

Adesão ao padrão alimentar mediterrânico numa população com baixo rendimento

Ana Rita Catita Chaves^{1,2*} , Paula Pereira^{1,2,3} , Sofia Martins⁴ , Renata Ramalho^{1,2,3} 

¹Cooperativa de Ensino Egas Moniz CRL, Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), Monte de Caparica, Portugal;

²Grupo de estudos em Nutrição Aplicada- IUEM., Portugal;

³Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), Monte de Caparica, Portugal;

⁴ACES Arco Ribeirinho- URAP, Portugal.

*✉ anaritachavess@gmail.com

Recebido em: 14 abril 2020; Revisto em: 28 julho 2020; Aceite em: 28 julho 2020

Resumo

Introdução: Portugal é um país de tradição mediterrânica, onde o Padrão Alimentar Mediterrânico é considerado um modelo de alimentação saudável. Contudo, ao longo do tempo tem sido notória uma diminuição gradual da adesão a este padrão. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico de acordo com o rendimento mensal. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo observacional descritivo com utentes das consultas de nutrição da Unidade de Cuidados de Saúde Primários da Moita e do Montijo. Avaliou-se o rendimento mensal individual ou rendimento familiar *per capita* de cada participante, através de um questionário sociodemográfico. A adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico foi aferida através do instrumento PREDIMED. Foi também realizada a análise estatística com recurso ao teste Mann-Whitney e Teste de Qui-Quadrado, sendo considerada uma significância de 5%. **Resultados:** Numa amostra total de 43 participantes, 30% apresentou uma boa adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico. Verificou-se ainda uma diferença importante na adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico de acordo com o rendimento: 64% de adesão na população classificada como “Alto rendimento” versus 14% de adesão na população “Baixo rendimento”. Foi também perceptível uma maior adesão a todos os grupos alimentares característicos deste padrão alimentar, pela população “Alto rendimento”. **Conclusão:** Concluiu-se que a população “Alto rendimento” apresentou uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e a todos os seus alimentos característicos, em comparação com a população “Baixo rendimento”.

Palavras-chave: Padrão alimentar mediterrânico, alto rendimento, baixo rendimento, nutrição, saúde.

Summary

Introduction: Portugal is a country of Mediterranean tradition, where the Mediterranean Food Pattern is relevant and recognized as a healthy eating model. However, over the years, a gradual decrease in adherence is noticeable. **Objective:** The objective of the study was to assess adherence to the Mediterranean Food Standard according to monthly income. **Materials and Methods:** A descriptive observational study was carried out with users of nutrition consultations at the Moita and Montijo Primary Health Care Unit. The individual monthly income or family income per capita of each participant was evaluated through a sociodemographic questionnaire. Adherence to the Mediterranean Food Standard was assessed using the PREDIMED instrument. Statistical analysis was also performed using the Mann-Whitney test and the Chi-square test, with a significance of 5%. **Results:** In a total sample of 43 participants, 30% showed good adherence to the Mediterranean Food Standard. There was also an important difference in adherence to the Mediterranean food pattern according to income: 64% adherence in the “High income” population versus 14% adherence in the “Low income” population. Greater adherence to all food groups characteristic of this food pattern was also noticeable by the “High income” population. **Conclusion:** It was concluded that the “High income” population has a higher adherence to the Mediterranean Food Standard and to all its characteristic foods, when compared to “Low income” population.

Keywords: Mediterranean food pattern, high income, low income, nutrition, health.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (Palma, 2000). Inerente ao estado de saúde individual ou das

comunidades, vários são os fatores influenciadores, tais como: fatores biológicos, fatores sociais e económicos, estilo de vida e acesso a diversos serviços, nomeadamente o sistema nacional de saúde (George, 2011).

De entre os fatores mencionados, a aquisição de um estilo de vida saudável evidencia a obtenção de ganhos para a saúde, estando amplamente interligado com a adoção de

uma alimentação saudável, contribuindo drasticamente para a redução do número de doenças (Dias, 2006). Vários são os padrões alimentares estudados ao longo dos anos e a forma como cada população se relaciona com os produtos alimentares e modos de confeção, destacando-se cientificamente o Padrão Alimentar Mediterrânico, integrado no espaço e no tempo das culturas locais (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Embora Portugal não seja banhado pelo mar mediterrânico, apresenta características culturais, práticas sociais e hábitos alimentares característicos dos países mediterrânicos (DGS, 2016).

Desta forma, em Dezembro de 2013 a UNESCO reconheceu a presença do património alimentar mediterrânico em Portugal associando-se assim a países como a Croácia, Espanha, Chipre, Grécia, Marrocos e Itália (Graça, 2014).

A existência de um Padrão Alimentar Mediterrânico unanimemente praticado por toda a região mediterrânica é um assunto de alguma complexidade, conseqüente da diversidade de características culturais, geográficas, condições políticas e económicas, diferentes padrões de saúde, etc. Assim é possível afirmar que ao longo do mediterrâneo há variações a nível do seu padrão alimentar. O primeiro modelo base da alimentação mediterrânica surgiu em Creta, onde se verificava um consumo abundante de hortaliças, legumes, fruta e leguminosas secas, um consumo moderado de peixe e um consumo pobre em carne, uma ingestão moderada de vinho e o uso de azeite como principal gordura (Durão, Oliveira & De Almeida, 2008).

Na atualidade, o Padrão Alimentar Mediterrânico é definido através de algumas características, comuns aos vários países. Uma predominância de produtos agrícolas, tais como, fruta, vegetais, cereais, frutos secos e oleaginosas, um consumo dominante de peixe, um baixo consumo de carne vermelha e um consumo moderado de carne de aves e laticínios. É ainda característico pela utilização de azeite como principal gordura alimentar e uma ingestão moderada de vinho (Rico-Cabanas, García-Fernández, Estruch & Bach-Faig, 2014).

Desde 1995 que o Padrão Alimentar Mediterrânico é representado numa pirâmide que destaca graficamente todos os grupos de alimentos que devem ser consumidos e a sua frequência. Contudo, aos longo dos anos, várias têm sido as mudanças tanto a nível cultural, como geográfico ou socioeconómico, surgindo assim a necessidade de se desenvolver uma nova pirâmide, atualizada e adaptada às tradições culturais. Assim, a *Fundacion Dieta Mediterranea* juntamente com o *Forum on Mediterranean Food Culture* promoveram o diálogo entre peritos internacionais e reuniram várias opiniões científicas no sentido de desenvolver a sua nova representação gráfica. Esta foi divulgada em 2010 e fornece os elementos chave para a seleção de alimentos, quantitativamente e qualitativamente integrando as várias tradições culturais (Bach-Faig *et al.*, 2011).

O Padrão Alimentar Mediterrânico tem sido amplamente relatado como um modelo de alimentação saudável, contribuindo para uma otimização do estado de saúde e qualidade de vida. Associado aos seus benefícios está veiculada a sua riqueza nutricional através de uma ingestão moderada de hidratos de carbono e proteína animal e vegetal (Rico-Cabanas *et al.*, 2014). O conteúdo lipídico é também muito vantajoso, devido à sua elevada proporção de gordura insaturada,

mais especificamente um alto teor em MUFA (ácidos gordos monoinsaturados), sobretudo ácido oleico e um teor moderado em PUFA (ácidos gordos polinsaturados), ambos provenientes do azeite, frutos secos e oleaginosas (Durão *et al.*, 2008). É ainda rico em fibra alimentar, micronutrientes e substâncias protetoras, como os antioxidantes, conseqüentes do elevado consumo dos alimentos de origem vegetal (DGS, 2016). A relação entre a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e melhorias evidentes na saúde tem sido objeto de estudo ao longo dos tempos. Tem sido sugerido uma redução na mortalidade naqueles que aderem a este padrão alimentar. Associada a esta redução destaca-se o fator protetor para o desenvolvimento de doenças crónicas, como cancro, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e neurodegenerativas e ainda obesidade (Sofi, Cesari, Abbate, Gensini & Casini, 2019).

Apesar dos benefícios amplamente documentados para a saúde, é notória uma diminuição gradual da adesão ao padrão alimentar mediterrânico ao longo das últimas décadas (Bonaccio, Bes-Rastrollo, de Gaetano & Iacoviello, 2016). As mudanças sociais, culturais e a globalização são conseqüências desta diminuição, contudo evidências recentes demonstram também, uma forte relação com o estado socioeconómico das populações. Pessoas mais desfavorecidas são menos propensas a seguir o Padrão Alimentar Mediterrânico (Bonaccio *et al.*, 2014).

Alimentos com alto valor energético, ricos em gorduras, açúcares e sódio e por sua vez com um preço acessível, passaram a ser a principal escolha de grupos populacionais com baixo rendimento (Drewnowski & Eichelsdoerfer, 2009). Todavia, o consumo excessivo destes alimentos agregado a um estilo de vida sedentário está na base de uma maior incidência de obesidade e doenças associadas (Bonaccio *et al.*, 2012).

A escolha de alimentos mais baratos está relacionada com o crescente aumento do custo de alguns alimentos pertencentes ao Padrão Alimentar Mediterrânico (Saulle, Semyonov & La Torre, 2013). Um estudo realizado em Espanha verificou também a relação entre custo de alimentos e obesidade e constatou que uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico está associada a custos monetários mais elevados e inversamente associado ao índice de massa corporal e obesidade (Schröder, Marrugat & Covas, 2006).

Contudo, é possível adquirir padrões alimentares saudáveis com diferentes gastos a nível económico. Drewnowski e Eichelsdoerfer (2009) exploraram a relação entre densidade energética e custo de alimentos por 100g e revelaram uma grande variação de preço, dentro de cada grupo alimentar. Assim, é possível optar-se por alimentos ricos nutricionalmente, mas com um custo mais reduzido. Desta forma, pode concluir-se que a chave para evitar o aumento dos custos totais do padrão alimentar, está maioritariamente na educação dos consumidores. (Drewnowski & Eichelsdoerfer, 2009).

Face ao que foi descrito anteriormente, este estudo foi concebido com o principal objetivo de verificar a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico, dos utentes que se deslocaram às consultas de nutrição da Unidade de Cuidados de Saúde Primários da Moita e do Montijo, de acordo com o seu rendimento mensal.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. AMOSTRA E DESENHO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional descritivo, numa amostra total de 43 participantes, onde foi considerado como critério de inclusão os utentes que auferiam um rendimento mensal, individual ou familiar e como critérios de exclusão todos os participantes com uma idade inferior a 18 anos.

2.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A todos os utentes que se deslocaram às consultas, foi entregue um consentimento informado com o intuito de explicitar detalhadamente o objetivo e protocolo do estudo em questão e de recolher as assinaturas daqueles que aceitaram participar. Este estudo decorreu de acordo com a Declaração de Helsínquia e foi aprovado em Comissão de Ética Nacional.

2.3. METODOLOGIA

2.3.1. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO RENDIMENTO MENSAL

De forma a avaliar o rendimento mensal, individual ou familiar, de cada participante, foi elaborado um questionário, constituído por 7 perguntas no total, 4 de resposta aberta e 3 de resposta fechada. Relativamente às perguntas de resposta aberta, era inquirido o género, a idade, a profissão e ainda o número de pessoas pertencentes ao agregado familiar. O rendimento foi avaliado através de uma pergunta de resposta fechada com 5 possibilidades de resposta: Menor que o ordenado mínimo; Ordenado mínimo; Entre o ordenado mínimo e os 1000€; Entre os 1000€ e 1500€; Mais de 1500€. Foi ainda avaliado o rendimento do agregado familiar, no caso de este existir, através de uma questão de resposta fechada equivalente à anterior.

2.3.2. QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO

Para avaliação da adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico foi usado o instrumento PREDIMED (PRevenção com Dieta MEDiterrânea), previamente validado. Este foi formulado em Espanha, com o intuito de verificar a eficácia do Padrão Alimentar Mediterrânico na prevenção primária da doença cardiovascular, observando ainda o seu efeito a longo prazo nos participantes com elevado risco cardiovascular (Afonso, Moreira & Oliveira, 2014).

O instrumento é constituído por 14 perguntas, a partir das quais se categoriza o participante como tendo uma boa adesão (>10 pontos) ou fraca adesão ao padrão alimentar mediterrânico (<10 pontos).

2.3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para tratamento estatístico, recorreu-se ao programa IBM SPSS Statistics. Recorreu-se à análise descritiva para o cálculo de frequências e ainda ao teste de Mann-Whitney para averiguar a existência de diferença no grau de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e os 2 grupos distintos de rendimento, por fim recorreu-se ao Teste Qui-Quadrado para verificar a existência de associação entre os grupos com diferente rendimento e os hábitos alimentares/grupos alimentares do questionário PREDIMED.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo foi dividida em dois grupos distintos, “Baixo rendimento” e “Alto rendimento”.

Foi considerado como “Baixo rendimento” todos os participantes que apresentavam um rendimento familiar único, abaixo do ordenado mínimo ou equivalente ao ordenado mínimo (600€) (Decreto-Lei nº 117/2018 de 27 de Dezembro). Foi ainda considerado como “Baixo rendimento” todos os participantes que apresentavam, aquando da divisão do rendimento mensal familiar, um valor *per capita* inferior ou igual ao ordenado mínimo.

Assim, foi incluído na população “Alto rendimento” todos aqueles que apresentavam valores superiores aos referidos anteriormente.

De uma amostra total de 43 participantes, 26 apresentavam idades compreendidas entre os 27 anos e os 65 anos sendo considerados adultos jovens. Os restantes 17 foram considerados idosos, pois apresentavam uma idade superior a 65 anos.

Da amostra total, 27 apresentavam um rendimento mensal único ou um rendimento mensal familiar *per capita* abaixo do ordenado mínimo e 2 participantes apresentavam um valor equivalente ao ordenado mínimo. Assim, 29 participantes foram incluídos na população “Baixo rendimento” (Fig. 1A).

Os 14 participantes restantes foram incluídos no grupo “Alto rendimento”, pois 8 deles apresentava um rendimento mensal único ou um rendimento familiar *per capita*, entre o ordenado mínimo e os 1000€, 6 participantes apresentavam um valor entre os 1000€ e os 1500€, sendo que nenhum apresentava um valor superior aos 1500€ (Fig. 1B).

3.2. ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO

Após a divisão dos participantes pelos dois grupos distintos de rendimento, observou-se a sua adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e ainda a adesão de acordo com as idades (Fig. 2).

Foi possível concluir uma adesão de 14% (n=4) por parte da população com Baixo Rendimento, sendo que 7% era correspondente aos “Adultos-Jovens” e outros 7% aos “Idosos”. A população com Alto Rendimento apresentou uma adesão de 64% (n=9), onde 35,5% correspondia aos “Adultos-Jovens” e 28,4% aos “Idosos”. Nota-se, neste sentido, que o fator “rendimento” tem um papel mais importante do que o fator “idade” na adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico.

Assim sendo, de todos os inquiridos (n=43), houve uma adesão total ao Padrão Alimentar Mediterrânico de cerca de 30% (n=13).

Observou-se, ainda que, existe uma diferença significativa entre a adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e os 2 grupos diferentes de rendimento ($p=0,001$).

3.3. ADESÃO A ALIMENTOS ESPECÍFICOS

De acordo com as respostas aos vários itens do estudo PREDIMED, observou-se detalhadamente a adesão, dos dois grupos populacionais, referente aos alimentos predominantes do Padrão Alimentar Mediterrânico.

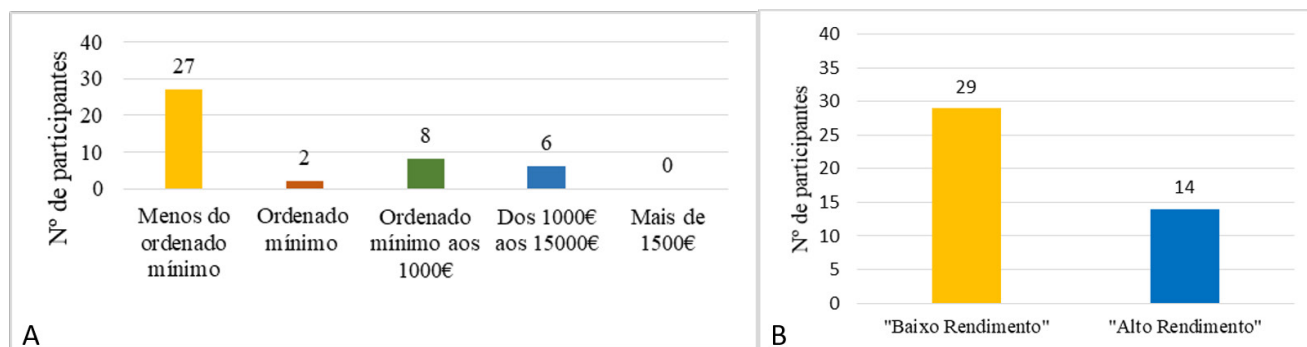


Figura 1: Divisão dos participantes de acordo com o seu rendimento familiar único ou rendimento familiar *per capita* (A). Número de participantes por população (B).

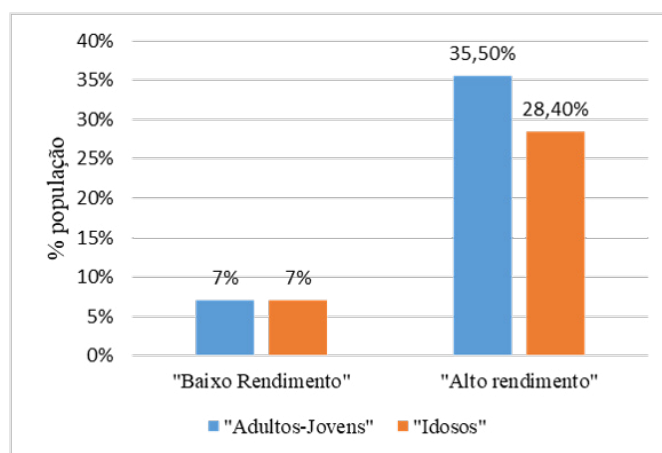


Figura 2: Adesão ao padrão alimentar mediterrânico de acordo com a divisão de idades.

3.3.1. CONSUMO DE AZEITE

Era atribuído um ponto a todos os participantes que consumissem azeite como principal gordura alimentar e um ponto a todos os que consumissem uma quantidade igual ou superior a 4 colheres de sopa de azeite diariamente.

Foi possível verificar que tanto a população "Baixo rendimento" como a população com "Alto rendimento" consumiam azeite como a principal gordura alimentar. Verificou-se um consumo de azeite de 93% (n=27) pela população "Baixo rendimento" e de 100% (n=14) por parte da população "Alto rendimento" (Fig. 3A). Contudo, em ambas as populações

é notório o não consumo das quantidades desejadas de azeite (Fig. 3B). Só 3% (n=1) e 13% (n=2) da população "Baixo rendimento" e "Alto rendimento" respetivamente, apresentavam um consumo igual ou superior a 4 colheres de sopa de azeite, como desejado.

3.3.2. CONSUMO DE COMIDAS CONFECIONADAS COM REFOGADO

Era atribuído um ponto a todos aqueles que consumissem mais do que dois pratos confeccionados com um refogado, por semana.

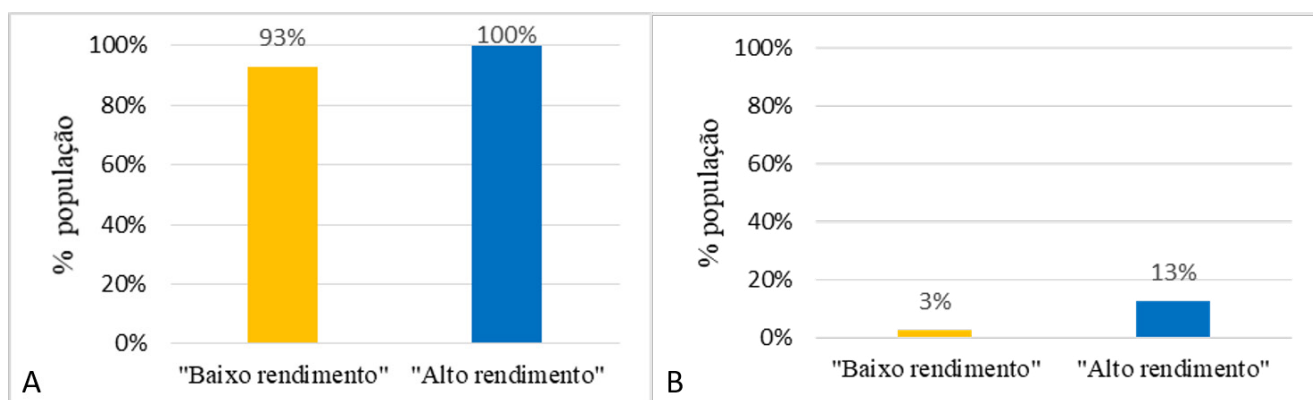


Figura 3: Consumo de azeite como principal gordura alimentar (A). Consumo diário \geq 4 colheres de sopa de azeite (B).

Assim foi possível observar que a população "Baixo rendimento" era a que consumia um menor número de refeições com estas características, apresentando uma percentagem de 45% (n=13) comparativamente com a população "Alto rendimento" que apresentou uma percentagem de 64% (n=9) (Fig. 4).

3.3.3. CONSUMO DE MANTEIGA, MARGARINA OU NATAS

A todos aqueles que apresentassem um consumo diário de manteiga, margarina ou natas, inferior a uma porção de 12g, era atribuído um ponto.

Assim verificou-se que o grupo populacional "Baixo rendimento" consumia uma quantidade muito superior, no que diz respeito a estes tipos de gordura. Observou-se uma percentagem, referente ao consumo inferior a uma porção destes produtos, de 28% (n=8) no grupo populacional "Baixo rendimento" e uma percentagem de 71% (n=10) no grupo populacional "Alto rendimento" (Fig. 5).

3.3.4. CONSUMO DE HORTÍCOLAS E FRUTA

Era atribuído um ponto a todos os participantes que apresentassem um consumo diário correspondente a 200g de hortícolas cruas ou um consumo maior ou igual a 2 porções,

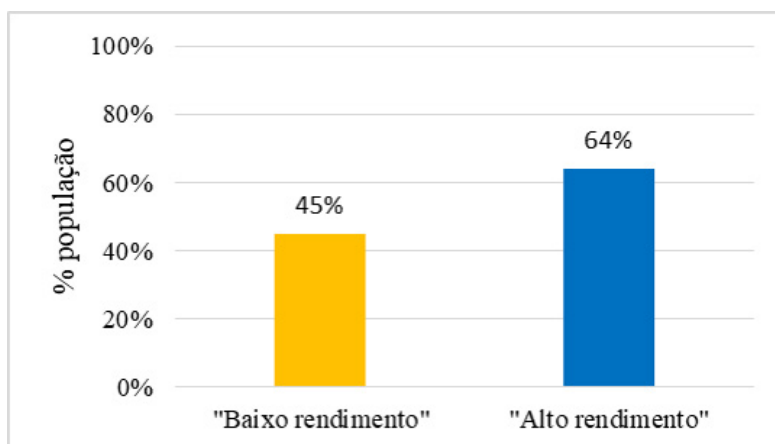


Figura 4: Consumo semanal ≥ 2 pratos confeccionados com um refogado.

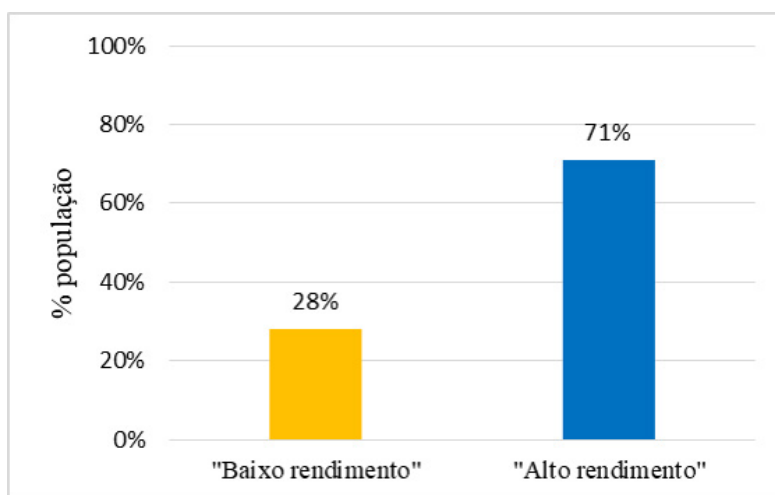


Figura 5: Consumo inferior a uma porção diária de manteiga, margarina ou natas.

cada uma com 200g, de hortícolas cozinhadas.

Era também atribuído um ponto a quem consumisse 3 ou mais peças de fruta por dia.

Através do gráfico (Fig. 6) é possível verificar um menor consumo tanto de hortícolas como de fruta por parte da população "Baixo rendimento" comparativamente à população "Alto rendimento".

Dos 29 participantes "Baixo rendimento", 55% (n=16) consumiram as quantidades desejadas de hortícolas e 62% (n=18) as quantidades diárias de fruta estipuladas.

Relativamente ao grupo populacional "Alto rendimento", dos 14 participantes, 71% (n=10) consumiram as quantidades desejadas de hortícolas e 86% (n=12) as quantidades de fruta definidas.

3.3.5. CONSUMO DE CARNE

Foi atribuído um ponto a quem preferisse o consumo de carne branca comparativamente à carne vermelha.

Noutro item, foi atribuído um ponto a quem consumisse menos de 1 porção diária de 100 a 150g de carne vermelha,

hambúrguer ou produtos cárneos.

Nos resultados é notória a maior adesão ao consumo de carne branca comparativamente à carne vermelha em ambas as populações (Fig. 7A). Contudo, na população "Baixo rendimento" dos 79% (n=23) que optavam por consumo preferencial de carne branca, apenas 45% (n=13) consumia menos de uma porção diária de carnes vermelhas. Na população "Alto

rendimento", dos 100% (n=14) apenas 64% (n=9) consumiam menos de uma porção de carne vermelha por dia (Fig. 7B).

3.3.6. CONSUMO DE PEIXE

Foi questionado também o consumo semanal de peixe. Era atribuído um ponto a todos aqueles que consumissem 3 ou mais porções de peixe ou marisco, semanalmente. Uma porção

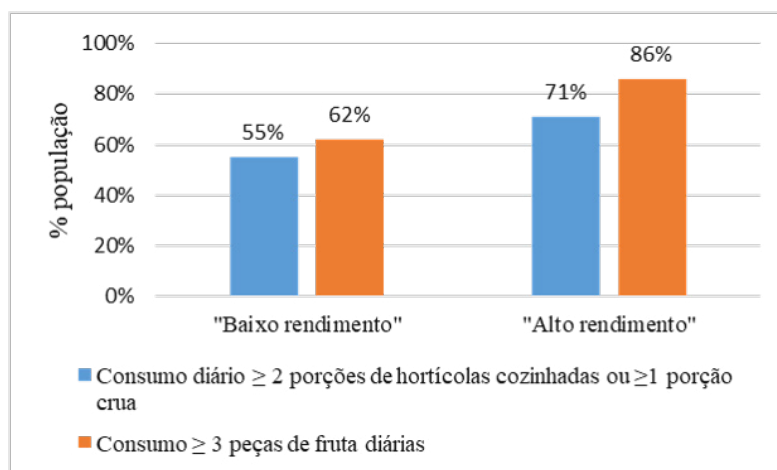


Figura 6: Consumo diário de frutas e hortícolas.

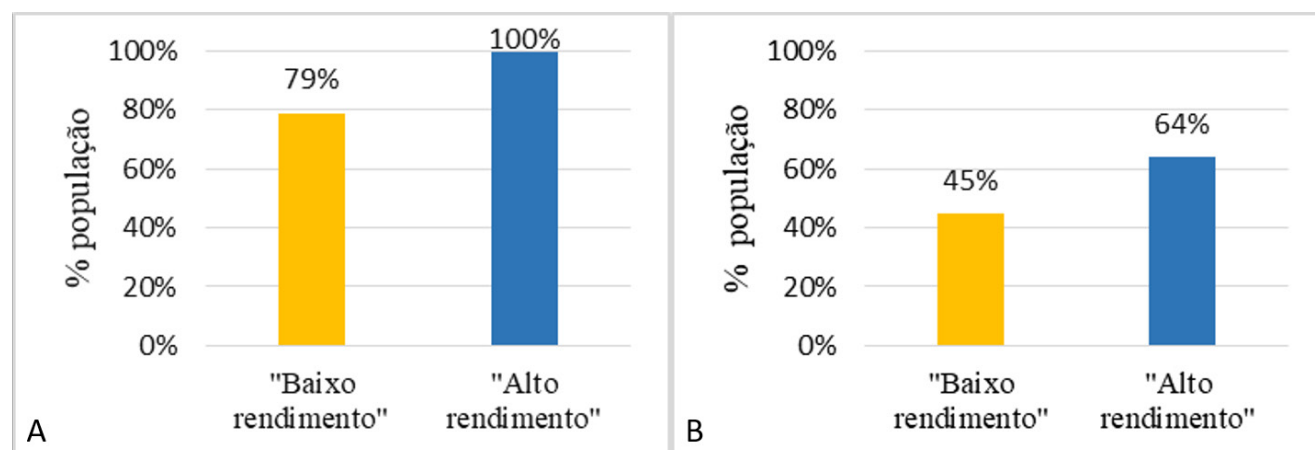


Figura 7: Consumo preferencial de carne branca (A). Consumo inferior a 1 porção diária (100-150g) de carne vermelha (B).

era equivalente a 100-150g de peixe ou 200g de marisco.

Em ambas as populações, foi notório um consumo favorável de peixe. Contudo, com uma menor incidência por parte da população "Baixo rendimento", apresentando uma percentagem de 69% (n=20), comparativamente aos 93% (n=13) apresentados pela população "Alto rendimento" (Fig. 8).

3.3.7. CONSUMO DE LEGUMINOSAS E OLEAGINOSAS

Como forma de avaliação à adesão semanal de leguminosas e oleaginosas, era atribuído um ponto a todos aqueles que consumissem 3 ou mais porções de leguminosas por semana sendo que uma porção correspondia a 150g. Outro ponto era atribuído a todos aqueles que consumissem 3 ou mais porções de 30g de oleaginosas.

É possível verificar que houve uma menor adesão ao

consumo de leguminosas e oleaginosas por parte do grupo populacional "Baixo rendimento". Sendo que só 21% (n=6) e 17% (n=5) consumiram as doses recomendadas de leguminosas e oleaginosas, respetivamente.

No que se refere à adesão de consumo da população "Alto rendimento" 50% (n=7) consumiu as doses estipuladas de leguminosas e 64% (n=9) de oleaginosas (Fig. 9).

3.3.8. INGESTÃO DE VINHO

De maneira a avaliar a ingestão de vinho, era atribuído um ponto a todos aqueles que ingerissem 7 ou mais copos de vinho por semana.

Foi visível que em ambas as populações a ingestão de vinho era diminuta.

Na população "Baixo rendimento" verificou-se uma adesão

de 14% (n=4) e na população "Alto rendimento" uma adesão de 21% (n=3) (Fig. 10).

3.3.9. CONSUMO DE PRODUTOS DE PASTELARIA OU DOCES

Era atribuído um ponto a todos os participantes que consumissem menos de 3 porções semanais de produtos de

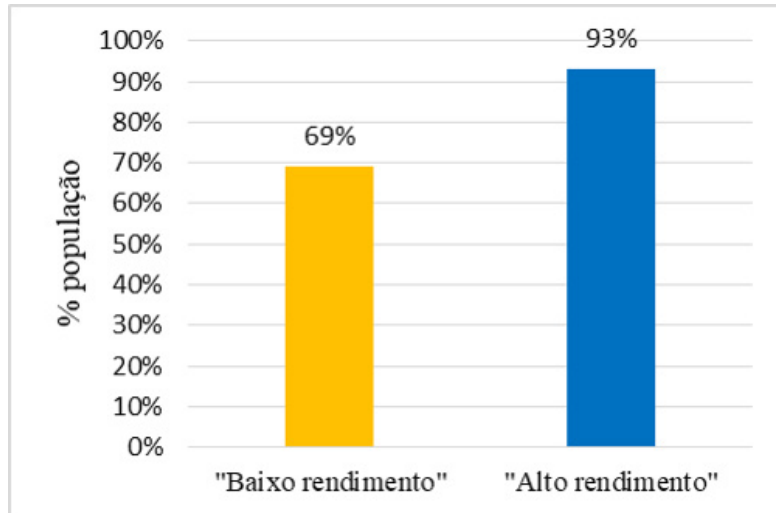


Figura 8: Consumo semanal ≥ 3 porções de peixe ou marisco.

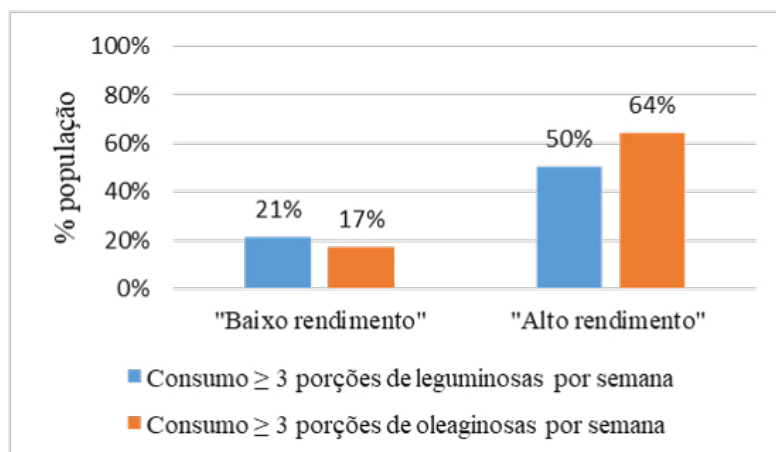


Figura 9: Consumo semanal de leguminosas e oleaginosas.

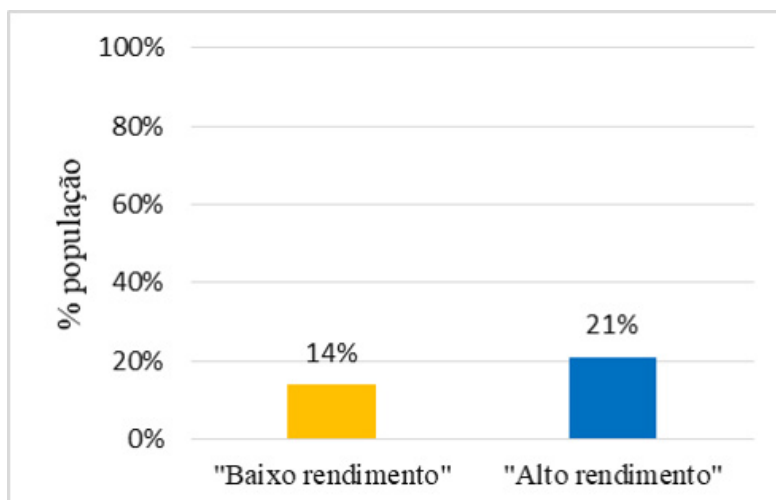


Figura 10: Ingestão semanal de ≥ 7 copos de vinho.

pastelaria ou doces comerciais, tais como, bolos, bolachas e biscoitos. Assim, foi perceptível que apenas 51% (n=15) da população "Baixo rendimento" não consumia mais do que as 3 porções estipuladas, enquanto se verificou na população "Alto rendimento" uma percentagem de 93% (n=13) (Fig. 11).

3.3.10. INGESTÃO DE REFRIGERANTES

Era atribuído um ponto a todos os participantes que apresentassem uma ingestão inferior a 1 bebida gaseificada por dia.

Assim verificou-se uma fraca adesão a este tipo de bebidas em ambas as populações. Embora se verifique, mais uma vez, uma maior percentagem de adesão à sua ingestão por parte da população "Baixo rendimento" que apresentou 89% (n=3), comparativamente à população "Alto rendimento" que apresentou uma percentagem de 93% (n=1) (Fig. 12).

3.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE RENDIMENTO E ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNIC

Recorreu-se ainda ao teste Qui-quadrado para verificar

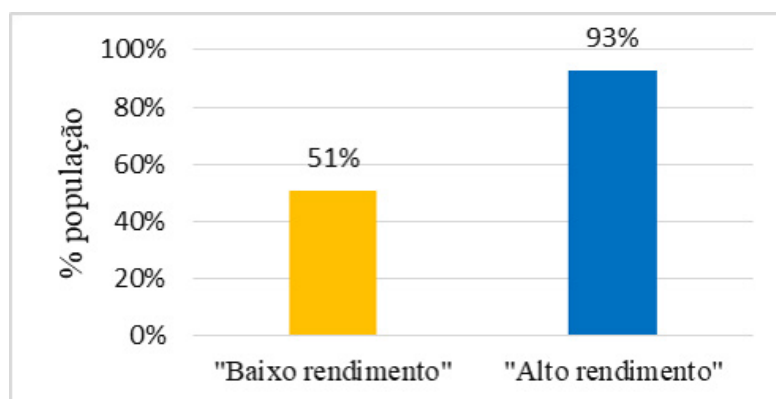


Figura 11: Consumo de produtos de pastelaria ou doces, inferior a 3 porções semanais.

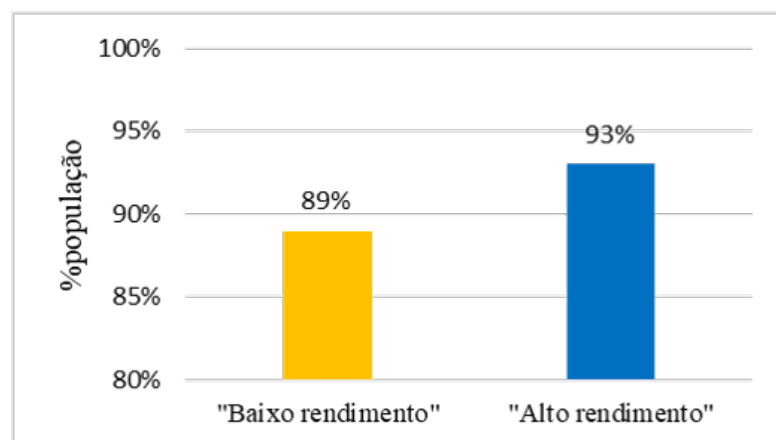


Figura 12: Ingestão inferior a 1 bebida gaseificada por dia.

a existência de associação entre os grupos com diferente rendimento e os hábitos alimentares/grupos alimentares do questionário PREDIMED. Foi possível observar uma associação positiva entre o rendimento e 2 grupos alimentares do questionário PREDIMED. Verificou-se uma associação positiva ($\chi^2(2)=7,457$; $p=0,006$) entre o rendimento e a questão relativa ao consumo diário de manteiga, margarina ou natas; e uma associação positiva ($\chi^2(2)=9,517$; $p=0,002$) entre o rendimento e a questão relativa ao consumo semanal de oleaginosas. Estes resultados mostram que à medida que o rendimento aumenta, aumenta também o número de participantes com menor consumo de diário de manteiga, margarina ou natas e o número de participantes com maior consumo de leguminosas.

4. DISCUSSÃO

Nos últimos anos foi notória uma modificação nos

hábitos alimentares dos países mediterrânicos (Cabrera *et al.*, 2015). A globalização e algumas mudanças sociais e culturais estão na base desta mudança (Bonaccio *et al.*, 2014). Menos tempo e atenção dedicados à aquisição e preparação dos alimentos resultando num aumento de consumo de alimentos processados e industrializados, pode estar também na base destas mudanças (Cabrera *et al.*, 2015). De acordo com os dados recolhidos foi possível verificar que apenas 30% (n=13) do número total de inquiridos apresentava uma boa adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico.

Além dos fatores mencionados, o custo inerente aos alimentos característicos do padrão alimentar mediterrânico era apontado como um forte fator para a sua não adesão, onde a escolha por alimentos mais baratos que permitem economizar dinheiro era prevalente (Bonaccio *et al.*, 2012).

Uma das limitações do estudo foi a ausência de

categorização dos rendimentos em intervalos, uma vez que existem rendimentos que podem ser considerados intermédios aos dois extremos apresentados. Mesmo dentro da categoria “alto rendimento” podem ser estratificados vários níveis distintos de rendimento familiar ou *per capita*.

Assim o grupo populacional “Alto rendimento” foi representado por uma amostra total de 14 participantes e o grupo populacional “Baixo rendimento” por uma amostra total de 29 participantes.

Aquando da análise dos resultados foi possível concluir notoriamente uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico pelo grupo populacional que apresentava um maior rendimento mensal único ou rendimento familiar *per capita*, ou seja, pelo grupo populacional, “Alto rendimento”.

Enquanto o grupo populacional “Alto rendimento” apresentou uma adesão de 64% (n=9), o grupo “Baixo rendimento” apresentou apenas uma adesão de 14% (n=4).

Como referido anteriormente, uma boa adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico depreende o consumo de alimentos ricos nutricionalmente como, fruta, hortícolas, leguminosas, oleaginosas, carnes brancas, peixe, utilização de azeite como principal gordura e ingestão moderada de vinho (Schröder, Marrugat, Vila, Covas & Elosua, 2004). Assim conclui-se também, uma maior adesão respetiva a todos os grupos alimentares característicos deste padrão alimentar, pela amostra populacional “Alto rendimento”.

À medida que os preços dos alimentos aumentam ou o orçamento para a alimentação diminui, por norma os itens retirados da dieta são as opções mais caras, mas também mais saudáveis, proteínas de alto valor biológico provenientes da carne e do peixe ou alimentos ricos nutricionalmente como fruta e legumes (Drewnowski *et al.*, 2009). Assim verificou-se através da análise dos dados, referentes à adesão ao consumo de alimentos característicos do Padrão Alimentar Mediterrânico, uma maior percentagem de consumo de hortícolas, fruta, carnes brancas e pescado por parte da amostra “Alto rendimento” em comparação com a população “Baixo rendimento”.

Em contrabalanço ao aumento de custos respetivos de alguns produtos característicos do Padrão Alimentar Mediterrânico, existem alimentos mais baratos que acabam por ser substituintes destes, como é o caso da carne vermelha, margarinas, sobremesas e *fast food* (Bonaccio *et al.*, 2016).

Assim, analisando o consumo de azeite como principal gordura alimentar, em ambas as populações, foi possível verificar-se uma ótima adesão ao seu consumo, contudo não respeitando as porções diárias recomendadas. Observou-se ainda, que este consumo era em grande parte através de pratos confecionados com um refogado.

Foi conferida uma grande adesão ao consumo de natas, margarina e manteiga por parte da população “Baixo rendimento”. Podendo concluir-se que, em contrapartida ao não consumo recomendado das doses de azeite, a população “Baixo rendimento” opta pelo consumo de gordura saturada, proveniente destes alimentos.

O mesmo se verifica com o consumo de carne. Embora ambas as populações optem pelo consumo preferencial de carnes brancas, uma alta percentagem da população “Baixo

rendimento” acaba também por consumir mais de uma porção diária de carnes vermelhas.

Como mencionado anteriormente alguns dos produtos do Padrão Alimentar Mediterrânico são substituídos por produtos mais baratos e de maior densidade energética, ricos em gordura, açúcar e sódio. (Drewnowski *et al.*, 2009). Assim analisou-se o consumo de produtos de pastelaria e ingestão de refrigerantes e concluiu-se que houve uma ingestão mais prevalente pela população “Baixo rendimento”, comprovando mais uma vez a bibliografia encontrada.

5. CONCLUSÃO

Em suma, e analisando todo o trabalho, foi possível aferir que o rendimento influenciou a adesão ao padrão alimentar mediterrânico na população estudada. Os nossos resultados estão em alinhamento com outros obtidos em estudos anteriores. Os custos relativos ao Padrão Alimentar Mediterrânico interferiam com a sua adesão. Verificou-se uma maior adesão a este padrão alimentar por parte dos participantes que apresentavam um maior rendimento familiar único ou *per capita*. Contudo, devido à pequena amostra de participantes, estes resultados não devem ser extrapolados e estudos de maiores dimensões populacionais poderão concorrer para o esclarecimento da importância do rendimento na escolha em aderir ao padrão alimentar mediterrânico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, L., Moreira, T., & Oliveira, A. Índices De Adesão Ao Padrão Alimentar Mediterrânico – a Base Metodológica Para Estudar a Sua Relação Com a Saúde. *Revista Factores de Risco*, **31**:48–55, 2014.
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... Padulosi, S. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, **14**:2274–2284, 2011.
- Bonaccio, M., Bes-Rastrollo, M., de Gaetano, G., & Iacoviello, L. Challenges to the Mediterranean diet at a time of economic crisis. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, **26**:1057–1063, 2016.
- Bonaccio, M., Bonanni, A. E., Castelnuovo, A. Di, De Lucia, F., Donati, M. B., De Gaetano, G., & Iacoviello, L. Low income is associated with poor adherence to a Mediterranean diet and a higher prevalence of obesity: Cross-sectional results from the Moli-sani study. *BMJ Open*, **2**:1–9, 2012.
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Bonanni, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Persichillo, M., Iacoviello, L. Decline of the Mediterranean diet at a time of economic crisis. Results from the Moli-sani study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, **24**:853–860, 2014.
- Cabrera, S. G., Fernández, N. H., Hernández, C. R., Nissensohn, M., Román-Viña, B., & Serra-Majem, L. Test KIDMED; prevalencia de la Baja Adhesión a la Dieta Mediterránea en Niños y Adolescentes; Revisión Sistemática. *Nutricion Hospitalaria*, **32**:2390–2399, 2015.
- Decreto-Lei nº 117/2018 de 27 de Dezembro. *Diário da República nº249 – 1ª Série*.
- Dias, M. L. D. *Hábitos alimentares/estilos de vida: conhecer e intervir para prevenir, uma proposta educacional*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro, 2016.
- Direção Geral da Saúde. Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor De Saúde. *Direção-Geral Da Saúde*, 10–29, 2016
- Drewnowski, A., & Eichelsdoerfer, P. The Mediterranean diet: Does it have to cost more? *Public Health Nutrition*, **12**:1621–1628, 2009.
- Durão, C. R., Oliveira, J. F. S., & De Almeida, M. D. V. Portugal e o padrão alimentar mediterrânico. *Revista de Alimentacao Humana*, **14**:115–

128, 2008

- George, F. Texto adaptado e resumido baseado num capítulo da publicação intitulada "Histórias de Saúde Pública" escrito pelo Autor e editado pelos Livros Horizonte, 1:1–3, 2004.
- Graça, P. Breve história do conceito de Dieta Mediterrânica numa perspectiva de saúde. *Revista Factores de Risco*, **31**:20-22, 2014.
- Palma, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. *Biofutur*, **14**:97–106, 2000.
- Rico-Cabanas, L., García-Fernández, E. L., Estruchm, R., & Bach-Faig, A. Mediterranean diet, the new pyramid and some insights on its cardiovascular preventive effect. *Revista Factores de Risco*, **31**:30-47, 2014.
- Saulle, R., Semyonov, L., & La Torre, G. Cost and cost-effectiveness of the mediterranean diet: Results of a systematic review. *Nutrients*, **5**:4566–4586, 2013.
- Schröder, H., Marrugat, J., & Covas, M. I. High monetary costs of dietary patterns associated with lower body mass index: A population-based study. *International Journal of Obesity*, **30**:1574–1579, 2006.
- Schröder, H., Marrugat, J., Vila, J., Covas, M. I., & Elosua, R. Adherence to the Traditional Mediterranean Diet Is Inversely Associated with Body Mass Index and Obesity in a Spanish Population. *The Journal of Nutrition*, **134**:3355–3361, 2004.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. Adherence to Mediterranean diet and health status: Meta-analysis. *Bmj*, **337**:673–675, 2008.