



Licenciatura em Ciências da Nutrição

Adesão à Dieta Mediterrânica no Concelho de Tavira

Projecto Final de Licenciatura

Elaborado por Ana Clara do Vale Queirós

Aluna Nº: 200891991

Orientador: Prof. Doutor Paulo Figueiredo

Barcarena

Novembro 2012

Universidade Atlântica
Licenciatura em Ciências da Nutrição

Adesão à Dieta Mediterrânica no Concelho de Tavira

Projecto Final de Licenciatura

Elaborado por Ana Clara do Vale Queirós

Aluna N^o: 200891991

Orientador: Prof. Doutor Paulo Figueiredo

Barcarena

Novembro 2012

Resumo

Adesão à Dieta Mediterrânica no Concelho de Tavira

A associação entre os hábitos alimentares e a saúde é uma preocupação constante de diversos estudos epidemiológicos, sendo a região Mediterrânica uma das zonas do globo em que se verifica uma forte correlação entre a dieta praticada e a saúde das populações.

No quadro da classificação em 2010, pela UNESCO, da Dieta Mediterrânica como Património Cultural Imaterial da Humanidade, sendo Tavira a cidade candidata representativa de Portugal, foi decidido realizar um estudo com o objectivo de analisar os hábitos alimentares de uma população jovem-adulta do Concelho de Tavira, através da aplicação de um questionário. Foi avaliada a relação entre os hábitos alimentares praticados e os dados sócio-económico-demográficos, e a qualidade da dieta mediterrânica praticada.

Foi usado um índice de qualidade alimentar, o Índice de Qualidade de Dieta Internacional (DQI-I), anteriormente aplicado num estudo no sul de Espanha e alterado a fim de se adequar à avaliação da dieta mediterrânica praticada pelos jovens espanhóis respeitando as recomendações diárias.

Foram estudadas 123 pessoas, com idade compreendida entre os 18 e os 34 anos, onde a maioria apresentava um IMC considerado normal. No entanto foi obtida uma pontuação de 48% no DQI-I, o que indica que a população não segue uma dieta mediterrânica.

Verificaram-se algumas diferenças relativamente à Dieta Mediterrânica tradicional proposta por Keys, dado os padrões alimentares estarem a sofrer algumas alterações ao longo dos tempos. Este estudo representa um contributo para um melhor conhecimento dos hábitos alimentares desta população, e a aderência da mesma à Dieta Mediterrânica, nesta região caracteristicamente mediterrânica.

Palavras-Chave: Dieta Mediterrânica, índice de qualidade alimentar, Índice de Qualidade de Dieta Internacional, Tavira.

Abstract

Adherence to the Mediterranean Diet in Tavira

The association between diet and health is a constant concern of several epidemiological studies, and the Mediterranean region is one of the areas of the globe where there is a strong correlation between the practiced diet and health of the population.

Under the classification in 2010 by UNESCO, of Mediterranean Diet as Intangible Cultural Heritage of Humanity, and being Tavira the candidate city representative in Portugal, it was decided to do a study aimed at examining the dietary habits of the young-adult population of Tavira, by applying a questionnaire.

It was measured the relation between dietary habits practiced and socio-economic, demographic data, and the quality of the Mediterranean diet practiced.

It was used a diet quality index, Diet Quality Index International (DQI-I), previously applied in a study in southern Spain and amended to suit the Mediterranean diet assessment practiced by young spanish population respecting the daily recommendations.

The sample comprised 123 people, aged between 18 and 34 years, where most of them had a normal BMI. A score of 48% was obtained in the DQI-I, which indicates that the population does not follow a strict Mediterranean diet.

There were some differences relatively the traditional Mediterranean Diet proposed by Keys, since dietary patterns are undergoing some changes over time. This study represents a contribution to a better knowledge of the eating habits of this population, and the adherence of the same to Mediterranean Diet, in this region characteristically Mediterranean.

Keywords: Mediterranean Diet, diet quality index, Diet Quality Index-International, Tavira.

1. Introdução

A designação Dieta Mediterrânica (DM) pretende caracterizar padrões alimentares tradicionais praticados em Creta, noutras partes da Grécia e no Sul de Itália (Willet *et al.*, 1995). Desde 1952 têm sido realizados estudos que pretendem compreender a associação deste tipo de alimentação com a reduzida incidência de doenças cardíacas ateroscleróticas, verificadas nestas populações e emigrantes desses países (Peres, 1996).

Classificada em 2010 pela UNESCO como Património Cultural Imaterial da Humanidade, a DM é uma herança cultural dos povos da bacia do Mediterrâneo, em que se inclui Portugal (Câmara Municipal de Tavira, 2012; UNESCO, 2012). Caracteriza-se por um modelo nutricional que tem-se mantido constante ao longo do tempo e do espaço, baseado no consumo de azeite, cereais, frutos frescos e secos, bem como uma quantidade abundante de vegetais, quantidades moderadas de laticínios, quantidades limitadas de peixe e carne, utilização de muitos condimentos e especiarias, tudo acompanhado por vinho ou infusões, sempre respeitando as crenças de cada comunidade. De referir ainda que as sobremesas, ricas em açúcar ou mel, são tradicionalmente consumidas apenas em ocasiões festivas.

A DM promove também a interação social, uma vez que as refeições comuns são a pedra angular dos costumes sociais e eventos festivos (UNESCO, 2012; Trichopoulos, 2003; Fundación Dieta Mediterránea, 2010; Simopoulos, 2001).

Alguns autores consideram esta dieta muito próxima dos regimes lactovegetarianos (Ferro – Luzzi & Branca, 1995) pela abundância de alimentos vegetais, sazonais e pouco processados. Caracteriza-se também por quatro a cinco refeições diárias, à mesa e em família, com métodos culinários simples, tirando proveito das ervas aromáticas (Trichopoulos, 1997). A combinação destes grupos de alimentos garante um aporte apropriado de fibra alimentar, compostos antioxidantes e um equilíbrio adequado entre ácidos gordos saturados, monoinsaturados, polinsaturados *n-3* e *n-6* (Simopoulos, 2001), nutrientes associados a uma diminuição do risco de desenvolver doenças crónicas (Mackenbach, 2007).

O interesse actual na DM deriva da constatação de que certas regiões do Mediterrâneo apresentavam taxas reduzidas de mortalidade por doença crónica, aliadas a uma elevada esperança de vida. Estes resultados não se explicavam facilmente pelo nível educacional, socioeconómico, ou gastos com a saúde, uma vez que os indicadores socioeconómicos destas regiões eram globalmente baixos. Surgiu assim, a prática alimentar como a possível explicação destes resultados nestas populações (Nestlé, 1995).

Sendo a obesidade um problema de saúde pública cuja prevalência tem aumentado em vários países da Europa desde 1980 (Buckland, Bach, Serra-Majem,

2008) e sabendo-se que o consumo de alimentos com elevado teor em fibra e baixa densidade energética contribuem para a sua redução, tem sido sugerido que o padrão alimentar mediterrânico pode ter um contributo positivo para a resolução deste problema (Schroder, 2007).

A Dieta Mediterrânica diminuiu significativamente o risco de mortalidade, nomeadamente devido a doenças cardiovasculares, cancro, incidência de doença de Parkinson e Alzheimer (Sofi et al, 2008; Fung, Rexrode, Mantzoros, Manson, Willett, & Hu, 2009).

O consumo de produtos hortícolas estará ligado à redução da incidência de alguns tipos de cancro, dado estes alimentos serem ricos em antioxidantes naturais e vitaminas C, E, A e beta-caroteno (Santos, 2003). Pode citar-se o exemplo de um estudo em que foi avaliada a correlação entre a dieta mediterrânica e a incidência de melanoma, tendo-se concluído que alguns alimentos ricos em polifenóis e em ácidos gordos *n-3* podem diminuir o risco de melanoma cutâneo (Fortes *et al.*, 2008).

O azeite, componente essencial da DM, contém elevados teores de ácido oleico, o qual pode contribuir para baixar os níveis de colesterol sérico, os níveis de LDL, a tensão arterial, melhorar a sensibilidade à insulina e inibir a agregação plaquetária. Para além disso possui uma acção antiaterogénica e antitrombogénica (Santos, 2003).

Os padrões alimentares têm sofrido grandes alterações a nível global nos últimos anos (Marques-Vidal *et al.*, 2006; WHO, 2004; Balanza et. al., 2007; Alexandranatos *et al.*, 2006), de acordo com as quais, os alimentos densamente energéticos, ricos em gordura e hidratos de carbono simples e produtos de origem animal têm substituído os alimentos de origem vegetal, bem como hidratos de carbono complexos e fibra (Drewnowski, 1997). Estas alterações associam-se a modificações a nível demográfico, socioeconómico e do estado de saúde das populações, traduzindo-se num aumento global de prevalência de doenças crónicas e degenerativas (WHO, 2004). Neste contexto, também nos países da bacia mediterrânica se tem verificado um gradual distanciamento do tradicional padrão alimentar mediterrânico (Balanza *et al.*, 2007).

O presente estudo incide sobre os hábitos alimentares de jovens adultos do concelho de Tavira e pretende contribuir para conhecer alguns factores que influenciam os hábitos alimentares desta população e verificar se o padrão típico da DM se mantém, nesta faixa etária. O concelho de Tavira foi escolhido, no âmbito da candidatura Portuguesa, à nomeação na Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade (Câmara Municipal de Tavira, 2012). Tal como outros países, Portugal seleccionou uma comunidade representativa, Tavira, por mérito do seu património imaterial ancestral presente e pela sua identidade caracteristicamente mediterrânica (Câmara Municipal de Tavira, 2012).

A relação entre dieta e saúde pode ser avaliada pelo nível de alguns componentes do alimento (nutrientes), tipos de alimento, grupo ou grupos de alimentos

e padrões alimentares (Dam, 2005). A associação entre nutrientes, alimentos e várias doenças crónicas pode ser analisada por instrumentos dietéticos de avaliação global de dietas. Os índices são úteis para avaliar e guiar a ingestão da dieta individual e, em segundo lugar, para avaliar e guiar a ingestão da dieta de populações e, assim, promover a saúde por meio de programas de educação nutricional e prevenir doenças (Cervato & Vieira, 2003).

Pelo que neste estudo foi utilizada uma adaptação do Índice de Qualidade de Dieta Internacional (DQI-I), citado por (Mariscal-Arcas1 & Romaguera, 2007), de forma a avaliar a qualidade da dieta praticada pela população jovem adulta deste concelho.

Uma outra dimensão deste trabalho será a de fornecer, dados que poderão ser utilizados em acções de promoção deste padrão alimentar, tão benéfico para a saúde da população portuguesa.

2. Metodologia

O Concelho de Tavira situa-se no Sotavento Algarvio, sendo o terceiro maior Concelho da região algarvia e geomorfologicamente enquadra as três zonas do Algarve: litoral, barrocal e serra.

No presente estudo foi avaliada a população jovem adulta, de nacionalidade portuguesa do Concelho de Tavira, definida segundo os critérios da OMS, a qual se enquadra na faixa etária dos 18 aos 35 anos (Todd & Sommers, 2012; Oliveira S, 2011),

A recolha de dados foi efectuada por meio de um inquérito, constituído por dois questionários: Questionário Sócio-Ecómico-Demográfico (QSED) e Questionário de Frequência Alimentar (QFA) (anexos A e B). A cada QSED foi atribuído um código de identificação, de modo a garantir a confidencialidade dos dados obtidos. Recorreu-se a um QFA validado para a população portuguesa (Lopes, 2000) para avaliar os hábitos alimentares da população. Previamente à aplicação do inquérito, foi solicitada a autorização, por escrito, aos Gerentes dos estabelecimentos comerciais (anexo C), para a participação dos seus funcionários. O inquérito foi distribuído a 210 indivíduos, com mais de 18 e menos de 35 anos (completados até 31/12/2012). Foi inicialmente aplicado um questionário piloto para permitir realizar ajustamentos à população a avaliar.

A partir dos dados recolhidos no QSED, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) dividindo o peso de cada um dos inquiridos/as pela sua altura ao quadrado (WHO, 2012):

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2 (\text{m}^2)} \quad (\text{eq. 1})$$

O QFA, semi-quantitativo, é composto por uma lista de alimentos ou grupo de alimentos com nove categorias de frequências de consumo a variar entre “nunca” ou “menos de uma vez por mês” a “seis ou mais vezes por dia”, para além de uma secção com porções médias padrão.

Foram consideradas apenas as respostas correspondentes aos alimentos incluídos na pirâmide alimentar mediterrânica (Fundación Dieta Mediterránea, 2010; APN, 2010).

O QFA utilizado não é específico para a DM, pelo que foram selecionados apenas os alimentos pertencentes à pirâmide alimentar mediterrânica e agrupados de acordo com as designações do questionário (tabela 1).

Grupos Alimentares	Quantidades diárias /g
Grupo I – Prods. Lácteos (1,2,3,4,5)	135
Grupo II – Ovos (8)	21,43
Grupo II – Carnes brancas (9, 10)	150
Grupo II – Carnes Vermelhas (11, 12, 13)	110
Grupo II – Enchidos (14, 15,16)	35
Grupo II– Peixe e Mariscos (17,18,19,20,21,22)	117
Grupo III – Azeite e azeitonas (23, 72)	15
Grupo IV – Pão, cereais e similares (27,28,29)	56,6
Grupo IV – Arroz, Massa e Batatas (31,32,33,35)	230
Grupo V – Doces e pastéis (6,7,41,42)	6,67
Grupo VI – Hortaliças e legumes (43,44, 45,46,47,48,49, 50, 51,52,53,54, 55, 56)	190
Grupo VI – Leguminosas (57,58)	75
Grupo VII – Fruta Fresca (59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69)	394,6
Grupo VII – Frutos Secos (71)	60
Grupo VIIIa- Bebidas e miscelâneas (73)	122,5
Grupo VIIIb - Bebidas e miscelâneas (86)	250

Tabela 1. Grupos alimentares, constantes do QFA aplicado e respectivas quantidades diárias, recomendadas, expressas numa unidade comum (g alimento consumido/dia); para simplificar os cálculos utilizou-se uma tabela de conversão de porções e considerou-se que todos os líquidos tinham densidade unitária. Os grupos alimentares e índices numéricos, referidos em cada um deles, seguem a nomenclatura do QFA (ver anexo A), sendo que a existência de dois grupos VIII se deve ao facto de não fazer sentido misturar a sopa com o vinho tinto, embora estejam os dois incluídos nas miscelâneas.

Foram calculados os consumos de cada item, por género e para a amostra total e comparados com os valores de referência. Para além da apreciação qualitativa foram atribuídas classificações, de acordo com uma adaptação do Índice de Qualidade de

Dieta Internacional (DQI-I) (Kim *et al*, 2003), com o objectivo de correlacionar os hábitos alimentares registados, para a amostra estudada com o padrão da DM. O DQI-I, utilizado neste trabalho, centrou-se nos 2 primeiros de quatro critérios descritos por Mariscal-Arcas & Romaguera, (2007). Ou seja, os dados recolhidos permitiram atribuir classificações para os critérios “variedade” e “adequação” mas não foram recolhidos dados referentes aos critérios “moderação” e “equilíbrio geral”. Os componentes específicos da dieta foram avaliados em cada categoria e somados, de forma a obter uma classificação final numa escala de 0-100 pontos.

Os dados recolhidos, em ambos os questionários (QSED e QFA) foram introduzidos e processados no programa estatístico SPSS ® (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0 para o Windows), tendo sido analisados de forma univariada, bivariada e inferencial, para um intervalo de confiança de 95% e um valor de $p = 0,05$.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Dos 210 inquéritos distribuídos, foram recolhidos 123, com elevada frequência de não-respostas na última página, correspondente aos grupos alimentares VII - Frutos e VIII – Bebidas e miscelâneas. Responderam ao inquérito 73 mulheres (59.3%) e 50 homens (40,7%). As habilitações literárias das pessoas inquiridas, encontram-se distribuídas de acordo com a fig. 1.

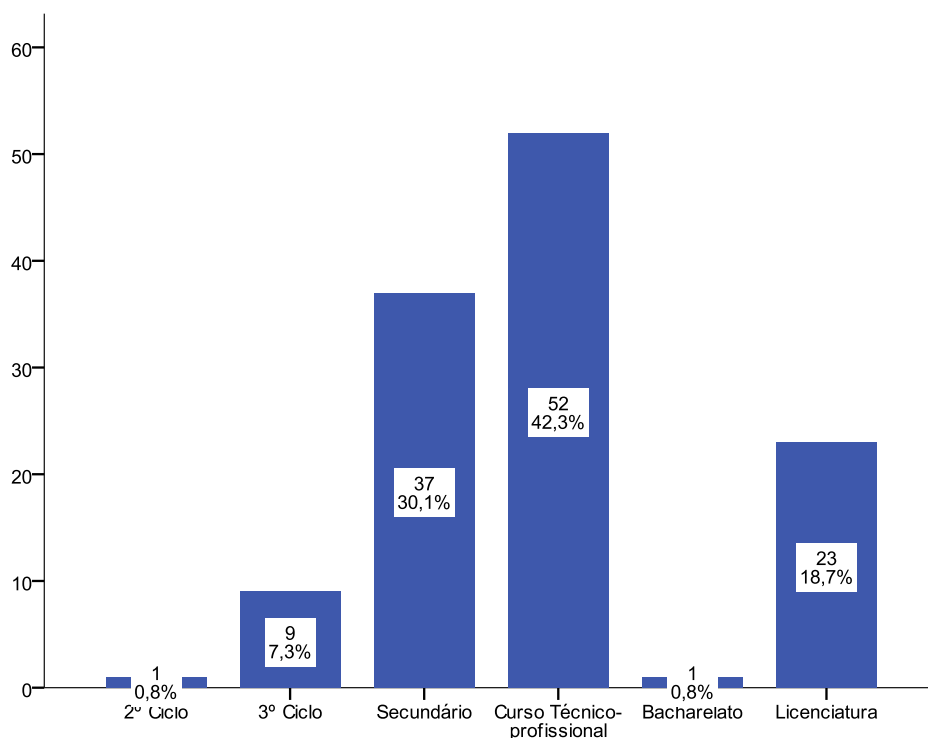


Figura 1. Habilitações literárias dos inquiridos

Dada a forma de recolha de dados (inquérito aplicado maioritariamente a lojistas), a grande maioria (53,7%) dos inquiridos disse ser empregado comercial (balcão, caixa, etc.) e em segundo lugar (22,8%) destacam-se os empregados da restauração (cozinheiros, empregados de mesa, etc.).

3.2. Variáveis antropométricas da amostra

No que respeita à saúde dos inquiridos, 88,0% dos homens e 91,8% das mulheres referem que não lhes foi diagnosticada qualquer doença. Apenas 6 homens e 6 mulheres disseram sofrer de alguma patologia, designadamente diabetes em 3 dos casos de cada género, respectivamente. Observou-se que a grande maioria das pessoas inquiridas neste estudo apresenta um IMC considerado normal (88,0% dos homens e 75,4% das mulheres), sendo que o IMC médio da amostra foi de 22,0% (WHO, 2012). Com baixo peso encontram-se 8 mulheres (11,6%) e com excesso de peso contam-se 6 homens e 6 mulheres (12,0% e 8,7% respectivamente).

Nos intervalos de índice de massa corporal considerados preocupantes, encontram-se 3 mulheres com excesso de peso, sendo que duas delas se inserem no grau II de obesidade (severa) e uma no grau I, havendo 8 mulheres com baixo peso (WHO, 2012).

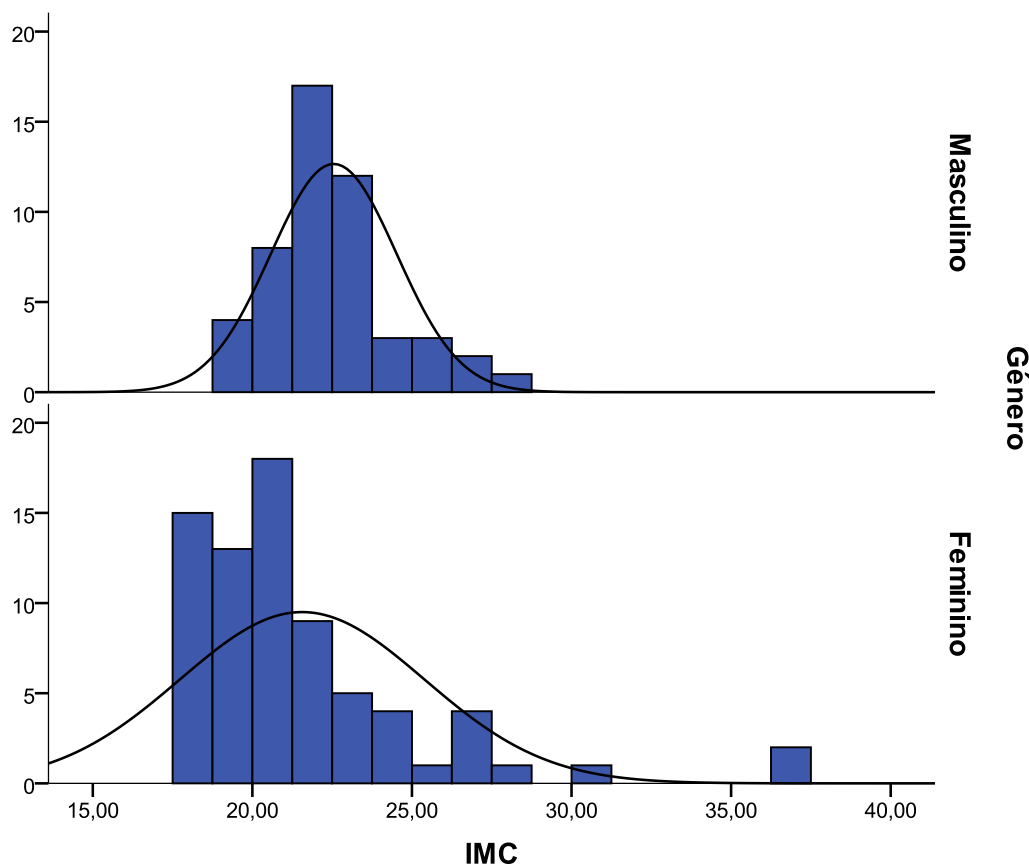


Figura 2: Histogramas da distribuição do IMC das pessoas inquiridas segundo o género, conjuntamente com a curva de Gauss

Quando se analisa a sua distribuição segundo o género das pessoas que foram inquiridas, verificamos que o valor médio do índice de massa corporal é ligeiramente superior nos homens (22,5 face a 21,6 nas mulheres). No entanto, é nas mulheres que se observam valores de variância (M: 14,7; H: 3,9) desvio-padrão (M: 3,8; H: 2,0) e coeficientes de assimetria (M: 7,7; H: 1,9) e de achatamento (M: 10,4; H: 0,9) mais elevados (fig 2). Pelo gráfico podemos verificar que, nas mulheres, os dados não seguem uma distribuição normal. Tal como se pode ver pelo coeficiente de assimetria, em que nas mulheres é superior a 1,96, sendo assimétrica positiva com um enviesamento à direita.

3.3. Actividade física

Analisando os resultados apresentados na tabela 2, é possível observar a existência de diferenças entre os géneros na forma como os inquiridos que responderam se posicionam face às questões em análise.

Tabela 2: Prática de actividade física e alimentação das pessoas inquiridas segundo o género

		Género			
		Masculino		Feminino	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Actividade Física	sim	34	68,0%	27	37,0%
	não	16	32,0%	46	63,0%
	Total	50	100,0%	73	100,0%
Regularidade	Diária	4	11,8%	3	11,1%
	2 vezes por semana	11	32,4%	14	51,9%
	3 vezes por semana	17	50,0%	6	22,2%
	Semanal	2	5,9%	4	14,8%
	Total	34	100,0%	27	100,0%
Conhecimento Dieta Mediterrânica	sim	21	42,0%	43	58,9%
	não	29	58,0%	30	41,1%
	Total	50	100,0%	73	100,0%
Alimentação segundo padrão mediterrânico	sim	11	52,4%	29	67,4%
	não	10	47,6%	14	32,6%
	Total	21	100,0%	43	100,0%

Entre o total de homens e mulheres que disseram praticar actividade física ("actividade física é todo o movimento diário, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e as actividades desportivas", WHO 1997), a regularidade com que a exercem é, também, maior nos homens.

No que respeita ao alegado conhecimento da DM, um pouco menos de metade dos homens e um pouco mais de metade das mulheres disseram ter conhecimento da mesma. Verificou-se também uma ligeiramente maior percentagem de mulheres que afirmou fazer uma alimentação de acordo com este padrão.

3.4. Hábitos alimentares

A segunda parte do inquérito incidiu sobre a caracterização do consumo médio de alimentos que compõem a DM. O questionário-base, devidamente validado, contemplou um total de 86 alimentos, sobre os quais foi pedido aos inquiridos que referissem, para cada alimento, os níveis de frequência do consumo e respectivas porções. Como já foi referido, a presente análise contemplou somente os alimentos que integram a DM, tendo sido considerados 63 alimentos, distribuídos por 16 sub-grupos alimentares, incluídos em 8 grupos de alimentos.

		Frequência do consumo alimentar							
		Nunca ou < 1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia
Grupo I: Prod. Lácteos	n	262	29	39	97	57	88	43	0
	%	42,60%	4,70%	6,30%	15,80%	9,30%	14,30%	7,00%	0,00%
Grupo II: Ovos	n	3	23	64	29	3	1	0	0
	%	2,40%	18,70%	52%	23,60%	2,40%	0,80%	0,00%	0,00%
Grupo II: Carnes brancas	n	73	24	38	71	33	7	0	0
	%	29,70%	9,80%	15,40%	28,90%	13,40%	2,80%	0,00%	0,00%
Grupo II: Carnes vermelhas	n	239	33	26	42	25	4	0	0
	%	64,80%	8,90%	7,00%	11,40%	6,80%	1,10%	0,00%	0,00%
Grupo II: Enchidos	n	93	148	61	45	12	6	4	0
	%	25,20%	40,10%	16,50%	12,20%	3,30%	1,60%	1,10%	0,00%
Grupo II: Peixe e Marisco	n	188	214	191	125	18	1	1	0
	%	25,50%	29,00%	25,90%	16,90%	2,40%	0,10%	10,00%	0,00%
Grupo III: Azeite e azeitonas	n	17	18	21	46	37	86	19	2
	%	6,90%	7,30%	8,50%	18,70%	15,00%	35,00%	7,70%	0,80%
Grupo IV: Pão, cereais e similares	n	178	40	25	44	20	55	8	2
	%	48,20%	10,80%	6,80%	11,10%	5,40%	14,90%	2,20%	0,50%
Grupo IV: Arroz, massa e batatas	n	65	91	101	115	55	58	6	1
	%	13,20%	18,50%	20,50%	23,40%	11,20%	11,80%	1,20%	0,20%
Grupo V: Doces e pastéis	n	170	116	70	55	27	44	9	1
	%	34,60%	23,60%	14,20%	11,20%	5,50%	8,90%	1,80%	0,20%
Grupo VI: Hortaliças e legumes	n	605	274	276	316	114	114	11	12
	%	35,10%	15,90%	16,00%	18,40%	6,60%	6,60%	0,60%	0,70%
Grupo VI: Leguminosas	n	47	36	47	79	19	12	2	4
	%	19,10%	14,60%	19,10%	32,10%	7,70%	4,90%	0,80%	1,60%
Grupo VII: Fruta fresca	n	219	123	138	76	5	0	0	0
	%	39,00%	21,90%	24,60%	13,50%	0,90%	0,00%	0,00%	0,00%
Grupo VII: Frutos secos	n	24	19	7	1	0	0	0	0
	%	47,10%	37,30%	13,70%	2,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Grupo VIII: Bebidas e miscelâneas (vinho)	n	17	9	6	5	2	9	3	0
	%	33,30%	17,60%	11,80%	9,80%	3,90%	17,60%	5,90%	0,00%
Grupo VIII: Bebidas e miscelâneas (sopa)	n	6	7	19	19	0	0	0	0
	%	11,80%	13,70%	37,30%	37,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Verifica-se que 42,6% dos participantes referem nunca consumir ou consumir menos do que uma vez por mês produtos lácteos, não havendo diferenciação por género. Assim, 15,8% dos indivíduos consomem produtos lácteos 2 a 4 vezes por semana e 14,3% consomem-nos uma vez por dia.

Dos inquiridos, 52,0% assinalaram que consomem ovos uma vez por semana e 23,6% consomem 2 a 4 vezes por semana.

Quanto ao consumo de carnes brancas 29,7% referiram consumir nunca ou menos do que uma vez por mês e 28,9% responderam que as consumiam 2 a 4 vezes por semana. Já a nível das carnes vermelhas, 64,8% responderam consumir nunca ou menos do que uma vez por mês e 11,4% de 2 a 4 vezes por semana.

No grupo dos enchidos verifica-se um baixo consumo, dado que 40,1% dos participantes os consomem 1 a 3 vezes por mês e 25,2% nunca os consomem ou consomem-nos menos do que uma vez por mês.

Relativamente ao peixe e marisco, 29,0% dos participantes referiram um consumo de 1 a 3 vezes por mês e 16,9% 2 a 4 vezes por semana.

O consumo de azeite e azeitonas regista frequências baixas, sendo que 35,0% dos participantes afirmaram consumir uma vez por dia e 18,7% 2 a 4 vezes por semana.

O pão, cereais e similares é referido por 48,2% dos participantes como nunca sendo consumido ou em menos que uma vez por mês.

No grupo do arroz, massa e batatas, 23,4% dos participantes afirmaram consumir estes alimentos 2 a 4 vezes por semana e 18,5% consomem-nos 1 a 3 vezes por semana, verificando-se um maior consumo por parte das mulheres (H: 6,7%; M: 11,8%). De notar que 34,6% dos indivíduos referiu nunca consumir ou consumir alimentos deste grupo menos do que uma vez por mês.

Os legumes eram consumidos 2 a 4 vezes por semana por 19,4 % dos participantes, enquanto 35,1% referiu nunca consumir ou consumir menos de uma vez por mês.

No que respeita ao grupo das leguminosas 32,1% dos participantes consomem estes alimentos 2 a 4 vezes por semana e 19,1% nunca os consomem ou fazem-no menos que uma vez por semana. As mulheres consomem menos leguminosas do que os homens, e 1,6% dos participantes afirmaram consumi-las 4 a 5 vezes por dia.

A fruta fresca regista frequências de consumo diário muito baixas, sendo que 39% dos participantes responderam nunca consumir fruta ou consumi-la menos do que uma vez por mês e 24,6% consomem fruta apenas uma vez por semana.

O consumo de frutos secos regista também valores muito baixos, sendo que 47,1% dos participantes referiu nunca os consumir ou consumi-los menos do que uma vez por mês.

Relativamente ao vinho, 33,3 % dos participantes nunca o consomem ou consomem-no menos do que uma vez por mês mas 17,5 % diz consumir vinho uma vez por dia.

A sopa registou uma frequência de consumo de 37,3% uma vez por semana e 37,3 %, 2 a 4 vezes por semana.

Tabela 3. Pontuação DQI-I

Grupos alimentares	Escala de pontuação	Critérios de pontuação		Pontuação média
		Pontos	Critérios	
Variedade	0 - 20			
Variedade de consumo entre grupos de alimentos	0 - 15	15	≥ 1 porção de cada grupo de alimentos	3
		12	1 grupo de alimentos em falta	
		9	2 grupos de alimentos em falta	
		6	3 grupos de alimentos em falta	
		3	≥ 4 grupos de alimentos em falta	
		0	nenhum de qualquer grupo de alimentos	
Variedade de consumo dentro de cada grupo de alimentos	0 - 5	5	≥ 3 alimentos diferentes	5
		3	2 alimentos diferentes	
		1	apenas 1 alimento	
		0	nenhum alimento	
Adequação	0 - 80		(a)	
				TOTAL
				48

- a) Na adequação à DM, considera-se, para todos os grupos de alimentos, um pontuação de 5 para > 100% do consumo recomendado, 3 para 50 – 100% do consumo recomendado, 1 para < 50% do consumo recomendado e 0 para 0% do consumo recomendado

4. Discussão

Os resultados do inquérito aplicado ao longo deste trabalho permitem avaliar a ingestão nutricional da população participante, constituindo uma valiosa ferramenta de carácter epidemiológico (Moreira, 2001).

O inquérito foi aplicado em algumas lojas do Concelho de Tavira, e foi solicitado a todos os inquiridos que preenchessem os questionários da forma mais sincera possível, uma vez que os dados seriam confidenciais. Durante o preenchimento dos questionários esteve quase sempre alguém presente, salvo alguns casos em que tal não foi permitido. No entanto verificou-se que apenas 61,5% dos inquiridos responderam e parte deles não completaram o questionário, tendo-se absterido de preencher a última página, o que pode ter causado enviesamento de resultados, podendo constituir uma das limitações deste estudo. Parece ter havido também algum erro de tendência central nas respostas, devido à extensão e forma como está construído o QFA utilizado. A reduzida dimensão da amostra (123 pessoas) é uma outra limitação a este estudo, tal como poderá ser a existência de um número elevado de residentes estrangeiros, no concelho de Tavira, que não foram incluídos na amostra, por

presumivelmente não seguirem os mesmos hábitos da comunidade autóctone. Embora os QFA sejam considerados ferramentas simples, rápidas e pouco dispendiosas, dependem da memória do entrevistado, provocam alguma fadiga, associada à extensão e requerem a percepção das doses médias dos alimentos (Lopes, 2006).

Analisando o IMC dos participantes, verifica-se uma maior discrepância de valores nas mulheres, relativamente aos homens. Aquelas parecem ter tendência para distúrbios alimentares, como se pode verificar na distribuição do seu IMC, onde se visualiza vários casos de baixo peso e alguns com excesso de peso e obesidade (fig. 2). Estes valores parecem contrariar dados publicados, que indicam que a população portuguesa apresenta percentagens significativas de indivíduos com peso a mais e mesmo de obesidade, com taxas de 41,0% e 13,0%, respectivamente, no caso dos homens, enquanto na população feminina, 31,0% das mulheres têm peso a mais e 15,0% são obesas (Relatório Europeu de Saúde e Nutrição, 2000).

Existem evidências de que a prática regular de actividade física protege contra o aumento de peso resultante de um estilo de vida sedentário (WHO, 2003). Os homens participantes neste estudo praticam actividade física com maior regularidade do que as mulheres, o que poderá justificar um melhor padrão de distribuição do IMC.

Na caracterização dos hábitos alimentares, o consumo de ovos, carne e peixe (grupo II) foi alvo de uma análise diferenciada, de forma a caracterizar o padrão de consumo e compará-lo com a DM, que pressupõe um maior consumo de peixe e um menor consumo de carne, sendo as carnes brancas preferidas relativamente às vermelhas. O consumo de carne é reduzido, notando-se um maior consumo de carnes brancas relativamente às vermelhas. O consumo de ovos pode considerar-se moderado, o que respeita as características da DM.

Observou-se um consumo de produtos lácteos inferior ao preconizado pela Nova Roda dos Alimentos Portuguesa (3 porções) mas de acordo com a DM, caracterizada por um consumo moderado de produtos lácteos.

Na população de Tavira verifica-se um consumo reduzido de azeite, estando o mesmo a ser substituído por outras fontes de gordura, nomeadamente as gorduras saturadas, o que constitui um nefasto afastamento do padrão mediterrânico.

Aparentemente, a população jovem adulta de Tavira não tem o hábito de consumir fruta diariamente, sendo que a maioria dos participantes diz consumir apenas uma peça de fruta mensalmente. Também aqui se verifica um desvio à tipicidade da DM.

A indicação de que 1,6% dos participantes responderam que consumiam leguminosas 4 a 5 vezes por dia parece denotar uma errada compreensão do questionário, pois tal significaria que essas pessoas consomem leguminosas em todas as refeições, incluindo pequeno-almoço e lanche.

O pão, a massa, o arroz e as batatas, componentes do grupo IV foram separados, para obter uma melhor discriminação dos consumos. O arroz, massa e batata registam valores de consumo baixos, inferiores a duas vezes por dia, sendo que 23,4% dos participantes referiram uma frequência de consumo, deste grupo alimentar, de duas a quatro vezes por semana, o que sugere que uma das principais refeições diárias não seja uma refeição completa, mas sim algo rápido que não exija muita preparação culinária.

De acordo com os critérios de Kim *et al.* (2003) e Mariscal Arcas (2007) sobre adequação às características da DM, pontuações inferiores a 60,0%, obtidas no DQI-I, indicam uma dieta de baixa qualidade. Considerando que neste estudo se obteve uma pontuação de 48,0%, para o índice de qualidade da dieta, tal valor parece então indicar que a população do concelho de Tavira não segue uma DM típica, confirmando a tendência de alteração de hábitos alimentares verificada noutros países do Mediterrâneo Balanza *et al.*, 2007.

O DQI-I centra-se em quatro aspectos principais de uma dieta de alta qualidade, ou seja, a variedade, a adequação, moderação e equilíbrio global. Destes, foram avaliados apenas a variedade e a adequação, sendo que na adequação foram avaliados os grupos definidos anteriormente.

Mariscal Arcas (2010), procurou provar a adequação do índice DQI-I à avaliação da DM, considerando alguns autores discutível a aplicação destes critérios ao tipo de dietas do Mediterrâneo.

A avaliação da DM através de métodos que utilizam pontuações é limitada pela subjectividade da seleção de componentes de pontuação e condicionada pelos dados disponíveis e objectivos do estudo. No entanto, constitui um método muito útil para avaliar associações epidemiológicas, sendo também útil para medir as tendências de consumo de alimentos e identificar os factores envolvidos, assim como para desenvolver recomendações nutricionais (Ciccarone *et al.*, 2003).

O presente estudo reflecte uma diminuição do consumo de legumes, fruta e cereais, em conjunto com um maior consumo de carnes brancas relativamente às carnes vermelhas. Este padrão está de acordo com o relatado, quer para Portugal (Marques-Vidal *et al.* 2006, Rodrigues *et al.* 1995), quer para outros países Mediterrânicos (Baldini, 2009), referindo ainda este autor que as gerações mais novas não seguem os padrões alimentares tradicionais. Também Balanza *et al.* (2007), demonstraram que os hábitos alimentares dos países Mediterrânicos se distanciam gradualmente do padrão alimentar tradicional.

Se se comparar os dados deste estudo com a situação verificada em Portugal, no período entre 1970 e 1997 (INE, 2004), verifica-se uma tendência semelhante de afastamento da DM, pois o consumo energético diário aumentou cerca de 22,0%, maioritariamente devido a consumo de produtos de origem animal. Contudo, estes produtos têm perdido alguma importância para os de origem vegetal, que representavam

em 1970 um quinto do consumo calórico diário, passando para um quarto em 1997. De realçar ainda, que entre 1970 e 2002, verificou-se um aumento de 55 e 52 kg, no consumo anual de carne e de leite por cada português. Por outro lado, a capitação anual de produtos hortícolas e batata, de vinho e de cereais e arroz registou reduções de 78 kg, 35 kg e 19 kg, respectivamente (INE, 2004).

Segundo Padilla, 2000 e de acordo com dados da FAO/AGROSTAT, para a região do Mediterrâneo, o consumo energético diário, *per capita*, aumentou de 2900 kcal na década de 1960 para 3450 kcal em 1990. Da mesma forma, o consumo de produtos de origem animal aumentou no mesmo período, de 23,0% para 30,0%. O mesmo aconteceu com o consumo de gorduras, passando de 25,0% para 40,0%.

Assiste-se assim à alteração progressiva de hábitos alimentares, que são resultado de séculos de evolução e aprendizagem, com a conseqüente perda da importante entidade cultural que lhes era subjacente.

5. Conclusões

À semelhança do que se passa com os outros países mediterrânicos, verifica-se também um desvio relativo a hábitos tradicionais no Concelho de Tavira, onde o modo de vida saudável do mediterrânico se desvanece. Deve pois assumir-se como prioridade, corrigir os pequenos desvios do padrão da DM e adaptá-la aos tempos modernos sem perder de vista as suas características e qualidades.

Os componentes da DM tradicional estão aparentemente presentes na população jovem adulta do Concelho de Tavira, apesar de alguns hábitos necessitarem de ajustes.

Na educação alimentar desta população, deve ter-se em conta o facto de não existir um hábito de consumir todos os dias uma peça de fruta; de haver um consumo muito reduzido de legumes e sopa; de haver uma refeição diária que não seja completa.

Verifica-se que existe uma clara necessidade de criar programas de promoção da saúde, com especial ênfase na educação nutricional. A recuperação de hábitos tradicionais mediterrânicos, em conjunto com a implementação de atividade física, pode ser benéfico para a saúde e qualidade de vida da população.

A DM deve ser promovida, contudo, não só pelas autoridades de Saúde, mas também pelas pessoas que têm o poder de persuasão; as autoridades municipais, a restauração e os peritos do *marketing* (Haber B, 1997).

Este estudo pode contribuir para compreender alguns dos factores que influenciam os hábitos alimentares da população jovem adulta do Concelho de Tavira e evidencia a necessidade de mais estudos deste género, bem como outros mais

Adesão à Dieta Mediterrânica no Concelho de Tavira – Licenciatura em Ciências da Nutrição

específicos para consubstanciar a candidatura Portuguesa à nomeação para a Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade da UNESCO.

6. Referências

Alexandratos N. (2006). The Mediterranean diet in a world context. *Public Health Nutrition*; 9(1a):111-17.

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2010). Guia alimentar para uma Alimentação Saudável. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Disponível on-line em: file:///F:/ddfdf.htm. Último acesso em: 25-09-2012.

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2011). Nova Pirâmide da Dieta Mediterrânica. Disponível on-line em: file:///F:/defaultArticleViewOne.asp.ht. Último acesso em: 28-09-12.

Balanza R, Garcca-Lorda P, Perez-Rodrigo C, Aranceta J, Bonet MnB, Salas-Salvad J. (2007). Trends in food availability determined by the Food and Agriculture Organization's food balance sheets in Mediterranean Europe in comparison with other European areas. *Public Health Nutrition* , 10(02):168-76.

Baldini M, Pasqui F, Bordoni A, Maranesi M. (2009). Is the Mediterranean lifestyle still a reality? Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students. *Public Health Nutrition* , 2, pp 148155 doi:10.1017/S1368980008002759.

Buckland G, Bach A, Serra-Majem L. (2008). Obesity and the Mediterranean diet: a systematic review of observational and intervention studies. *Obesity Reviews*.;11:1372–78.

Câmara Municipal de Tavira. (2012). Tavira integra candidatura da Dieta Mediterrânica a Património Imaterial da UNESCO. Consultado em Junho, 5, 2012, através de <http://www.cm-tavira.pt/site/node/483>

Cervato AM, Vieira VL. (2003). Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. *Rev Nutr.*; 16(3):347-55. doi: 10.1590/S1415-52732003000300012.

Ciccarone E, Di Castelnuovo A, Salcuni M, Siani A, Giacco A, Donati M, et al. (2003). A high-score Mediterranean dietary pattern is associated with a reduced risk of peripheral arterial disease Indexes evaluating adherence to the Mediterranean diet 145 in Italian patients with type 2 diabetes. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 1:1744–52.

Comissão Europeia. (2003). Relatório sobre a situação das actividades da Comissão Europeia no domínio da nutrição na Europa. Outubro de 2002. 2003 — 44 p.ISBN 92-894-4520-3

Dam RM. (2005). New approaches to the study of dietary patterns. *The British Journal of Nutrition* , 93(5): 573-4.

Drewnowski A, Popkin B. (1997). The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutrition Reviews.*; 55(2): 31 -43

Dieta Mediterrânica Algarvia (2008, Abril) Disponível on-line em: http://admin.globalgarve.pt/app/globalgarve/uploads/Publicacao/dietmed_versao_por_reduzido.pdf. Último acesso em:25-09-2012

Ferro – Luzi A, Branca F. (1995). Mediterranean Diet, Italian-style: prototype of a healthy diet. *The American Journal of Clinical Nutrition* , 51 (suppl); 13385 – 45.

Fortes C, Mastroeni S, Melchi F, Pilla M, Antonelli G, Camaioni D, Alotto M and Pasquini P. (2008). A protective effect of the Mediterranean for cutaneous melanoma. *International Journal of Epidemiology*.37 (5): 1018-1029 doi: 10.1093/ije/dyn132.

Fundación Dieta Mediterránea. (2010). Disponível on-line em: http://dietamediterranea.com/dietamed/piramide_PORTUGUES.pdf. Último acesso em 24-09-2012.

Fung T, Rexrode K, Mantzoros C, Manson J, Willett W, Hu F. (2009) Mediterranean diet and incidence and mortality of coronary heart disease and stroke in women. *National Institute of health*, 2009 March 3; 119(8): 1093–110

Haber B. (1997). The Mediterranean diet: a view from history. *The American Journal of Clinical Nutrition* , 66(4 Suppl):1053S-1057S.

Harvard Health letter. (Maio, 2012). Food for thought. *Harvard Health Letter*; May2012, Vol. 37 Issue 7, p1-2, 2p. Consultado em Junho 25, 2012, através de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=551c7a6f-c740-4b8a-a9e7-23623e2f1017%40sessionmgr110&vid=2&hid=7>

INE. (2004). 30 Anos de 25 de Abril - Um Retrato Estatístico. Lisboa: INE, 2004. Disponível on-line em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72499&DESTAQUESmodo=2. Último acesso em 25-09-2012.

Instituto Nacional de Estatística. (1999). Usos do Tempo. Disponível on-line em: http://www.cite.gov.pt/asstscite/downloads/Usos%20do%20tempo_Portugal_1999.pdf. Último acesso em 25-09-2012.

Karamanos B, et al. (2002). Nutritional habits in the Mediterranean Basin. The macronutrient composition of diet and its relation with the traditional Mediterranean diet. Multi-centre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes (MGSD). *European Journal of Clinical Nutrition* , 56(10):983-91.

Kim S, Haines PS, Siega-Riz AM, Popkin BM. (2003). The Diet Quality Index-International (DQI-I) Provides an Effective Tool for Cross-National Comparison of Diet Quality as Illustrated by China and the United States. *The Journal of Nutrition* , 133: 3476-3484.

Lopes, C. et al., (2006). “Consumo alimentar no Porto”. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível on-line em: www.consumoalimnetarporto.med.up.pt

Mackenbach J. (2007). The Mediterranean diet story illustrates that “why” questions are as important as “how” questions in disease explanation. . *Journal of Clinical Epidemiology* , 60(2):105-9.

Mariscal-Arcas M, Romaguera D. (2007). Diet quality of young people in southern Spain evaluated by a Mediterranean adaptation of the Diet Quality Index-International (DQI-I), *British Journal of Nutrition*, 98, 1267–1273.

Marques – Vidal P, Ravasco P, Dias C, Camilo M. (2006). Trends of food intake in Portugal, 1987 – 1999: results from the National Health Surveys. *European Journal of Clinical Nutrition* , 60(12):1414-22.

Moreira, P. (2001). Ingestão nutricional e estratégias de controlo de peso associadas ao comportamento alimentar restritivo numa amostra de estudantes da Universidade do Porto. [Tese de Doutoramento]. Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Nestle, M. (1995). Mediterranean diets: historical and research overview *The American Journal of Clinical Nutrition* , 61 (suppl): 1313S – 20S.

Oliveira, S. (2011). Saúde mental e consumo de substâncias psicoactivas em adultos na comunidade. Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

Padilla, Martine (2001). Evolution of Mediterranean Diet: Facts, Causes, Effects. *Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione / European*. pp 69-84.

Peres, Emílio. (1996). Prodigiosa Alimentação Mediterrânica. *Revista de Alimentação Humana* , pp. Vol.2, n.º3, p.5-7.

Rodrigues S, Almeida MDV. (1995). Conceitos e práticas alimentares em dois grupos etários de portuguesas. *Revista de Alimentação Humana*. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e alimentação; 1(2) 4-18.

Rombo, M. M., Martins, I. & Cruz, A. (1996). Anexo-Pesos e Porções de alimentos (Medidas caseiras). In: *Modelos Fotográficos para Inquéritos Alimentares*. Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, pp. 62-64.

Santos, P. (2003). A qualidade da Dieta Mediterrânica numa população jovem do sul de Portugal. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Schroder H. (2007). Protective mechanisms of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. *The Journal of Nutritional Biochemistry* , 18:149–60.

Schroder, H., Marrugat, J. et al. (2004). Adherence to the Traditional Mediterranean Diet is inversely associated with Body Mass Index and Obesity in a Dpanish Population. *American Society for Nutritional Sciences*, 0022-3166/04.

Simopoulos A. (2001). The Mediterranean diets: what is so special about the diet of Greece? *The scientific evidence. The Journal of Nutrition* , 131(11):3065S-73.

Sofi, F., Cesari, F., et al.: Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ* 2008;337:a1344 doi:1136/bmj.a1344

Todd, S. & Sommers, B. (2012) Overview of the Uninsured in the United States: A Summary of the 2012 Current Population Survey Report. *ASPE Issue Brief*.

Trichopoulo A. (1997): Healthy Traditional Mediterranean Diet – An Expression of Culture, History and lifestyle, *Nutrition Reviews*, Vol. 55, nu. 1997. 383-389.

Trichopoulos D. (2002). In defense of the Mediterranean diet. *European Journal of Clinical Nutrition* , 56:928–9.

Unesco Culture Sector – Intangible Herritage – 2003 Convention. ; Disponível on-line em: URL: <http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/00394>. Último acesso em 20-09-2012.

WHO. (2004). Food and health in Europe: a new basis for action. Copenhagen: WHO regional publications.

WHO. Mean body mass index; Disponível on-line em: URL: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/. Último acesso em 24 – 09 – 2012.

WHO. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, 28 January – 1 February 2002. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.

Willet WC et al. (1995). Mediterranean Diet Pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition* , vol. 61 no. 6 1402S-1406S.

ANEXOS