($\chi^2_4=43,958$, $p<0,001$), sendo as mulheres as principais utilizadoras. (Apêndice 7, Tabela 14).

Observou-se igualmente uma associação significativa entre o sexo e a frequência de utilização de programas de televisão ($\chi^2_4=35,387$, $p<0,001$), publicações científicas ($\chi^2_4=18,872$, $p=0,001$), sites de organizações governamentais ($\chi^2_4=37,898$, $p<0,001$), sites de associações profissionais e sociedades científicas ($\chi^2_4=29,091$, $p<0,001$), consulta com o nutricionista ou dietista ($\chi^2_4=19,514$, $p=0,001$) e consulta com outro profissional de saúde ($\chi^2_4=28,401$, $p<0,001$). No entanto, aquando da análise do

cruzamento das variáveis, não se observaram tantas diferenças como nas fontes de informação mencionadas no parágrafo anterior, motivo pelo qual estas últimas associações não foram consideradas.

Frequência de utilização de fontes de informação e idade. O teste de correlação permitiu identificar que os indivíduos mais velhos utilizam menos a Internet para procurar informação sobre alimentação ou nutrição ($r_s = -0,212$, $p < 0,001$) e recorrem menos a familiares, colegas e/ou amigos para o mesmo fim ($r_s = -0,220$, $p < 0,001$). Por outro lado utilizam mais os livros ($r_s = 0,135$, $p < 0,001$), a consulta com o médico ($r_s = 0,198$, $p < 0,001$) e a consulta com outro profissional de saúde ($r_s = 0,118$, $p = 0,001$).

Frequência de utilização de fontes de informação e número de filhos. O teste de correlação permitiu identificar que os indivíduos com mais filhos utilizam menos a Internet para procurar informação sobre alimentação ou nutrição ($r_s = -0,144$, $p < 0,001$) e recorrem menos a familiares, colegas e/ou amigos para o mesmo fim ($r_s = -0,149$, $p < 0,001$). No entanto recorrem mais à consulta com o médico ($r_s = 0,132$, $p < 0,001$). Não foi encontrada correlação significativa entre a frequência de utilização de fontes de informação e o número de filhos menores no agregado familiar.

Frequência de utilização de fontes de informação e nível de escolaridade. Não foi encontrada correlação entre as variáveis. O valor da correlação entre a frequência da utilização da consulta com outro profissional de saúde e o nível de escolaridade é praticamente nulo ($r_s = -0,089$, $p = 0,011$). (Apêndice 7, Tabela 15).

Importância dada ao facto da fonte de informação estar associada a um profissional de saúde e/ou organização/instituição reconhecida e nível de escolaridade. Não se verificou correlação entre a importância dada ao facto da informação estar associada a um profissional de saúde e o nível de escolaridade ($r_s = 0,047$, $p = 0,176$). No entanto, verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de concordância dado ao facto da informação estar associada a uma organização/instituição reconhecida ($r_s = 0,164$, $p < 0,001$).

4.4. Caracterizar a relação entre a pesquisa de informação (frequência de pesquisa de informação e frequência de utilização de fontes de informação) **e crenças de saúde** (percepção do estado de saúde e suscetibilidade percebida):

Percepção do estado de saúde e frequência de pesquisa de informação. Não se verificou correlação significativa entre as variáveis ($r_s=0,028$, $p=0,422$).

Percepção do estado de saúde e frequência de utilização de fontes de informação. O teste de correlação permitiu identificar que os indivíduos que percebem o seu estado de saúde de forma mais negativa, utilizam com uma maior frequência a consulta com o médico para obter informação sobre alimentação ou nutrição ($r_s=-0,180$, $p<0,001$).

Suscetibilidade percebida e frequência de pesquisa de informação. Não se verificou correlação significativa entre a frequência de pesquisa de informação e a suscetibilidade percebida em relação ao cancro ($r_s=-0,014$, $p=0,680$), doenças cardíacas ($r_s=-0,039$, $p=0,265$) e diabetes ($r_s=-0,021$, $p=0,556$). O valor da correlação entre a frequência de pesquisa de informação e a suscetibilidade percebida em relação à obesidade é praticamente nulo ($r_s=0,072$, $p=0,039$).

Suscetibilidade percebida e frequência de utilização de fontes de informação. O teste de correlação permitiu identificar que os indivíduos que se sentem mais suscetíveis de vir a sofrer de obesidade nos próximos 10 anos utilizam com maior frequência a consulta com o nutricionista ou dietista ($r_s=0,172$, $p<0,001$) e a consulta com o médico ($r_s=0,156$, $p<0,001$) para obter informação sobre alimentação ou nutrição. Adicionalmente, os indivíduos que se sentem mais suscetíveis de vir a sofrer de doenças cardíacas utilizam com maior frequência a consulta com o médico para obter informação sobre alimentação ou nutrição ($r_s=0,145$, $p<0,001$).

A Figura 12 ilustra a síntese de resultados entre a pesquisa de informação e as restantes variáveis.

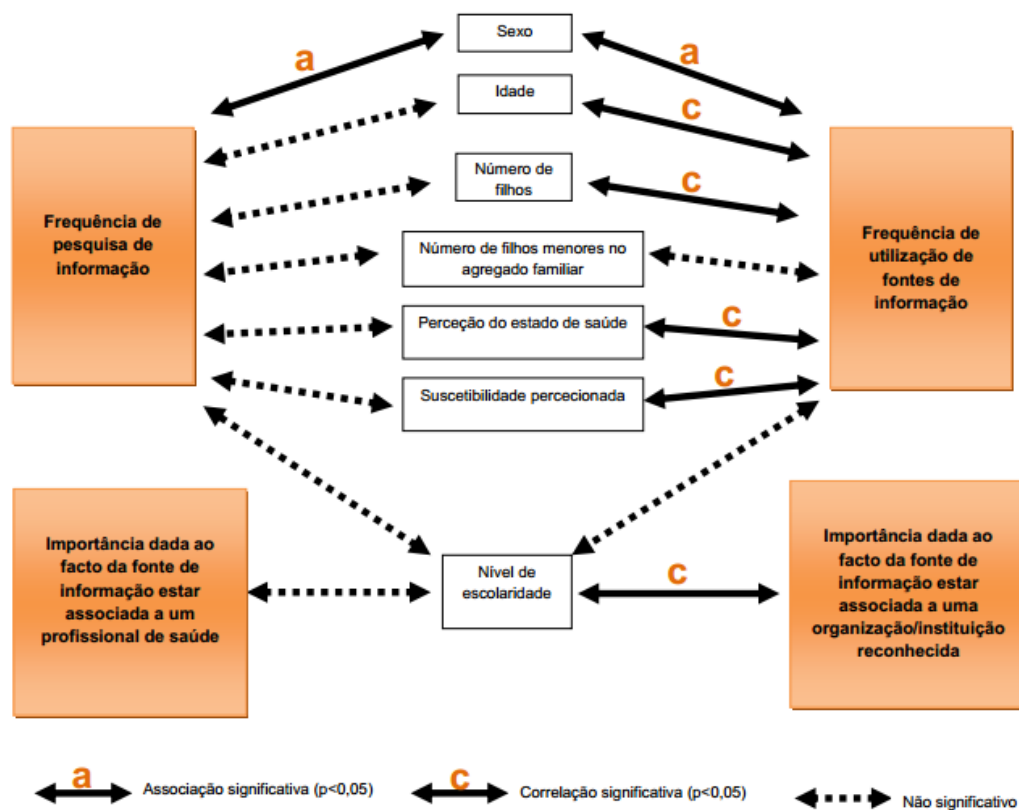


Figura 12 – Síntese de relações entre a pesquisa de informação, variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.

De acordo com a síntese de resultados apresentada na Figura 12 verificou-se que existem diferenças entre sexos quanto à frequência de pesquisa de informação e frequência de utilização de fontes de informação. No entanto, no que respeita à idade e número de filhos só foram encontradas diferenças para a frequência de utilização de fontes de informação. O número de filhos menores no agregado familiar não se correlacionou com nenhuma das variáveis.

Em relação ao nível de escolaridade, só se encontrou correlação com a importância dada ao facto da fonte de informação estar associada a uma organização/instituição reconhecida.

No que respeita às crenças de saúde, embora não se tenha verificado correlação entre a percepção do estado de saúde, suscetibilidade percecionada e frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição, existem diferenças quanto às fontes de informação utilizadas.

A Figura 13 ilustra as diferenças encontradas em relação à frequência de utilização das fontes de informação.

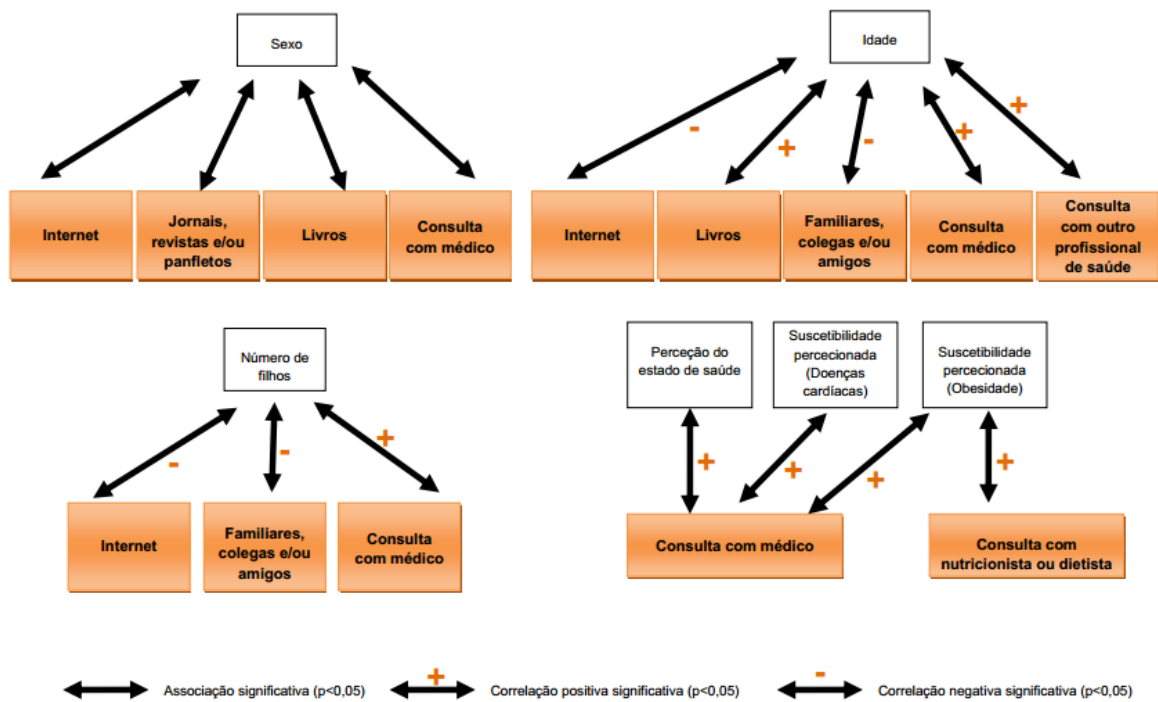


Figura 13 – Síntese de relações entre fontes de informação, variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.

Discussão

Em termos demográficos verificou-se uma maioria de indivíduos do sexo feminino, com nível de escolaridade superior e cuja frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde era, pelo menos, moderadamente frequente. Por conseguinte este enviesamento da amostra deve ser tido em conta aquando da análise dos resultados respeitantes ao nível de conhecimentos nutricionais.

Conhecimentos nutricionais e determinantes

Relativamente aos alimentos farináceos, o facto de apenas 1,7% (n=14) dos indivíduos ter conhecimento das suas recomendações nutricionais pode ser justificado pela enorme disparidade de abordagens no tratamento de doenças crónicas, nomeadamente no excesso de peso e obesidade, de onde se destacam as dietas com restrição de hidratos de carbono. A falta de informação relativa às recomendações nutricionais dos alimentos farináceos para a população em geral poderá conduzir a hábitos alimentares desequilibrados. A par disso é de salientar o facto de 17,1% (n=80) dos indivíduos que refere estar a seguir um plano alimentar nunca ter consultado um nutricionista ou dietista.

A secção “relação dieta-doença” foi onde se verificaram os resultados mais baixos, à semelhança do que se observou no estudo de tradução e adaptação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais (40). Ainda assim observou-se que os indivíduos têm conhecimento das doenças que se associam a hábitos alimentares inadequados. No que respeita às doenças associadas à baixa ingestão de frutas e legumes verificou-se que uma minoria dos indivíduos identificou as doenças cardíacas e o cancro. No entanto quando a pergunta é formulada de outra forma, a maioria dos indivíduos reconhece que comer mais frutas e legumes reduz a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro e doenças cardíacas. Por conseguinte é provável que neste caso o tipo de pergunta (pergunta de resposta aberta e pergunta de escolha múltipla, respetivamente) seja o motivo pelo qual se verificam diferenças e não a falta de conhecimento em relação ao tema.

Quanto às doenças associadas à baixa ingestão de fibra e à ingestão de sal, a maioria dos indivíduos identifica as doenças intestinais e a hipertensão arterial, respetivamente, o que evidencia bons conhecimentos.

Em relação às doenças associadas à ingestão de gordura verificou-se que 44% dos indivíduos identificou o excesso de peso ou obesidade, logo seguido das doenças cardíacas e dislipidemia, o que revela bons conhecimentos sobre o tema. No caso particular da gordura saturada, é de notar que apesar de se ter verificado que a maioria dos indivíduos reconhece a importância de limitar o seu consumo para prevenir doenças cardíacas, só uma minoria conhece as fontes alimentares destas gorduras. Assim, embora reconheçam a necessidade de limitar a ingestão de gordura saturada, é possível que tenham dificuldade em aplicar esse conhecimento.

Por último, a baixa percentagem de indivíduos que respondeu acertadamente à totalidade das questões sobre vitaminas antioxidantes pode ser justificada por se tratar de um tema menos divulgado quando comparado com outros da mesma secção (relação dieta-doença).

Tal como referido na metodologia, atendendo à extensão do Questionário de Conhecimentos Nutricionais, que poderia condicionar a adesão ao estudo, optou-se por utilizar uma versão reduzida do mesmo, a qual apresenta uma boa consistência interna (40). No entanto, por não ter sido utilizado o questionário completo, não foi possível avaliar algumas secções do conhecimento nutricional, das quais se destacam a secção “escolhas alimentares”, bem como as doenças associadas ao consumo de açúcar na secção “relação dieta-doença”.

Importa referir ainda que, apesar de ter sido apelada para a sinceridade das respostas, não pode ser negada a possibilidade de alguns participantes terem recorrido a ajudas para responder às questões relativas aos conhecimentos nutricionais, podendo não refletir os conhecimentos reais dos indivíduos. Para que esta limitação fosse superada seria importante ir ao encontro de potenciais participantes, garantindo não só a inclusão de uma amostra mais heterogénea, como também um maior controlo quanto à forma de resposta ao questionário.

No que respeita à relação entre os conhecimentos nutricionais e as variáveis sociodemográficas, à semelhança do que foi observado noutros estudos, os indivíduos do sexo feminino apresentaram melhores conhecimentos (36,37).

Relativamente à idade, os resultados foram concordantes com estudos onde se verificaram conhecimentos nutricionais baixos em indivíduos mais novos (36,37), mas contrastam com os resultados obtidos no estudo de Parmenter *et al* (36) onde se verificou que, comparativamente com as restantes faixas etárias, os indivíduos com mais de 65 anos obtiveram as pontuações mais baixas. O facto de no presente estudo se ter verificado que os indivíduos mais velhos apresentavam melhores

conhecimentos nutricionais pode ser justificado pela maior frequência de utilização de livros para obter informação sobre alimentação ou nutrição, a qual se correlacionou positivamente com os conhecimentos nutricionais. Ainda assim, a frequência de utilização da Internet para o mesmo fim, também correlacionada positivamente com os conhecimentos nutricionais, era menor nestes indivíduos. Por outro lado é possível que a maior preocupação com doenças possa justificar mais interesse por questões relacionadas com alimentação, ainda que a frequência de pesquisa de informação não tenha tido correlação com a percepção do estado de saúde nem com a suscetibilidade percebida. Por conseguinte a explicação para estes resultados poderá ser justificada por outras variáveis fora do âmbito da investigação.

Em relação ao estado civil e situação profissional não foi encontrada relação com os conhecimentos nutricionais, contrariamente ao observado noutros estudos (36,37).

Uma vez que se observou, em estudos anteriores (36,37) uma relação entre níveis socioeconómicos mais elevados e mais conhecimentos nutricionais, seria expectável que quanto maior o rendimento mensal líquido do agregado familiar, maiores os conhecimentos. No entanto não se verificou relação entre as variáveis. Por outro lado, à semelhança de que foi encontrado noutros estudos (36–38), observou-se que os indivíduos com maior nível de escolaridade apresentavam melhores conhecimentos nutricionais.

No que concerne ao número de filhos não foi encontrada relação com os conhecimentos nutricionais. A comparação deste resultado com outros estudos torna-se difícil, não só pelo facto de na presente investigação não se ter feito referência a crianças, mas também pelo facto dos resultados de estudos anteriores serem contraditórios (37–39). Em relação ao número de filhos menores no agregado familiar, também não foi encontrada relação com os conhecimentos nutricionais, contrariamente a outro estudo (36).

Apesar da maior frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde ter sido identificada como preditor de melhores conhecimentos nutricionais, o tipo de profissão (nutricionista/dietista ou outra) não foi diferenciador.

Relativamente à associação com a pesquisa de informação, ainda que fosse expectável encontrar uma associação entre a maior frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição e o nível de conhecimentos nutricionais, tal não se verificou. Porém o tipo de fonte de informação utilizada tem influência, uma vez

que os indivíduos que mais frequentemente utilizam a Internet e os livros para obter informação sobre o tema apresentam mais conhecimentos nutricionais. Por outro lado, os indivíduos que mais frequentemente recorrem a programas de televisão apresentam menos conhecimentos nutricionais. Tratando-se de veículos de informação bastante diferentes, ter acesso ao tipo de informação contida em cada uma das fontes seria importante para poder tirar mais conclusões.

Quanto à associação com as crenças de saúde verificou-se que os indivíduos que percebem o seu estado de saúde de forma mais positiva apresentam mais conhecimentos nutricionais. Tal como referido na introdução da investigação, comportamentos que visem a saúde, como a prática de uma alimentação equilibrada, são tomados em consideração quando os indivíduos avaliam o seu estado de saúde (11). Assim pode-se supor que prática de escolhas alimentares saudáveis, as quais poderão ser reflexo de melhores conhecimentos nutricionais, possa estar relacionada com percepção de estado de saúde mais positiva. No entanto esta suposição carece da inclusão de mais variáveis no estudo, como a avaliação dos hábitos alimentares e consequente associação com os conhecimentos nutricionais.

Verificou-se que tipo de profissional de saúde que os indivíduos consultam, a par da frequência com que o consultam, não se revelou diferenciador no nível de conhecimentos nutricionais. No caso específico do nutricionista ou dietista, ainda que fosse expectável verificar uma associação entre a maior frequência de consulta com este profissional de saúde e o nível de conhecimentos nutricionais, também não se verificou relação entre as variáveis. Uma maior heterogeneidade quanto à frequência de consulta com este profissional de saúde teria sido importante aquando da associação entre esta variável e os conhecimentos nutricionais. Por último a adoção de um plano alimentar, bem como o motivo de adoção do mesmo não se relacionaram com o nível de conhecimentos nutricionais.

Pesquisa de informação, relação com variáveis sociodemográficas e crenças de saúde

Observou-se que a frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição é inferior a uma vez por mês, provavelmente pelo facto de a amostra excluir profissionais de saúde. Uma maior heterogeneidade quanto a esta questão teria sido importante aquando da associação com os conhecimentos nutricionais.

Quanto às fontes de informação utilizadas verificou-se uma preferência pela utilização da Internet. Esta observação vai ao encontro de estudos anteriores onde se constata que a Internet é uma fonte de informação largamente utilizada em pesquisas de saúde (73,75–80,82). No presente estudo, a maior utilização da Internet em detrimento de consultas com profissionais de saúde pode ser justificada pela maior acessibilidade.

O facto de uma elevada percentagem de indivíduos na amostra em estudo concordar que a fonte de informação deva estar associada a um profissional de saúde e/ou a uma organização ou instituição reconhecida, aumenta a probabilidade de um maior cuidado na avaliação das fontes de informação encontradas. Por conseguinte essa poderá ser a justificação, pelo menos em parte, da associação entre a maior frequência de utilização da Internet e melhores conhecimentos nutricionais. Para além disso, por ser um veículo de partilha de informação acessível e de baixo custo, a Internet também é bastante utilizada por profissionais de saúde.

Dado que o número de indivíduos que concorda que a fonte de informação sobre alimentação ou nutrição deva estar associada a um profissional de saúde é superior aos que concordam que deva estar associada a uma organização/instituição reconhecida, poderá traduzir um maior reconhecimento do profissional de saúde no que respeita à partilha de informação.

É de notar, no entanto, que cerca de 12,9% e 25,5% dos indivíduos não consideram importante que a fonte de informação se associe a profissionais de saúde e organizações ou instituições reconhecidas, respetivamente.

No que concerne à relação com as variáveis sociodemográficas, observou-se que as mulheres procuram informação com maior frequência, ainda que baixa, e que utilizam mais a Internet, jornais, revistas e/ou panfletos, livros e a consulta com o médico comparativamente com os homens.

Apesar de existirem estudos que verificam um aumento de interesse por questões relacionadas com a alimentação em indivíduos com filhos (83–85), não foi encontrada associação entre o número de filhos, o número de filhos menores no agregado familiar e a frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição. Porém o tipo de fonte de informação utilizada está relacionado com o número de filhos. Apesar da Internet e dos familiares, colegas e/ou amigos serem aparentemente as fontes de informação mais acessíveis, são tanto menos utilizadas quanto maior o número de filhos. Por outro lado a consulta com o médico é a fonte de informação mais utilizada nestes indivíduos.

Embora não se tenha encontrado relação entre a idade e a frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição, mais uma vez existem diferenças quanto ao tipo de fonte de informação utilizada. Verifica-se que os indivíduos mais velhos procuram mais informação em livros e recorrem mais à consulta com o médico e outro profissional de saúde. Por outro lado utilizam menos a Internet e recorrem menos a familiares, colegas e/ou amigos.

O estudo da relação entre o nível de escolaridade e a frequência de pesquisa de informação é extremamente importante uma vez que, consoante o nível de escolaridade, a compreensão da informação pode ser limitada. Apesar de não ter sido encontrada correlação com a frequência de pesquisa de informação, nem com as fontes de informação utilizadas, verificou-se que os indivíduos com maior nível de escolaridade apresentavam um maior nível de concordância quanto ao facto da informação sobre alimentação ou nutrição dever estar associada a uma organização ou instituição reconhecida. Tal facto pode ser extremamente útil no momento de seleção de informação. De facto, embora a importância dada ao facto da fonte de informação estar associada a uma organização ou instituição reconhecida não ter sido identificada como preditor dos conhecimentos nutricionais, o nível de escolaridade correlacionou-se positivamente com os conhecimentos nutricionais.

Sendo a procura de informação um comportamento de saúde seria expectável que se observasse uma relação entre a frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição e percepção do estado de saúde e/ou a suscetibilidade percecionada. Porém tal não foi verificado. Apesar disso verificaram-se diferenças quanto ao tipo de fonte de informação utilizada. Assim, observou-se que os indivíduos que percecionam o seu estado de saúde de forma mais negativa e que apresentam uma maior suscetibilidade percecionada em relação às doenças cardíacas e à obesidade recorrem mais à consulta com o médico para obter informação sobre alimentação ou nutrição, o que pode sugerir uma necessidade de percepção de controlo. Adicionalmente, verificou-se que os indivíduos que mais se sentem suscetíveis de vir a desenvolver obesidade nos próximos dez anos recorrem mais à consulta com o nutricionista ou dietista, em detrimento de outras fontes de informação.

De acordo com um estudo feito em Portugal (82) verificou-se que os indivíduos que percecionam o seu estado de saúde como bom ou muito bom são os que mais acedem à Internet para procurar informação sobre saúde ou doença. Porém, apesar da nutrição ser um tema no âmbito da saúde, não foi verificada associação entre a percepção do estado de saúde e a utilização da Internet.

Conclusão

Após a análise dos resultados conclui-se que a maioria dos indivíduos apresenta bons conhecimentos nutricionais. Ainda assim observaram-se lacunas no que respeita às recomendações nutricionais dos alimentos farináceos, das fontes alimentares de gordura saturada e da relação entre a baixa ingestão de frutas e legumes e o aumento de risco de doenças cardíacas e cancro. Por conseguinte sugere-se que estes temas sejam considerados em sessões de educação alimentar futuras.

Como determinantes de um nível conhecimentos nutricionais superior foram identificados, por ordem de importância: maior idade, sexo feminino, maior frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde, maior frequência de utilização da Internet para procurar informação sobre alimentação ou nutrição, maior nível de escolaridade, percepção do estado de saúde mais positiva, maior frequência de utilização de livros e a menor frequência de utilização de programas de televisão para procurar informação sobre alimentação ou nutrição. Conclui-se que embora os dois principais determinantes não sejam modificáveis (como é o caso da idade e sexo), o facto de outras variáveis poderem ser alteradas, como é o caso das fontes de informação utilizadas, constitui um dado importante na melhoria dos conhecimentos nutricionais.

Relativamente às crenças de saúde verificou-se que os indivíduos avaliam o seu estado de saúde de forma positiva e se sentem pouco suscetíveis de vir a desenvolver cancro, doenças cardíacas, diabetes e obesidade nos próximos dez anos.

De forma global observou-se que a pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição é inferior a uma vez por mês e que as mulheres tendem a procurar mais do que os homens.

Relativamente às fontes de informação utilizadas para pesquisar informação sobre o tema, verificou-se uma maior tendência para a utilização da Internet em comparação com outras fontes de informação. A sua utilização proeminente, aliada à associação com melhores conhecimentos nutricionais, torna-a um importante meio de comunicação.

Em relação aos livros, embora sejam pouco utilizados pela amostra em estudo, verificou-se que a sua maior utilização se associava a melhores conhecimentos nutricionais, pelo que se assume que possam ser veículos de comunicação promissores.

A associação entre a maior utilização de programas de televisão e piores conhecimentos nutricionais poderá constituir um ponto de partida para estudos posteriores.

É de salientar ainda que a baixa utilização da consulta com profissionais de saúde para obter informação é preocupante quando se observa que existem indivíduos que referem estar a seguir um plano alimentar sem nunca ter consultado um nutricionista ou dietista.

Verificou-se igualmente que o tipo de fontes de informação utilizadas se relacionada com variáveis sociodemográficas e crenças de saúde.

Os resultados do presente estudo permitiram verificar que a partilha de informação em jornais, revistas e/ou panfletos é mais indicada quando o público-alvo é constituído por mulheres. Adicionalmente, os livros revelaram-se uma fonte de informação importante quando se pretende ir ao encontro de indivíduos do sexo feminino e com maior idade. No que respeita à Internet, apesar de utilizada com maior frequência para obter informação, não parece ser a melhor forma de partilhá-la quando o público-alvo é composto por indivíduos mais velhos ou pais com mais filhos. No entanto, será uma forma mais apelativa quando se pretende divulgar informação a mulheres comparativamente com os homens. Estes dados poderão ser úteis na melhoria da partilha de informação pelos profissionais de saúde, uma vez que poderão ser vistos como meios de comunicação mais acessíveis em comparação com a consulta presencial.

Relativamente à associação com as crenças de saúde, observou-se que uma perceção do estado de saúde mais negativa e uma maior suscetibilidade percecionada em relação às doenças cardíacas e obesidade influencia o tipo de fontes de informação utilizadas para pesquisar informação sobre alimentação ou nutrição, com preferência pela consulta com profissionais de saúde em detrimento das outras fontes de informação.

Pelo que foi exposto conclui-se que a presente investigação permitiu identificar relações importantes entre as variáveis, constituindo um ponto de partida para explorar a relação entre conhecimentos nutricionais, fontes de informação e crenças de saúde.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Vol. 916, WHO Technical Report Series. 2003.
2. Lucan SC, Barg FK, Karasz A, Palmer CS, Long JA. Concepts of healthy diet among urban, low-income, African Americans. *J Community Health*. 2012;37(4):754–62.
3. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does Literacy Mediate the Relationship Between Education and Health Outcomes? A Study of a Low-Income Population with Diabetes. *Public Health Rep*. 2006;121(3):245–54.
4. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *Am J Health Behav*. 2008;32(3):227–42.
5. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;124 Suppl:S265–74.
6. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313–24.
7. Lanigan JD. The substance and sources of young children's healthy eating and physical activity knowledge: Implications for obesity prevention efforts. *Child Care Heal Dev*. 2011;37(3):368–76.
8. Sales R, Almeida PP. Avaliação de fontes de informação na internet: avaliando o site do NUPILL/UFSC. *Rev Digital Biblioteconomia e Ciência da Informação*. 2007;4(2):67–87.
9. Inge S, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br J Nutr*. 2014;111:1713–26.
10. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behaviour and Health Education: theory, research and practice*. 4th ed. United States of America: Jossey-Bass; 2008. p. 45–62.
11. Tolliver R. Factors associated with self-reported health status among Colorado adults. *Color Dep Public Heal Environ - Heal Watch*. 2007;62:1–6.
12. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. 2002;4:611–24.
13. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. 2013
14. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. 2016
15. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2013. 2015.
16. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
17. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens*. 2014;32(6):1211–21.
18. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children. 2012.
19. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Alimentação na prevenção das Doenças Cardiovasculares. [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/alimentacao-na-prevencao-das-doencas-cardiovasculares-2/>

20. World Health Organization. Cancer. [cited 2016 Apr 24]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
21. Direção-Geral da Saúde. Doenças Oncológicas em Números - 2015. 2016.
22. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2012.
23. National Cancer Institute. Cancer Prevention Overview—Patient Version. [cited 2016 Apr 24]. Available from: http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/patient-prevention-overview-pdq#section/_199
24. World Health Organization. European Code Against Cancer. [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pt/>
25. World Cancer Research Fund International, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC; 2007.
26. Liga Portuguesa Contra o Cancro. Factores de Risco. [cited 2016 Apr 24]. Available from: <https://www.ligacontracancro.pt/factores-de-risco/>
27. Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. 2015.
28. World Health Organization. Diabetes. [cited 2016 Apr 24]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
29. World Health Organization. Obesity and overweight. [cited 2016 Apr 24]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
30. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde - 2014. 2014
31. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.
32. Justo C. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):117–8.
33. Direção-Geral da Saúde. Portugal - Alimentação Saudável em Números 2015. 2016.
34. Axelson ML, Brinberg D. The measurement and conceptualization of nutrition knowledge. *J Nutr Educ*. 1992;24(5):239–46.
35. Wansink B, Westgren RE, Cheney MM. Hierarchy of nutritional knowledge that relates to the consumption of a functional food. *Nutrition*. 2005
36. Parmenter K, Waller J, Wardle J. Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health Educ Res*. 2000;15(2):163–74.
37. Hendrie GA, Coveney J, Cox D. Exploring nutrition knowledge and the demographic variation in knowledge levels in an Australian community sample. *Public Health Nutr*. 2008;11(12):1365–71.
38. De Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behaviour. *Appetite*. 2009;52(3):788–92.
39. Boulanger PM, Pérez-Escamilla R, Himmelgreen D, Segura-Millán S, Haldeman L. Determinants of Nutrition Knowledge among Low-Income, Latino Caretakers in Hartford, Conn. *J Am Diet Assoc*. 2002;102(7):978–81.
40. Almeida-de-Souza J. Conhecimentos nutricionais: Reprodução e Validação do Questionário. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2009.
41. Andrade MG. Determinantes sociais e psicológicos do comportamento alimentar

- infantil. Universidade de Lisboa; 2014.
42. Barbosa LB, Vasconcelos SML, Correia LO dos S, Ferreira RC. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(2):449–62.
 43. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*. 2000;34(3):269–75.
 44. 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.
 45. Pais-Ribeiro JL. O importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF 36. Fundação Merck Sherp & Dohme; 2005.
 46. Rohleder P. *Critical Issues in Clinical & Health Psychology*. London: Sage Publications; 2012.
 47. Couto AJ. *O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde*. Referência. 1998
 48. Jackson JL, Tierney K, Daniels CJ, Vannatta K. Disease knowledge, perceived risk, and health behavior engagement among adolescents and adults with congenital heart disease. *Heart Lung*. 2015;44(1):39–44.
 49. Wadolowska L, Danowska-Oziewicz M, Stewart-Knox B, de Almeida MDV. Differences between older and younger Poles in functional food consumption, awareness of metabolic syndrome risk and perceived barriers to health improvement. *Food Policy*. 2009;34:311–8.
 50. Kreuter MW, Strecher VJ. Changing inaccurate perceptions of health risk: results from a randomized trial. *Health Psychol*. 1995;14(1):56–63.
 51. DeJoy DM. The optimism bias and traffic accident risk perception. *Accid Anal Prev*. 1989;21(4):333–40.
 52. Kulik JA, Mahler HI. Health status, perceptions of risk and prevention interest for health and nonhealth problems. *Health Psychol*. 1987;6(1):15–27.
 53. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *J Res Med Sci*. 2009;14(1):1–6.
 54. Farrimond H, Saukko PM, Qureshi N, Evans PH. Making sense of being at “high risk” of coronary heart disease within primary prevention. *Psychol Health*. 2010;25(3):289–304.
 55. Smith-Dijulio K, Windsor C, Anderson D. The shaping of midlife women’s views of health and health behaviors. *Qual Health Res*. 2010;20(7):966–76.
 56. Chambers S, Lobb A, Butler LT, Traill WB. The influence of age and gender on food choice: a focus group exploration. *Int J Consum Stud*. 2008;32(4):356–65.
 57. Park D-Y. Utilizing the Health Belief Model to predicting female middle school students’ behavioral intention of weight reduction by weight status. *Nutr Res Pract*. 2011;5(4):337–48.
 58. Hanson JA, Benedict JA. Use of the Health Belief Model to examine older adults’ food-handling behaviors. *J Nutr Educ Behav*. 2002;34:S25–30.
 59. Dini Talatappeh H, Tavakoli H, Rahmati Najarkolaei F, Dabbagh Moghadam A, Khoshedel A. Knowledge, Beliefs and Behavior of Food Consumption among

- Students of Military University: The Application of Health Belief Model (HBM). *Iran J Mil Med*. 2012;14(3):192–9.
60. Abood DA, Black DR, Feral D. Nutrition Education Worksite Intervention for University Staff: Application of the Health Belief Model. *J Nutr Educ Behav*. 2003;35(5):260–7.
 61. Sharifirad G, Tol A, Mohebi S, Matlabi M, Shahnazi H, Shahsiah M. The effectiveness of nutrition education program based on health belief model compared with traditional training. *J Educ Health Promot*. 2013;2:15.
 62. O’Connell JK, Price JH, Roberts SM, Jurs SG, McKinley R. Utilizing the health belief model to predict dieting and exercising behavior of obese and nonobese adolescents. *Health Educ Q*. 1985;12(4):343–51.
 63. Vassallo M, Saba A, Arvola A, Dean M, Messina F, Winkelmann M, et al. Willingness to use functional breads. Applying the Health Belief Model across four European countries. *Appetite*. 2009;52(2):452–60.
 64. Lappalainen R, Saba A, Holm L, Mykkanen H, Gibney MJ, Moles A. Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *Eur J Clin Nutr*. 1997;51 Suppl 2:S36–40.
 65. Kearney JM, McElhone S. Perceived barriers in trying to eat healthier- results of a pan-EU consumer attitudinal survey. *Br J Nutr*. 1999;81:S133–7.
 66. de Almeida MDV, Pinhão S, Stewart-Knox B, Parr HJ, Gibney MJ. An overview of findings from a six-country European survey on consumer attitudes to the metabolic syndrome, genetics in nutrition, and potential agro-food technologies. *Br Nutr Found*. 2006;31:239–46.
 67. Lacruz MG, Lacruz AIG. Percepción de la salud según sexo y edad. *Rev Ciencias Soc Univ Costa Rica*. 2007;3:183–95.
 68. Seidl EMF, Zannon CML da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580–8.
 69. Silva JLL. O processo de saúde-doença e a sua importância para a promoção da saúde. *Inf em promoção da saúde*. 2006;2(1):3–5.
 70. Vintém JM. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;26(2):5–16.
 71. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Multidiscip Gerontol*. 2003;13(5):340–2.
 72. Scliar M. História do conceito de saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):29–41.
 73. Fox S. Health Information Online - Eight in ten internet users have looked for health information online, with increased interest in diet, fitness, drugs, health insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals. *Pew Internet and American Life Project*. 2005.
 74. Fallows D. How women and men use the Internet. *Pew Internet Am Life Project*. 2005.
 75. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, et al. European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007;7(1):53.
 76. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA*. 2003;289(18):2400–6.

77. Kaicker J, Debono VB, Dang W, Buckley N, Thabane L. Assessment of the quality and variability of health information on chronic pain websites using the DISCERN instrument. *BMC Med*. 2010 8(1):1–8.
78. Smith AT, Kelly-Weeder S, Engel J, McGowan KA, Anderson B, Wolfe BE. Quality of eating disorders websites: what adolescents and their families need to know. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011;21(1):33–7.
79. Guardiola-Wanden-Berghe R, Gil-Pérez JD, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. *Health Info Libr J*. 2011;28(4):294–301.
80. Santana S. Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007. *Acta Med Port*. 2009;22:5–14.
81. Schneider F, van Osch L, de Vries H. Identifying factors for optimal development of health-related websites: a delphi study among experts and potential future users. *J Med Internet Res*. 2012;14(1):18.
82. Santana S, Sousa Pereira A. Da utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal - Possíveis repercussões na relação médico-doente? *Acta Med Port*. 2007;20:47–57.
83. Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. *Soc Sci Med*. 1999;49:1085–100.
84. Underwood S, Pridham K, Brown L, Clark T, Frazier W, Limbo R, et al. Infant feeding practices of low-income African American women in a central city community. *J Community Health Nurs*. 1997;14:189–205.
85. Zehle K, Wen LM, Orr N, Rissel C. “It’s not an issue at the moment”: a qualitative study of mothers about childhood obesity. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007;32:36–41.
86. Williams M V, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*. 1995;274(21):1677–82.
87. Henwood F, Wyatt S, Hart A, Smith J. “Ignorance is bliss sometimes”: constraints on the emergence of the “informed patient” in the changing landscapes of health information. *Sociol Health Illn*. 2003;25(6):589–607.
88. Pandolfini C, Impicciatore P, Bonati M. Parents on the web: risks for quality management of cough in children. *Pediatrics*. 2000;105(1):e1.
89. Calabretta N. Consumer-driven, patient-centered health care in the age of electronic information. *J Med Libr Assoc*. 2002;90(1):32–7.
90. Fernandes A, Menezes J, Sá S, Vidal V, Silva V, Ferro-Lebres V. Recomendações dietéticas na diabetes: rigor da informação e qualidade dos sites portugueses. *Revista Egíptia de Ciências*. 2014;141:128–44.
91. Tangri V, Chande N. Quality of Internet-based information on gastrointestinal diseases. *Can J Gastroenterol*. 2011;25(2):93–6.
92. Post RE, Mainous AG. The accuracy of nutrition information on the Internet for type 2 diabetes. *Arch Intern Med*. 2010;170(16):1504–6.
93. Silva EV, Castro LC., Cymrot R. Tratamento farmacológico da obesidade em páginas da Internet brasileira: análise dos critérios técnicos de qualidade. *Rev Ciências Farm Básica Apl*. 2008;29(2):159–65.
94. Fox S. Online Health Search 2006 - Most internet users start at a search engine

- when looking for health information online. Very few check the source and date of the information they find. Pew Internet and American Life Project. 2006.
95. Lee JL, DeCamp M, Dredze M, Chisolm MS, Berger ZD. What are health-related users tweeting? A qualitative content analysis of health-related users and their messages on twitter. *J Med Internet Res*. 2014 Jan 15;16(10):e237.
 96. Bisogni CA, Jastran M, Seligson M, Thompson A. How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. *J Nutr Educ Behav*. 2012;44(4):282–301.
 97. O'Key V, Hugh-Jones S. I don't need anybody to tell me what I should be doing'. A discursive analysis of maternal accounts of (mis)trust of healthy eating information. *Appetite*. 2010;54(3):524–32.
 98. Crossley ML. "Would you consider yourself a healthy person?": using focus groups to explore health as a moral phenomenon. *J Health Psychol*. 2003;8(5):501–14.
 99. Gough B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: a qualitative analysis. *Soc Sci Med*. 2006;62(2):387–95.
 100. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010. 2011.
 101. Fortin M, Côte J, Filion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta; 2009.
 102. Malhotra N. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.
 103. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6ª Ed. São Paulo: Atlas; 2005.
 104. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2005.
 105. Ghiglione R, Matalon B. O Inquérito - Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora; 2001.
 106. Dalkey N, Helmer O. An Experimental Application of the DELPHI Method to the Use of Experts. Vol. 9, *Management Science*. 1963. p. 458–67.
 107. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technol Forecast Soc Change*. 2006;73(5):467–82.
 108. Geist MR. Using the Delphi method to engage stakeholders: A comparison of two studies. *Eval Program Plann*. 2010;33(2):147–54.
 109. Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technol Forecast Soc Change*. 2011;78(9):1695–704.
 110. Reynolds N, Diamantopoulos A, Schlegelmilch B. Pretesting in questionnaire design: a review of the literature and suggestions for further research. In: Bulmer M, editor. *Questionnaires*. London: Sage Publications; 2004. p. 203–16.
 111. Almeida-de-Souza J, Veiga-Branco A. General and obesity nutritional knowledge in health and non-health higher students. *Obes Rev*. 2010;11(Suppl1):366.
 112. Parmenter K, Wardle J. Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. *Eur J Clin Nutr*. 1999;53(4):298–308.
 113. Alves L, Jardim M, Pedrosa SF, Mendes SS, Nogueira T, Almeida-de-Souza J, et al. Conhecimento nutricional em profissionais de saúde. *Revista APNEP*. 2013;80.

114. Castro R, Ferro-Lebres V, Gonçalves E. Conhecimentos nutricionais de educadores de infância e auxiliares de acção educativa. *Revista SPCNA*. 2013;7.
115. Castro R, Ferro-Lebres V, Gonçalves E. Estado nutricional de crianças em idade pré-escolar e os conhecimentos nutricionais dos encarregados de educação. *Revista SPCNA*. 2013;6.
116. Parmenter K, Wardle J. Evaluation and Design of Nutrition Knowledge Measures. Vol. 32, *Journal of Nutrition Education*. 2000. p. 269–77.
117. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Internet Científica - Fontes de informação em Ciências da Nutrição na WWW. 2009.
118. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473–83.
119. Ferreira P. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I: Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Med Port*. 2000;13(1-2):55–66.
120. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II: Testes de validação. *Acta Med Port*. 2000;13(3):119–27.
121. Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Díez Gañán LD, Banegas Banegas JR, Lafuente Urdinguio PL, Herruzo Cabrera RH. Consumption of alcoholic beverages and subjective health in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(9):648–52.
122. Gronbaek M, Mortensen EL, Mygind K, Andersen AT, Becker U, Gluud C, et al. Beer, wine, spirits and subjective health. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(11):721–4.
123. Mendes SP. Avaliação do estado subjectivo de saúde: utilização de questões singulares por diferentes modos de administração. Universidade do Porto; 2011.
124. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci*. 1984;6:73–85.
125. Ali NS. Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the health belief model. *Women Health*. 2002;35(1):83–96.
126. Roberto AJ, Zimmerman RS, Carlyle KE, Abner EL, Cupp PK, Hansen GL. The effects of a computer-based pregnancy, STD, and HIV prevention intervention: a nine-school trial. *Health Commun*. 2007;21(2):115–24.

Apêndices

Apêndice 1 – Variáveis do estudo

Tabela 1 – Variáveis do estudo: consulta com profissional de saúde, pesquisa de informação e conhecimentos nutricionais.

	Nome da variável	Natureza da variável
Secção Consulta com profissional de saúde	Profissional de saúde que consulta com mais frequência	Qualitativa nominal
	Frequência de consulta com o profissional de saúde	Qualitativa ordinal
	Frequência de consulta com um nutricionista ou dietista	Qualitativa nominal
	Número de consultas com um nutricionista ou dietista nos últimos 6 meses	Quantitativa ordinal
	Adoção de plano alimentar	Qualitativa nominal
	Motivo de adoção do plano alimentar	Qualitativa nominal
Secção Pesquisa de informação	Frequência de pesquisa de informação sobre nutrição ou alimentação	Qualitativa ordinal
	Frequência de utilização de fontes de informação sobre nutrição ou alimentação	Qualitativa ordinal
	Importância dada ao facto da fonte de informação sobre alimentação ou nutrição estar associada a um profissional de saúde	Qualitativa ordinal
	Importância dada ao facto da fonte de informação sobre alimentação ou nutrição estar associada a uma organização ou instituição reconhecida	Qualitativa ordinal
Secção Conhecimentos nutricionais	Conhecimentos nutricionais ¹	Quantitativa discreta

Legenda: ¹ A variável foi utilizada na sua forma numérica (quantitativa discreta) mas também sob a forma de quartis (qualitativa ordinal), dependendo do tipo de análise estatística realizada.

Tabela 2 – Variáveis do estudo: crenças de saúde e variáveis sociodemográficas.

		Nome da variável	Natureza da variável
Secção	Crenças de saúde	Percepção do estado de saúde	Qualitativa ordinal
		Suscetibilidade percecionada	Qualitativa ordinal
Secção	Variáveis sociodemográficas	Sexo	Qualitativa nominal
		Idade ¹	Quantitativa discreta
		Área de residência	Qualitativa nominal
		Estado civil	Qualitativa nominal
		Número de filhos ²	Quantitativa discreta
		Número de filhos menores no agregado familiar ²	Quantitativa discreta
		Nível de escolaridade	Qualitativa ordinal
		Situação profissional atual	Qualitativa nominal
		Grupo profissional	Qualitativa nominal
		Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	Qualitativa ordinal
		Profissão e/ou formação das pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde com as quais o inquirido se relaciona	Qualitativa nominal
		Rendimento mensal líquido do agregado familiar	Qualitativa ordinal

Legenda: ¹ A variável foi utilizada na sua forma numérica (quantitativa discreta) mas também sob a forma de faixa etária (qualitativa ordinal), dependendo do tipo de análise estatística realizada; ² As variáveis foram utilizadas na sua forma numérica (quantitativa discreta) mas também na forma dicotómica (qualitativa nominal), dependendo do tipo de análise estatística realizada.

Apêndice 2 – Questionário fase 1 (painel de especialistas)

Seção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
1	Frequência de procura de informação sobre alimentação ou nutrição	1. Selecione a frequência com que procura informação sobre nutrição ou alimentação	<ul style="list-style-type: none"> Nada frequente Pouco frequente Moderadamente frequente Muito frequente Extremamente frequente
	Frequência de utilização de fontes de informação sobre alimentação ou nutrição	2. Em que medida utiliza as seguintes fontes para procurar informação sobre nutrição ou alimentação (Responda a cada uma das opções) - Internet (redes sociais, blogues, imprensa online); - Televisão; - Rádio; - Jornais, revistas e/ou panfletos; - Livros; - Publicações científicas (revistas especializadas em saúde e/ou artigos científicos); - Cursos e palestras; - Sites de Organizações Governamentais (ex: Direção Geral de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge); - Sites de Associações Profissionais e Sociedades Científicas (Ex: Ordem dos Nutricionistas, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Pediatria); - Familiares, colegas e/ou amigos; - Consulta com o médico; - Consulta com o nutricionista ou dietista;	<ul style="list-style-type: none"> Não utilizo Utilizo pouco Utilizo moderadamente Utilizo muito Utilizo bastante
		2.1. Se há outra fonte de informação que utilize bastante, por favor especifique.	Resposta aberta
Importância dada à credibilidade da fonte de informação	3. Em que medida concorda com a seguinte afirmação "Para mim, é indispensável que a fonte de informação esteja associada a um profissional de saúde ou a uma organização/instituição reconhecida."	<ul style="list-style-type: none"> Discordo totalmente Discordo Indiferente Concordo Concordo totalmente 	

Seção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
2	Profissional de saúde que consulta com mais frequência	1. Qual o profissional de saúde que consulta com mais frequência?	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Médico Médico dentista Nutricionista ou dietista Outro (especificar)
	Frequência de consulta com o profissional de saúde	2. Com que frequência o consulta? (incluindo clínica geral, consultas de especialidade e urgências hospitalares)	<ul style="list-style-type: none"> Mais de 2 vezes por mês 1 a 2 vezes por mês 1 a 2 vezes por semestre 1 a 2 vezes por ano Menos de 1 vez por ano
	Frequência de consulta com um nutricionista ou dietista	3. Relativamente à frequência de consulta com um nutricionista ou dietista, selecione a opção com a qual mais se identifica.	<ul style="list-style-type: none"> Nunca tive uma consulta com um nutricionista ou dietista; A minha última consulta foi há mais de 6 meses; A minha última consulta foi há menos de 6 meses.
	Número de consultas com um nutricionista ou dietista	3.1.(se respondeu a última opção): Quantas consultas teve nos últimos 6 meses?	Resposta aberta
	Adoção de regime alimentar específico	4. Neste momento está a seguir algum regime alimentar específico?	<ul style="list-style-type: none"> Sim Não
	Motivo de adoção de regime alimentar específico	4.1.(se respondeu sim): Qual o principal motivo?	<ul style="list-style-type: none"> Por aconselhamento médico Por decisão própria, para melhorar a saúde; Por decisão própria, para melhorar a imagem; Outro (especificar)

Secção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
3	Conhecimentos nutricionais	Questionário de Conhecimentos Nutricionais (versão reduzida1)	-----
4	Perceção do estado de saúde	1. Em geral, diria que a sua saúde é: (Primeira questão do SF-36)	<ul style="list-style-type: none"> • Ótima • Muito boa • Boa • Razoável • Fraca
	Suscetibilidade percebida	2. Como classifica a probabilidade de vir a ter as seguintes doenças nos próximos 10 anos? (Escolha uma opção para cada doença) - Cancro; - Grupo de doenças do aparelho circulatório (ex: AVC, doença isquémica do coração, enfarte agudo do miocárdio); - Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Muito baixa • Baixa • Média • Elevada • Muito elevada
5	Sexo	1. Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino
	Idade	2. Idade	<ul style="list-style-type: none"> • 18-24 • 25-34 • 35-44 • 45-54 • 55-64 • 65 ou mais
	Área de residência	3. Área de residência	<ul style="list-style-type: none"> • Norte • Centro • Lisboa • Alentejo • Algarve • Região Autónoma dos Açores • Região Autónoma da Madeira
	Estado civil	4. Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Solteiro(a) • Casado(a) ou em união de facto • Separado(a) ou divorciado(a) ou viúvo(a)

Secção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
5	Número de filhos	5. Quantos filhos tem?	Resposta aberta
	Número de menores que fazem parte do agregado familiar	6. Quantos filhos com menos de 16 anos vivem consigo? (se não tiver filhos, coloque 0)	Resposta aberta
	Número de pessoas do agregado familiar	7. Por quantas pessoas é formado o seu agregado familiar? (pessoas que vivem atualmente consigo)	Resposta aberta
	Nível de escolaridade	8. Qual o seu nível de escolaridade?	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe ler e escrever sem possuir grau • 1º ciclo (1º ao 4º ano) • 2º e 3º ciclos (5º ao 9º ano) • Ensino secundário (10º ao 12º ano) • Ensino superior
		8.1.(se respondeu ensino superior): Especifique o curso	Resposta aberta
	Situação profissional	9. Qual a sua situação profissional atual?	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Empregado(a) • Doméstico(a) • Reformado(a) • Desempregado(a) • Outro (especificar)
	Profissão	10. Qual a sua profissão? (atual ou última que desempenhou). Nota: Se tem mais do que uma profissão, escreva aquela que lhe ocupa mais de 50% do tempo ou, caso ocupem o mesmo tempo, aquela que lhe proporciona/proporcionou maior rendimento.	Resposta aberta
	Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	11. Relaciona-se diariamente com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
	Profissões e/ou formações das pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	11.1. (se respondeu sim): Especifique as profissões e/ou formações dessas pessoas	Resposta aberta
	Rendimento mensal líquido do agregado familiar	12. Qual o rendimento salarial mensal líquido do seu agregado familiar?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 310€ • De 310€ a menos de 900€ • De 900€ a menos de 1200€ • De 1200€ a menos de 1800€ • De 1800€ a menos de 2500€ • De 2500€ a menos de 3000€ • 3000€ ou mais

Apêndice 3 – Painel de especialistas

Classifique cada parâmetro de 1 a 5, sendo 1=muito fraco e 5=muito bom.

1. Como avalia o questionário atendendo ao aspeto geral?

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	Bem estruturado, com design apelativo.
B	3	N.A.
C	5	O questionário é composto por questões pertinentes com espaço para respostas adequadas
D	4	N.A.
E	4	As questões do questionário (no formato online) que remetem para a opção de corresponder as linhas com as colunas, não são de leitura simples e imediata. Uma outra solução gráfica (talvez com uma tabela) seria mais vantajosa.
F	3	Espaçamento demasiados grandes entre alternativas de resposta Discrepância grande entre tamanho de letra das questões e das alternativas de resposta (muito pequenas, estas últimas)
G	4	Instrumento extenso. 25 seções assustam logo à partida.
	Média= 4,0	

2. Como avalia o questionário atendendo à clareza das instruções dadas para responder a cada questão (nos casos em que se aplique)?

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	N.A.
C	4	Na pergunta 4 a questão não está clara, porque crenças são perceções sem base científica, no entanto, o risco de perceção de vir a ter determinada doença, nomeadamente cancro diabetes existem estudos científicos que evidenciam essa relação. Na pergunta 1 " Em que medida utiliza a informação....." as opções de resposta não deveriam ser quantificadas por ex: 1x por dia.....
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	4	Questão – quantas consultas teve nos últimos 6 meses? – clarificar se se trata de qq consulta
G	4	Eventualmente destacar a "negrito" ou "sublinhado" instruções relevantes para a resposta. Ex. "Se não tiver filhos."
	Média= 4,3	

3. Como avalia o questionário atendendo à adequação das questões à amostra?

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	Alguns itens do grupo 3, conhecimentos nutricionais, poderão ter de ser reformulados, em termos de forma e de conteúdo. P.e., na frase "pensa que os especialistas consideram estes alimentos...?", alterar para "Na sua opinião, os especialistas consideram os seguintes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha?"
B	3	N.A.
C	5	Penso que as questões estão adequadas à amostra.
D	4	N.A.
E	4	As perguntas mais específicas sobre conhecimentos nutricionais comportam um nível de detalhe e de conhecimento que enfatiza bastante os critérios periciais. É certo que esta secção não está contemplada na apreciação solicitada, mas pareceu-me que as perguntas desta secção decorrem de uma perspectiva nutricional e não abrem espaço para captar os conhecimentos, perspectivas e entendimentos dos próprios sujeitos. O que sistematicamente se procede é à avaliação dos seus níveis de conhecimento. Mas já que se fala em crenças...
F	5	N.A.
G	4	N.A.
	Média= 4,1	

4. Como avalia o questionário atendendo à ordem pela qual as questões são apresentadas?

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	Questiono-me sobre a razão pela qual o grupo de questões relativas às características socio-demográficas surge no final (grupo 5).
B	5	N.A.
C	5	Na minha opinião a ordem pela qual as questões são apresentadas está adequada.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	N.A.
	Média= 4,7	

5. Como avalia cada uma das questões atendendo aos princípios da clareza, coerência, neutralidade e relevância para a investigação?

Secção 1 - Pergunta 1

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	1	Colocaria «Com que frequência procura informação sobre nutrição ou alimentação?». Nas hipóteses de resposta colocaria nada frequente, pouco frequente, frequente, muito frequente». Como está, verifica-se um desequilíbrio nas hipóteses de resposta (3 positivas e duas negativas), o que influencia as respostas.
C	5	N.A.
D	3	A semelhança da questão 3, eu considero que fica mais claro e fácil de responder quando as opções de respostas são uma ação: "nunca procuro", "procuro com pouca frequência"...
E	4	Na última categoria de resposta, ficaria melhor, por uma questão linguística, substituir o "extremamente frequente" por, por exemplo, "permanente". Perde-se a homogeneidade do frequente, mas fica mais correcto em termos de português
F	5	N.A.
G	4	Sugiro alterar a questão colocando "alimentação e nutrição" em vez de "nutrição e alimentação". Escala de resposta com número ímpar de opções, a evidência mostra existir tendência para a seleção da opção intermédia. Eventualmente equacionar a possibilidade de colocar escala com número par de opções.
	Média=3,9	

Secção 1 - Pergunta 2

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	2	Desequilíbrio nas hipóteses de resposta. Sugestão: «Nunca, poucas vezes, muitas vezes, sempre»
C	5	N.A.
D	5	Cada opção de fonte de informação terá uma escala de resposta (não utilizo/ utilizo pouco...)? No questionário online não me pareceu que fosse possível responder assim. Mas provavelmente eu não tive a visão do participante, mas sim a de quem formulou o inquérito.
E	4	Não obstante estar prevista a opção "outro" na pergunta seguinte, acrescentaria "publicidade" e "outros profissionais de saúde"
F	5	N.A.
G	4	Escala de resposta com número ímpar de opções, a evidência mostra existir tendência para a seleção da opção intermédia. Eventualmente equacionar a possibilidade de colocar escala com número par de opções.
	Média=4,3	

Seção 1 - Pergunta 2.1.

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	Proposta de alteração: Utiliza outra fonte de informação para além das referidas atrás? (se sim: indique a frequência com que a utiliza; considerar as 5 opções de resposta).
B	3	N.A.
C	5	N.A.
D	4	Sugiro: "Se há outra fonte de informação sobre nutrição ou alimentação..."
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	5	N.A.
	Média=4,4	

Seção 1 - Pergunta 3

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	Proposta de alteração: "Para mim (seguida de vírgula)..."
B	1	Colocaria «Qual a sua opinião sobre a seguinte afirmação:» Trata-se de uma pergunta dupla – deve ser decomposta em duas perguntas. Nas hipóteses de resposta, o «indiferente» não faz parte da escala. Sugestão: «Discordo totalmente, Discordo parcialmente, Concordo parcialmente, Concordo totalmente»
C	5	N.A.
D	4	Sugiro incluir: "...informação sobre nutrição ou alimentação..." Neste ponto eu penso que as pessoas serão, regra geral, concordantes, porque é o socialmente aceite. Sugiro incluir outra afirmação: "Eu utilizo uma informação sobre nutrição ou alimentação que me pareça pertinente, independente de estar associada a um profissional de saúde ou a uma organização/instituição reconhecida".
E	2	Parece-me uma forma simultaneamente mais complicada e redutora de aferir a credibilidade da fonte de informação. Uma hipótese viável seria recuperar a listagem das fontes anteriormente apresentada e pedir que para cada uma se atribua um grau de importância. Assim não só se verifica a importância concedida ao profissional de saúde em concreto, mas tal é feito por referência ao conjunto mais vasto de outras fontes. Só assim ganha sentido a avaliação feita à hierarquia de importância das fontes de informação.
F	5	N.A.
G	4	Escala de resposta com número ímpar de opções, a evidência mostra existir tendência para a seleção da opção intermédia. Eventualmente equacionar a possibilidade de colocar escala com número par de opções.
	Média=3,6	

Seção 2 - Pergunta 1

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	A questão está bem formulada, mas quando li a primeira vez fiquei com dúvidas sobre se me perguntavam que profissional de saúde procurava mais para apoio nas questões nutricionais. Como sabemos, as pessoas podem ser orientadas nutricionalmente por vários profissionais de saúde. Não sei se poderá pensar numa forma de clarificar isto, e também não sei se as questões antes me induzem o pensamento desta forma, porque estamos a falar de nutrição, e depois generalizamos para apoio médico. Também não me parece que trocar o grupo 1 pelo 2 resolva. Não consigo dar-lhe uma orientação concreta para alterar isto.
B	4	N.A.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	4	Apesar da hipótese "outro", acrescentaria "farmacêutico/técnico de farmácia"
F	3	Acrescentar Psicologo e Farmaceutico
G	4	Não entendo a pertinência da opção de "Médico Dentista"...
	Média=4,1	

Seção 2 - Pergunta 2

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	2	As hipóteses de resposta não contemplam todas as possibilidades.
C	5	N.A.
D	4	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	Escala de respostas confuso... 1x/semestre = 2x/ano!
	Média=4,3	

Seção 2 – Pergunta 3

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	2	Colocaria «Com que frequência consulta um nutricionista/dietista?» Como hipótese de resposta - «A minha última consulta foi há 6 meses ou mais».
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	5	N.A.
	Média=4,6	

Seção 2 - Pergunta 3.1.

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	Completaria a pergunta («oom um nutricionista/dietista»)
C	5	N.A.
D	4	Penso que deveria incluir "com nutricionista ou dietista", para que os respondentes não confundam com outras consultas com outros profissionais.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	Sugiro fechar a resposta com escala numérica de número!
	Média=4,4	

Seção 2 - Pergunta 4

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	Proposta de alteração: "Neste momento (seguido de vírgula)..."
B	3	Inverteria a ordem das hipóteses de resposta (Não/Sim), uma vez que a questão está colocada na positiva.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	3	Questão pouco clara. O que é um regime alimentar específico???
G	5	N.A.
	Média=4,3	

Seção 2 - Pergunta 4.1.

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	2	O confronto entre «Para melhorar a saúde» e «Para melhorar a imagem» condiciona as respostas porque têm diferentes valorizações e desvalorizações sociais. Sugestão: «Por motivos de saúde» / «Por motivos estéticos»
C	5	N.A.
D	4	Sugiro incluir: "... pelo qual segue um regime alimentar específico?"
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	Sugiro acrescentar a opção "Por aconselhamento do nutricionista ou dietista"
	Média=4,3	

Secção 4 – Pergunta 2

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	4	Não sei se faz parte dos seus objectivos, mas será que faz sentido acrescentar uma alínea sobre problemas de saúde gastrointestinais, que poderão estar igualmente relacionados com a alimentação (problemas de obstipação, p.e.), ou mesmo a obesidade?
B	3	Talvez o termo «média» «convide» à resposta nessa categoria
C	5	N.A.
D	5	Não seria pertinente perguntar antes desta questão se o participante sofre de alguma doença?
E	2	Alteraria a formulação da pergunta para algo deste género: "Das seguintes doenças, diga em que grau considera que pode vir a ter cada uma delas nos próximos 10 anos". Julgo que retira o carácter mais "técnico" dos termos da pergunta (ex: classifica a probabilidade de....)
F	5	N.A.
G	3	Questão muito subjetiva. Depende de variadíssimas fatores e sensibilidades individuais...
	Média=3,9	

Secção 5 - Pergunta 1

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	5	N.A.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	5	N.A.
	Média=5,0	

Secção 5 – Pergunta 2

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	São necessários tantos escalões etários? Será que cada um tem um significado preciso?
C	5	N.A.
D	5	Eu fazia resposta aberta. As categorias temos sempre tempo de fazer a posteriori
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	5	N.A.
	Média=4,7	

Secção 5 - Pergunta 3

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	A questão aberta (Concelho de residência) é mais fiável porque muitas vezes as fronteiras entre grandes regiões não são percecionadas por todos os inquiridos da mesma maneira nem correspondem, muitas vezes, às classificações dos investigadores. A manter-se fechada (que como referi envolve uma forte probabilidade de imprecisão), em vez de Lisboa, colocaria Área Metropolitana de Lisboa.
C	5	N.A.
D	4	N.A.
E	4	Talvez adoptar os critérios administrativos de classificação regional do território nacional. Por exemplo, Lisboa...A cidade propriamente dita? a Área Metropolitana de Lisboa? Lisboa e Vale do Tejo?
F	5	N.A.
G	5	N.A.
	Média=4,4	

Secção 5 - Pergunta 4

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	2	«Separado/divorciado» e «viúvo» constituem duas categorias claramente distintas.
C	5	N.A.
D	4	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	5	N.A.
	Média=4,4	

Secção 5 - Pergunta 5

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	5	N.A.
C	5	N.A.
D	5	Sugiro incluir: "(se não tiver filhos, coloque 0)"
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	Ficaria mais claro questionar antes se tem filhos e, se sim, quantos. À semelhança de outras questões do instrumento.
	Média=4,9	

Seção 5 - Pergunta 6

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	5	N.A.
C	5	N.A.
D	5	Sugiro alterar: "(se não tiver filhos com menos de 18 anos a viver consigo, coloque 0)"
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	Por uma questão de facilidade de resposta, sugiro fechar a resposta em escala numérica.
	Média=4,9	

Seção 5 - Pergunta 7

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	5	N.A.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	4	Por uma questão de facilidade de resposta, sugiro fechar a resposta em escala numérica.
	Média=4,9	

Seção 5 - Pergunta 8

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	4	N.A.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	4	Reformular por algo assim: "qual o nível mais elevado de escolaridade que completou?"
F	5	N.A.
G	5	
	Média=4,7	

Secção 5 - Pergunta 8.1.

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	Esta questão pode ser integrada na anterior.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	3	Especificar curso superior – licenciatura e se tiver mestrado ou doutoramento – qual o que coloca - CLARIFICAR
G	5	
	Média=4,4	

Secção 5 - Pergunta 9

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	N.A.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	5	N.A.
G	5	Sugiro "Trabalhador" em vez de "Empregado"
	Média=4,7	

Secção 5 - Pergunta 10

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	4	N.A.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	4	Conviria adoptar um esquema de classificação das profissões já estabelecido. Talvez o do INE.
F	5	N.A.
G	4	N.A.
	Média=4,6	

Secção 5 - Pergunta 11

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	Inverteria a ordem das hipóteses de resposta (Não/Sim), uma vez que a questão está colocada na positiva.
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	4	Retirar o "diariamente" da pergunta. No caso de ser sim, acrescentar uma outra pergunta sobre a regularidade/frequência desse contacto/relação.
F	5	N.A.
G	4	N.A.
	Média=4,4	

Secção 5 - Pergunta 11.1.

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	3	Esta questão pode ser integrada na anterior
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	4	Idem, pergunta 10
F	5	N.A.
G	4	N.A.
	Média=4,4	

Secção 5 - Pergunta 12

Especialista	Classificação	Comentários/Sugestões
A	5	N.A.
B	2	Verificam-se valores repetidos. O termo «a menos de» é desnecessário nas hipóteses 2 a 6. São necessárias todas estas categorias? Será que cada categoria tem um significado preciso?
C	5	N.A.
D	5	N.A.
E	5	N.A.
F	4	Esta questão pode não ser do agrado de vários respondentes
G	3	Critérios de escala de rendimento líquido? 310€ corresponde a? Critério de ordenado mínimo líquido é aproximadamente 450€
	Média=4,1	

Comentários/sugestões gerais:

Especialista	Comentários/Sugestões
A	N.A.
B	N.A.
C	<p>A versão que eu acoedi online não tem as questões numeradas. Penso que a apresentação do pedido para participação das pessoas parece-me cru, sem relevância do estudo. Deve ser valorizada a importância do estudo para apelar à participação. Na minha opinião em todo o questionário online quando utiliza a palavra comer deveria ser substituído por ingerir, Quando utiliza a palavra regime alimentar deveria substituir por padrão alimentar.</p>
D	O"questionário"parece-me"claro"e"de"fácil"resposta."Acima"estão"apenas"minors"reviews"para"se"considerar"pertinente."
E	N.A.
F	<p>Deixo à consideração a possibilidade de pedirem para especificar os sites ou fontes que a pessoa consulta. Como se recorre a várias perguntas abertas, penso que seria útil incluir esta questão.</p>
G	N.A.

Apêndice 4 – Questionário fase 2 (pré-teste)

Secção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
1	Profissional de saúde que consulta com mais frequência	1. Qual o profissional de saúde que consulta com mais frequência?	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Farmacêutico ou técnico de farmácia Médico Nutricionista ou dietista Outro (especificar)
	Frequência de consulta com o profissional de saúde	2. Com que frequência o consulta? (incluindo clínica geral, consultas de especialidade e urgências hospitalares)	<ul style="list-style-type: none"> Menos de 1 vez por ano 1 a 2 vezes por ano 4 a 8 vezes por ano 1 a 2 vezes por mês Mais de 2 vezes por mês
	Frequência de consulta com um nutricionista ou dietista	3. Relativamente à frequência de consulta com um nutricionista ou dietista, selecione a opção com a qual mais se identifica.	<ul style="list-style-type: none"> Nunca tive uma consulta com um nutricionista ou dietista; A minha última consulta foi há mais de 6 meses; A minha última consulta foi há menos de 6 meses
	Número de consultas com um nutricionista ou dietista	3.1. (se respondeu a última opção): Quantas consultas teve nos últimos 6 meses com um nutricionista ou dietista?	<ul style="list-style-type: none"> 1 a 3 4 a 6 7 ou mais
	Adoção de plano alimentar	4. Neste momento está a seguir algum plano alimentar que exija alteração dos seus hábitos alimentares?	<ul style="list-style-type: none"> Não Sim
	Motivo de adoção do plano alimentar	4.1. (se respondeu sim): Qual o principal motivo?	<ul style="list-style-type: none"> Por aconselhamento de um profissional de saúde; Por decisão própria, por motivos de saúde Por decisão própria, por motivos estéticos; Outro (especificar)

Secção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
2	Frequência de procura de informação sobre alimentação ou nutrição	1. Em média, com que frequência procura informação sobre alimentação ou nutrição?	<ul style="list-style-type: none"> Menos de 1 vez por mês 1 a 2 vezes por mês 3 a 4 vezes por mês 2 a 6 vezes por semana Diariamente
	Frequência de utilização de fontes de informação sobre alimentação ou nutrição	2. Em que medida utiliza as seguintes fontes para procurar obter informação sobre alimentação ou nutrição? (Responda a cada uma das opções)	<ul style="list-style-type: none"> Não utilizo Utilizo pouco Utilizo moderadamente Utilizo muito Utilizo bastante
		2.1. Se há outra fonte de informação que utilize bastante, por favor especifique.		Resposta aberta
	Importância dada ao facto da fonte de informação sobre alimentação ou nutrição estar associada a um profissional de saúde e/ou a uma organização/instituição reconhecida	3. Em que medida concorda com as seguintes afirmações (Responda a cada uma delas) <ul style="list-style-type: none"> Considero indispensável que a fonte de informação esteja associada a um profissional de saúde; Considero indispensável que a fonte de informação esteja associada a uma organização/instituição reconhecida. 	<ul style="list-style-type: none"> Discordo totalmente Discordo Indiferente Concordo Concordo totalmente

Seção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
3	Conhecimentos nutricionais	Questionário de Conhecimentos Nutricionais (versão reduzida 1)	-----
4	Percepção do estado de saúde	1. Em geral, diria que a sua saúde é: (Primeira questão do SF-36)	<ul style="list-style-type: none"> • Ótima • Muito boa • Boa • Razoável • Fraca
	Susceptibilidade percebida	2. Das seguintes doenças, qual pensa ser a probabilidade de vir a ter cada uma delas nos próximos 10 anos? (Escolha uma opção para cada doença) - Cancro; - Grupo de doenças do aparelho circulatório (ex: AVC, doença isquémica do coração, enfarte agudo do miocárdio); - Diabetes; - Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Nada provável • Pouco Provável • Provável • Muito Provável • Extremamente provável
5	Sexo	1. Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino
	Idade	2. Idade	Resposta aberta
	Área de residência	3. Área de residência	<ul style="list-style-type: none"> • Norte • Centro • Área Metropolitana de Lisboa • Alentejo • Algarve • Região Autónoma dos Açores • Região Autónoma da Madeira

Seção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
5	Estado civil	4. Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Solteiro(a) • Casado(a) ou em união de facto • Separado(a) ou divorciado(a) • Viúvo(a)
	Número de filhos	5. Quantos filhos tem? (se não tiver filhos, coloque 0)	Resposta aberta
	Número de menores que fazem parte do agregado familiar	6. Quantos filhos com menos de 16 anos vivem consigo? (se não tiver filhos, coloque 0)	Resposta aberta
	Número de pessoas do agregado familiar	7. Por quantas pessoas é formado o seu agregado familiar? (pessoas que vivem atualmente consigo)	Resposta aberta
	Nível de escolaridade	8. Qual o nível de escolaridade mais elevado que completou?	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe ler e escrever sem possuir grau • 1º ciclo (1º ao 4º ano) • 2º e 3º ciclos (5º ao 9º ano) • Ensino secundário (10º ao 12º ano) • Ensino superior
		a. (se respondeu ensino superior): Especifique o curso (se possui mais do que um curso, indique o de grau mais elevado)	Resposta aberta
	Situação profissional	9. Qual a sua situação profissional atual?	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante • Trabalhador estudante • Empregado(a) • Doméstico(a) • Reformado(a) • Desempregado(a) • Outro (especificar)
Profissão	10. Qual a sua profissão? (atual ou última que desempenhou). Nota: Se tem mais do que uma profissão, escreva aquela que lhe ocupa mais de 50% do tempo ou, caso ocupem o mesmo tempo, aquela que lhe proporciona/proporcionou maior rendimento.	Resposta aberta	

Seção	Variável a avaliar	Questão	Hipóteses de resposta
5	Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	11. Com que frequência se relaciona com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde?	<ul style="list-style-type: none"> • Nada frequente • Pouco frequente • Moderadamente frequente • Muito frequente • Extremamente frequente
	Profissões e/ou formações das pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	11.1 (se respondeu moderadamente frequente, muito frequente ou extremamente frequente): Especifique as profissões e/ou formações dessas pessoas	Resposta aberta
	Rendimento mensal líquido do agregado familiar	12. Qual o rendimento salarial mensal líquido do seu agregado familiar?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 420€ • De 420€ a menos de 1000€ • De 1000€ a menos de 2500€ • De 2500€ a menos de 4000€ • 4000€ ou mais
		13. Quanto tempo levou a preencher o questionário?	Resposta aberta
		14. Coloque, por favor, as dúvidas que sentiu ao preencher o questionário, bem como comentários/sugestões.	Resposta aberta

Apêndice 5 – Pré-teste

- Comentários dos participantes

Inquirido	Tempo de resposta	Dúvidas/Comentários/Sugestões
1	16 minutos	Nada a referir.
2	20 minutos	Apercebi -me de que nao distingo gorduras saturadas de insaturadas e poliinsaturadas..Não sei onde se encontram fibras e proteínas, onde se encontra o cálcio e se o leite ainda é tido como um bom alimento e se, em caso afirmativo, se deve optar pelo magro ou pelo gordo ou pelo meio gordo... Enfim, sinto-me muito ignorante neste campo e acho que deveriam ser divulgados mais conhecimentos sobre o assunto nas escolas, sobretudo. Alem disso, deveria ser obrigatória a existência dum nutricionista por detrás de cada cantina escolar. É na escola que deve começar a educação nutricional, quer na teoria quer na prática. De resto, deveria haver uma política que proibisse a venda de produtos com excesso de sal, gordura e açúcar, a fim de acabar com tantos danos na saúde pública, evitáveis, se houvesse informação e controlo estatal. Deveria haver nutricionistas nos Centros de Saúde e palestras informativas frequentes . Enfim, inquéritos como este são importantes não só para nos despertar para a realidade de não sabermos alimentar -nos no sentido de preservar a saúde mas também para alertar os profissionais de saúde e as instituições para a necessidade de uma " reeducação " alimentar urgente, que faça a diferença na saúde dos nossos filhos e dos nossos netos e, se possível, ainda na nossa.
3	5 minutos	A dúvida surgiu na primeira pergunta. Consulto frequentemente um pediatra, mas penso que neste questionário a pergunta se relaciona com a nutrição. Deverá esclarecer a área da saúde. Se é qualquer profissional ou se nos devemos restringir à nutrição.
4	Entre 10 a 15 minutos	Na segunda questão fica a dúvida se está directamente relacionada com a primeira, quantas vezes visito aquele profissional em específico, ou os profissionais de saúde em geral.
5	3 minutos	Boa sorte para o seu trabalho....
6	24 minutos	Talvez demasiado longo.
7	10 minutos	Nada a declarar.

Inquirido	Tempo de resposta	Dúvidas/Comentários/Sugestões
8	22 minutos	Nada a assinalar.
9	19 minutos	Nada a declarar.
10	7 minutos	Não tive qualquer dúvida, penso que o questionário está bem construído e é acessível.
11	10 minutos	Tive dúvidas apenas no conteúdo das perguntas, por serem específicos de saúde e eu não ter qualquer formação na área.
12	9 minutos	Não tenho nenhuma questão.
13	10 minutos	Poderiam apresentar fotos dos alimentos para fazer uma ligação mais directa com as palavras do questionário.
14	10 minutos	Nada a apontar.
15	14 minutos	Não existiram dúvidas.

Inquirido	Tempo de resposta	Dúvidas/Comentários/Sugestões
16	23 minutos	Dúvidas: O que são vitaminas antioxidantes e gorduras polissaturadas.
17	15 minutos mais ou menos	As dúvidas que eu senti ao preencher este questionário foi na pergunta que dizia: a probabilidade das doenças que a pessoa poderia vir a ter nos próximos dez anos. Na minha opinião ninguém sabe as doenças que vai ter nos próximos 10 anos, nem o que vai acontecer no futuro.
18	10 minutos	Não distingo gorduras saturadas das poli saturadas. Daí algumas dúvidas nas respostas dadas.
19	12 minutos	Constatei dúvidas sobre os termos técnicos, que obviamente suscitaram dúvidas. Confesso que despertou interesse na sua clarificação. Ao dispor.
20	10 minutos	Algumas doenças.
21	15 minutos	Não me lembro das vitaminas antioxidantes.
22	15 minutos	A nível dos antioxidantes sou uma ignorante. Tenho várias duvidas básicas em relação aos produtos e onde se englobam.

Inquirido	Tempo de resposta	Dúvidas/Comentários/Sugestões
23	14 minutos	Não tenho comentários.
24	15 minutos	Nada a dizer.
25	10 minutos	Gorduras saturadas Colesterol de dieta
26	7 minutos	Especificar as doenças.
27	10 minutos	Questionário muito claro. Continuação de um bom trabalho.
28	12 minutos	Nada a comentar.
29	10 minutos	No agregado familiar não percebi se conto comigo ou não.
30	17 minutos	Nenhumas.

- **Análise estatística**

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica: sexo, idade, número de filhos, rendimento – pré-teste.

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Sexo		Número de filhos	
Feminino	15 (50%)	0	13 (43,3%)
Masculino	15 (50%)	1	8 (26,7%)
Faixa etária		2	6 (20,0%)
[18;27[	5 (16,7%)	3	3 (10,0%)
[27;36[	6 (20,0%)	Filhos menores no agregado familiar ¹	
[36;45[	5 (16,7%)	Não	9 (52,9%)
[45;54[	7 (23,3%)	Sim	8 (47,1%)
[54;63[	2 (6,7%)	Rendimento mensal líquido do agregado familiar	
[63;72[	5 (16,7%)	Menos de 420€	0 (0,0%)
Área de residência		De 420€ a menos de 1000€	6 (20,0%)
Norte	2 (6,7%)	De 1000€ a menos de 2500€	11 (36,7%)
Centro	8 (26,7%)	De 2500€ a menos de 4000€	12 (40,0%)
Área Metropolitana de Lisboa	11 (36,7%)	4000€ ou mais	1 (3,3%)
Alentejo	2 (6,7%)	Frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde	
Algarve	4 (13,3%)	Nada frequente	1 (3,3%)
Região Autónoma dos Açores	2 (6,7%)	Pouco frequente	8 (26,7%)
Região Autónoma da Madeira	1 (3,3%)	Moderadamente frequente	10 (33,3%)
Estado civil		Muito frequente	6 (20,0%)
Solteiro	11 (36,7%)	Extremamente frequente	5 (16,7%)
Casado(a) ou em união de facto	13 (43,3%)	Profissões e/ou formações dessas pessoas ²	
Separado(a) ou divorciado(a)	3 (10,0%)	Nutricionistas ou dietistas	11 (52,4%)
Viúvo(a)	3 (10,0%)	Outros	10 (47,6%)

Legenda: ¹ Percentagens sobre o total de indivíduos que referiram ter filhos; ² Percentagens sobre o total de indivíduos que referiram ter uma frequência de contacto com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde pelo menos “moderadamente frequente”.

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica: nível de escolaridade, situação profissional e grupo profissional – pré-teste.

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Nível de escolaridade		Grupo profissional ¹	
2º e 3º ciclos (5º ao 9º ano)	1 (3,3%)	Grupo 1	3 (10,0%)
Ensino secundário (10º ao 12º ano)	8 (26,7%)	Grupo 2	13 (43,3%)
Ensino superior	21 (70,0%)	Grupo 3	7 (23,3%)
Situação profissional atual		Grupo 4	1 (3,3%)
Estudante	3 (10,0%)	Grupo 5	1 (3,3%)
Trabalhador estudante	1 (3,3%)	Estudante	4 (13,3%)
Empregado(a)	17 (56,7%)	Outros	1 (3,3%)
Doméstico(a)	1 (3,3%)		
Reformado(a)	5 (16,7%)		
Desempregado(a)	3 (10,0%)		

Legenda: ¹ De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística.

Tabela 5 – Conhecimentos nutricionais - pré-teste.

	Média±DP	Mínimo	Máximo
Questionário completo (pontuação máxima: 59)	37,37±6,73	18	47
Quartis		n (%)	
[0;14]		0 (0,0%)	
[15;29]		2 (6,7%)	
[30;44]		23 (76,7%)	
[45;59]		5 (16,7%)	

Tabela 6 – Conhecimentos nutricionais por secção - pré-teste.

Secção do questionário (pontuação máxima)	Média±DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Recomendações dietéticas (6)	4,53±0,73	5	3	5
Fonte alimentar de nutrientes (34)	24,47±4,84	25	11	32
Relação dieta-doença (19)	8,37±2,83	9	3	17

Tabela 7 – Conhecimentos nutricionais por secção e grupo de questões - pré-teste.

Secção e grupo de questões	Indivíduos que responderam corretamente n (%)	Secção e grupo de questões	Indivíduos que responderam corretamente n (%)
Recomendações dietéticas			
Legumes	30 (100%)	Alimentos ricos em fibra	21 (70,0%)
Alimentos que contêm amido/farináceos	0 (0,0%)	Fruta	26 (86,7%)
Alimentos gordos	30 (100%)	Alimentos salgados	29 (96,7%)
Fonte alimentar de nutrientes			
Gordura	30 (33,3%)	Fibra	8 (26,7%)
Alimentos que contêm amido/farináceos	11 (36,7%)	Gordura saturada	6 (20,0%)
Sal	14 (46,7%)	Alternativa carne vermelha	7 (23,3%)
Proteína	13 (43,3%)	Cálcio leite	24 (80,0%)
Relação dieta-doença			
Doenças associadas à baixa ingestão de frutas e legumes	0 (0,0%)	Prevenção de cancro	20 (66,7%)
Doenças associadas à baixa ingestão de fibra	16 (53,3%)	Prevenção de doenças cardíacas	22 (73,3%)
Doenças associadas à ingestão de sal	16 (5,3%)	Colesterol	21 (70,0%)
Doenças associadas à ingestão de gordura	9 (30,0%)	Vitaminas antioxidantes	1 (3,3%)

Tabela 8 – Frequência de pesquisa de informação sobre alimentação ou nutrição – pré-teste.

Frequência de pesquisa	n (%)
Menos de 1 vez por mês	16 (53,3%)
1 a 2 vezes por mês	9 (30,0%)
3 a 4 vezes por mês	4 (13,3%)
2 a 6 vezes por semana	1 (3,3%)

Tabela 9 – Importância dada à credibilidade da fonte – pré-teste.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
Profissional de saúde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (26,7%)	22 (73,3%)
Organização/Instituição reconhecida	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (20,0%)	14 (46,7%)	10 (33,3%)

Tabela 10 – Frequência de utilização de fontes de informação sobre alimentação ou nutrição – pré-teste.

	Não utilizo	Utilizo pouco	Utilizo moderada- mente	Utilizo muito	Utilizo bastante
Internet	5 (16,7%)	7 (23,3%)	4 (13,3%)	6 (20,0%)	8 (26,7%)
Programas de televisão	11 (36,7%)	11 (36,7%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
Programas de rádio	20 (66,7%)	9 (30,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Jornais, revistas e/ou panfletos	4 (13,3%)	12 (40,0%)	12 (40,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)
Livros	8 (26,7%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)	5 (16,7%)	0 (0,0%)
Publicações científicas	16 (53,3%)	7 (23,3%)	4 (13,3%)	3 (10,0%)	0 (0,0%)
Cursos e palestras	24 (80,0%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sites de Organizações Governamentais	17 (56,7%)	7 (23,3%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)
Sites de Associações Profissionais e Sociedades Científicas	19 (63,3%)	7 (23,3%)	3 (10,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)
Familiares, colegas e/ou amigos	5 (16,7%)	4 (13,3%)	13 (43,3%)	5 (16,7%)	3 (10,0%)
Consulta com o médico	8 (26,7%)	14 (46,7%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	0 (0,0%)
Consulta com o nutricionista ou dietista	19 (63,3%)	5 (16,7%)	3 (10,0%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)
Consulta com outro profissional de saúde	17 (56,7%)	10 (33,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)

Tabela 11 – Consulta com profissional de saúde – pré-teste.

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Profissional de saúde que consulta com mais frequência		Frequência de consulta com um nutricionista ou dietista	
Enfermeiro	24 (80,0%)	Nunca consultei um nutricionista ou dietista	19 (63,3%)
Farmacêutico ou técnico de farmácia	5 (16,7%)	A minha última consulta foi há mais de 6 meses	9 (30,0%)
Nutricionista ou dietista	1 (3,3%)	A minha última consulta foi há menos de 6 meses	2 (6,7%)
Frequência de consulta com o profissional de saúde		Número de consultas com um nutricionista ou dietista ¹	
Menos de 1 vez por ano	6 (20,0%)	1 a 3	2 (100%)
1 a 2 vezes por ano	17 (56,7%)	Adoção de um plano alimentar	
4 a 8 vezes por ano	6 (20,0%)	Não	27 (90,0%)
1 a 2 vezes por mês	1 (3,3%)	Sim	3 (10,0%)
		Motivo de adoção de um plano alimentar ²	
		Por decisão própria, por motivos de saúde	3 (100%)

Legenda: ¹ Percentagens relativas aos indivíduos que referiram ter consultado um nutricionista ou dietista nos últimos 6 meses; ² Percentagens relativas aos indivíduos que referiram estar a adotar um plano alimentar.

Tabela 12 – Crenças de saúde – pré-teste.

		Fraca	Razoável	Boa	Muito boa	Ótima
Perceção do estado de saúde	Em geral diria que a sua saúde é	2 (6,7%)	5 (16,7%)	15 (50,0%)	6 (20,0%)	2 (6,7%)
Suscetibilidade percecionada		Nada provável	Pouco provável	Provável	Muito provável	Extremamente provável
	Cancro	2 (6,7%)	16 (53,3%)	12 (40,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Doenças cardíacas	4 (13,3%)	14 (46,7%)	9 (30,0%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)
	Diabetes	5 (16,7%)	15 (50,0%)	9 (30,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)
	Obesidade	8 (26,7%)	14 (46,7%)	6 (20,0%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)

Apêndice 6 – Questionário final

A sua participação neste questionário é muito importante e será um forte contributo para a compreensão dos fatores que podem influenciar os conhecimentos nutricionais. Todos os dados são anónimos e confidenciais, podendo desistir a qualquer momento. Não se trata de uma avaliação, pelo que se agradece que as respostas sejam as mais sinceras possíveis.

Este questionário faz parte de uma dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Para responder deve:

- Ter no mínimo 18 anos;
- Residir em Portugal continental ou ilhas;
- Não possuir um curso na área de saúde nem frequentar (ou ter frequentado) algum curso nesta área;
- Não ser profissional de saúde nem técnico/profissional de nível intermédio de saúde.

Muito obrigada pela sua participação.

Se tiver dúvidas ou desejar fazer algum comentário, pode enviar um email para ana.ruas.melo@gmail.com. Toda a informação partilhada será confidencial.

(As perguntas assinaladas com * são de carácter obrigatório).

Parte 1/5 – Consulta com o profissional de saúde

1. De uma forma geral, qual o profissional de saúde que consulta com mais frequência? *

- a) Enfermeiro
- b) Farmacêutico ou técnico de farmácia
- c) Médico
- d) Nutricionista ou dietista
- e) Outro (*especificar*)

2. Com que frequência consulta o profissional de saúde que mencionou na questão anterior?

(incluindo clínica geral, consultas de especialidade e urgências hospitalares)

*

- a) Menos de 1 vez por ano
- b) 1 a 2 vezes por ano
- c) 4 a 8 vezes por ano
- d) 1 a 2 vezes por mês
- e) Mais de 2 vezes por mês

3. Relativamente à frequência de consulta com um nutricionista ou dietista, selecione a opção com a qual mais se identifica. *

- a) Nunca consultei um nutricionista ou dietista
- b) A minha última consulta foi há mais de 6 meses
- c) A minha última consulta foi há menos de 6 meses

3.1. (Para os inquiridos que responderam a hipótese c na questão anterior) Quantas consultas teve nos últimos 6 meses com um nutricionista ou dietista? *

- a) 1 a 3
- b) 4 a 6
- c) 7 ou mais

4. Neste momento está a seguir algum plano alimentar que exija alteração dos seus hábitos alimentares? *

- a) Não
- b) Sim

4.1. (Para os inquiridos que responderam a hipótese b na questão anterior) Qual o principal motivo? *

- a) Por aconselhamento de um profissional de saúde
- b) Por decisão própria, por motivos de saúde
- c) Por decisão própria, por motivos estéticos
- d) Outro(*especificar*)

Parte 2/5 – Pesquisa de informação

1. Em média, com que frequência procura informação sobre alimentação ou nutrição? *

- a) Menos de 1 vez por mês
- b) 1 a 2 vezes por mês
- c) 3 a 4 vezes por mês
- d) 2 a 6 vezes por semana
- e) Diariamente

2. Em que medida utiliza as seguintes fontes de informação para obter informação sobre alimentação ou nutrição? (Responda a cada uma das opções) *

	Não utilizo	Utilizo pouco	Utilizo moderadamente	Utilizo muito	Utilizo bastante
Internet (redes sociais, blogues, imprensa online)					
Programas de televisão					
Programas de rádio					
Jornais, revistas e/ou panfletos					
Livros					
Publicações científicas (revistas especializadas em saúde e/ou artigos científicos)					
Cursos e palestras					
Sites de Organizações Governamentais (ex: Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge)					
Sites de Associações Profissionais e Sociedades Científicas (ex: Ordem dos Nutricionistas, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Pediatria)					
Familiares, colegas e/ou amigos					
Consulta com o médico					
Consulta com o nutricionista ou dietista					
Consulta com outro profissional de saúde					

2.1. Se há outra fonte de informação que utilize bastante, por favor especifique.

3. Em que medida concorda com as seguintes afirmações: “Considero indispensável que a fonte de informação esteja associada a...” (Responda a cada uma das afirmações) *

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
... um profissional de saúde.”					
... uma organização/instituição reconhecida.”					

Parte 3/5 – Questionário de Conhecimentos Nutricionais (Versão reduzida 1)

Secção 1 - Recomendações dietéticas

1. **Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?** (Escolha uma opção por alimento) *

	Mais	Igual	Menos	Não tenho a certeza
Legumes				
Alimentos que contêm amido/farináceos				
Alimentos gordos				
Alimentos ricos em fibra				
Fruta				
Alimentos salgados				

Secção 2 – Fonte alimentar de nutrientes

1. **Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?** (Escolha uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Massa (sem molho)			
Feijão cozido			
Fiambre			
Mel			
Croquete			
Pão			

2. **Considera que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos que contêm amido/farináceos?** (Escolha uma opção por alimento) *

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Queijo			
Massa			
Manteiga			
Nozes			
Arroz			
Papas de cereais			

3. Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal? (Escolha uma opção por alimento) *

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Salsicha			
Massa			
Atum enlatado			
Legumes congelados			
Queijo			

4. Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína? (Escolha uma opção por alimento) *

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Frango			
Manteiga			
Natas			

5. Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra? (Escolha uma opção por alimento) *

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Ovos			
Carne vermelha			
Brócolos			
Frango			
Feijão cozido			

6. Considera que estes alimentos gordos são ricos ou pobres em gordura saturada? (Escolha uma opção por alimento) *

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Sardinha			
Azeite			
Carne vermelha			

7. **Pensa que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha?** (Escolha uma opção por alimento) *

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Paté de fígado			
Fiambre			
Feijão cozido			
Queijo magro			
Croquete			

8. **Na sua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.** *

- a) Concordo
- b) Discordo
- c) Não tenho a certeza

Secção 4 – Relação saúde-doença

1. **Tem conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a baixa ingestão de frutas e legumes?** *

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho a certeza

1.1. *(Para os inquiridos que responderam a hipótese a na pergunta anterior)* **Que doenças ou problemas de saúde acha que estão relacionados com a baixa ingestão de frutas e legumes?**

2. **Tem conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a baixa ingestão de fibra?** *

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho a certeza

2.1. *(Para os inquiridos que responderam a hipótese a na pergunta anterior)* **Que doenças ou problemas de saúde pensa estarem relacionados com a baixa ingestão fibra?**

3. **Tem conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a quantidade de sal ou sódio que as pessoas ingerem?** *

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho a certeza

3.1. *(Para os inquiridos que responderam a hipótese a na pergunta anterior)* **Que doenças ou problemas de saúde considera estarem relacionados com a ingestão de sal?**

4. **Tem conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a quantidade de gordura que as pessoas comem?** *

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho a certeza

4.1. (Para os inquiridos que responderam a hipótese a na pergunta anterior) **Que doenças ou problemas de saúde acredita estarem relacionados com a ingestão de gordura?**

5. **Pensa que estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro?** (Responda a cada uma das opções) *

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra			
Comer menos açúcar			
Comer menos fruta			
Comer menos sal			
Comer mais frutas e legumes			
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos			

6. **Acredita que estes comportamentos ajudam a prevenir doenças do coração?** (Responda a cada uma das opções) *

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra			
Comer menos gordura saturada			
Comer menos sal			
Comer mais frutas e legumes			
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos			

7. **Qual destes nutrientes mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue?** (Escolha uma opção) *

- Antioxidantes
- Gorduras poliinsaturadas
- Gorduras saturadas
- Colesterol da dieta
- Não tenho a certeza

8. **Já ouviu falar de vitaminas antioxidantes?** *

- Sim
- Não

8.1. (Para os inquiridos que responderam a hipótese a na pergunta anterior) **Quais destas vitaminas acredita que são antioxidantes?** (Responda a cada uma das opções) *

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Vitamina A			
Vitaminas do complexo B			
Vitamina C			
Vitamina D			
Vitamina E			
Vitamina K			

Parte 4/5 – Crenças de saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é: (Primeira questão do SF-36) *

- a) Ótima
- b) Muito boa
- c) Boa
- d) Razoável
- e) Fraca

(Nota: Na análise estatística as hipóteses de resposta foram colocadas na ordem inversa)

2. Das seguintes doenças, qual pensa ser a probabilidade de vir a ter cada uma delas nos próximos 10 anos? (Escolha uma opção por doença) *

	Nada provável	Pouco provável	Provável	Muito provável	Extremamente provável
Cancro					
Grupo de doenças do aparelho circulatório (ex: AVC, doença isquémica do coração, enfarte agudo do miocárdio)					
Diabetes					
Obesidade					

Parte 5/5 – Variáveis sociodemográficas

1. Sexo *

- a) Feminino
- b) Masculino

2. Idade (resposta aberta) *

3. Área de residência *

- a) Norte
- b) Centro
- c) Área Metropolitana de Lisboa
- d) Alentejo
- e) Algarve
- f) Região Autónoma dos Açores
- g) Região Autónoma da Madeira

4. Estado civil *

- a) Solteiro (a)
- b) Casado(a) ou em união de facto
- c) Separado(a) ou divorciado(a)
- d) Viúvo(a)

5. Quantos filhos tem? (se não tiver filhos, coloque 0) (resposta aberta) *

6. Quantos filhos com menos de 16 anos vivem consigo? (se não tiver filhos, coloque 0) (resposta aberta) *

7. Por quantas pessoas é formado o seu agregado familiar? (pessoas que vivem atualmente consigo) (resposta aberta) *

8. Qual o nível de escolaridade mais elevado que completou? *

- a) Sabe ler e escrever sem possuir grau
- b) 1º ciclo (1º ao 4º ano)
- c) 2º e 3º ciclos (5º ao 9º ano)
- d) Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- e) Ensino superior

8.1. (Para os inquiridos que responderam a hipótese e na pergunta anterior) Especifique o

curso (se possui mais do que um curso, indique o de grau mais elevado) (resposta aberta) *

9. Qual a sua situação profissional atual? *

- a) Estudante
- b) Trabalhador estudante
- c) Empregado(a)
- d) Doméstico(a)
- e) Reformado(a)
- f) Desempregado(a)
- g) Outro (especificar)

10. Qual a sua profissão? (atual ou última que desempenhou). Nota: Se tem mais do que uma profissão, escreva aquela que lhe ocupa mais de 50% do tempo ou, caso ocupem o mesmo tempo, aquela que lhe proporciona/proporcionou maior rendimento. (resposta aberta) *

11. Com que frequência se relaciona com pessoas com conhecimentos especializados na área da saúde? *

- a) Nada frequente
- b) Pouco frequente
- c) Moderadamente frequente
- d) Muito frequente
- e) Extremamente frequente

11.1. (Para os inquiridos que responderam as hipóteses c, d ou e) Especifique as profissões e/ou formações dessas pessoas. (resposta aberta) *

12. Qual o rendimento mensal líquido do seu agregado familiar? *

- a) Menos de 420€
- b) De 420€ a menos de 1000€
- c) De 1000€ a menos de 2500€
- d) De 2500€ a menos de 4000€
- e) 4000€ ou mais

Apêndice 7 – Análise estatística

Tabela 13 – Frequência de pesquisa de informação e sexo.

		Menos de 1 vez por mês	1 a 2 vezes por mês	3 a 4 vezes por mês	2 a 6 vezes por semana	Diariamente	Valor p
Sexo	Feminino	234 (28,6%)	128 (15,6%)	77 (9,4%)	59 (7,2%)	76 (9,3%)	<0,001
	Masculino	150 (18,3%)	47 (5,7%)	22 (2,7%)	11 (1,3%)	14 (1,7%)	

Tabela 14 – Frequência de utilização de fontes de informação e sexo.

		Internet					
		Não utilizo	Utilizo pouco	Utilizo moderadamente	Utilizo muito	Utilizo bastante	Valor p
Sexo	Feminino	48 (8,4%)	98 (17,1%)	159 (27,7%)	108 (18,8%)	161 (28,0%)	0,004
	Masculino	36 (14,8%)	58 (23,8%)	59 (24,2%)	39 (16,0%)	52 (21,3%)	
		Jornais, revistas e/ou panfletos					
		Não utilizo	Utilizo pouco	Utilizo moderadamente	Utilizo muito	Utilizo bastante	Valor p
Sexo	Feminino	152 (26,5%)	183 (31,9%)	168 (29,3%)	49 (8,5%)	22 (3,8%)	<0,001
	Masculino	104 (42,6%)	79 (32,4%)	44 (18,0%)	16 (6,6%)	1 (0,4%)	
		Livros					
		Não utilizo	Utilizo pouco	Utilizo moderadamente	Utilizo muito	Utilizo bastante	Valor p
Sexo	Feminino	133 (23,2%)	168 (29,3%)	178 (31,0%)	73 (12,7%)	22 (3,8%)	<0,001
	Masculino	116 (47,5%)	64 (26,2%)	50 (20,5%)	11 (4,5%)	3 (1,2%)	
		Consulta com o médico					
		Não utilizo	Utilizo pouco	Utilizo moderadamente	Utilizo muito	Utilizo bastante	Valor p
Sexo	Feminino	153 (26,7%)	177 (30,8%)	161 (28,0%)	65 (11,3%)	18 (3,1%)	<0,001
	Masculino	117 (48,0%)	68 (27,9%)	48 (19,7%)	10 (4,1%)	1 (0,4%)	

Tabela 15 – Frequência de pesquisa de informação, frequência de utilização de fontes de informação e nível de escolaridade.

		Nível de escolaridade	
		r_s	Valor p
Frequência de pesquisa de informação		-0,012	0,739
Frequência de utilização de fontes de informação	Internet	0,050	0,150
	Programas de televisão	-0,068	0,053
	Programas de rádio	-0,029	0,413
	Jornais, revistas e/ou panfletos	0,004	0,916
	Livros	0,028	0,431
	Publicações científicas	0,009	0,797
	Cursos e palestras	0,040	0,253
	Sites de Organizações Governamentais	0,029	0,404
	Sites de Associações Profissionais e Sociedades Científicas	-0,008	0,811
	Familiares, colegas e/ou amigos	0,053	0,131
	Consulta com o médico	0,040	0,258
	Consulta com o nutricionista ou dietista	0,036	0,307
	Consulta com outro profissional de saúde	-0,089	0,011