



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Fontes de informação na procura de conhecimentos sobre alimentação e
nutrição: uso, confiança e credibilidade**

**Sources of Information in the search of knowledge on food and nutrition: use,
confidence and credibility**

Catarina Isabel dos Santos Rodrigues

Orientado por: Prof.^a Doutora Sílvia Pinhão

Tipo de documento: Trabalho de Investigação

Ciclo de estudos: 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

**Instituição académica: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto**

Porto, 2018

Resumo

A procura e disponibilidade de informação sobre nutrição e alimentação, veiculada por diferentes fontes, tem vindo a aumentar. Pretendeu-se conhecer as fontes de informação mais usadas sobre alimentação/nutrição e averiguar confiança e credibilidade das mesmas. Recolheram-se dados sociodemográficos, antropométricos, frequência e motivo da procura de informação, uso, confiança e credibilidade de fontes de informação numa lista pré-estabelecida. Incluíram-se 200 indivíduos (73,5% mulheres), com idade média de 48,8 anos e escolaridade de 9,9 anos. Em média pesavam 80,9kg, mediam 1,63m, resultando num IMC de 30,5Kg/m². 53,5% da amostra procurava informação indicando como principal motivo *ser saudável/bem-estar* (35,5%), e a *falta de interesse/necessidade/dúvidas* (48,9%) foi o principal motivo para quem não procurava. As fontes mais usadas eram o nutricionista (62,0%), a internet (53,7%) e os livros (31,5%), as menos usadas a rádio (1,9%), outros profissionais de saúde (2,8%) e o *personal trainer* (9,3%). Confiavam mais no nutricionista, médico de família e especialidade e menos na rádio, redes sociais e outros profissionais de saúde. Foi dada maior credibilidade ao nutricionista e menor às redes sociais. Curiosamente, as fontes de informação mais usadas não são as mais confiadas ou consideradas mais credíveis. Quem procurava informação era mais novo, mais escolarizado, maioritariamente mulher, residente em meios rurais, desempregado, solteiro, com rendimentos mais elevados e menor IMC. Sendo o nutricionista e o médico associados a maior confiança e credibilidade, torna-se necessário repensar a formação dos profissionais para transmitir informação sobre nutrição/alimentação correta, adequada e coerente, para que a população fique efetivamente bem informada.

Abstract

The demand and availability of information related to nutrition has been growing. The aim of this study was to discover the most-used sources of this information, and to understand its inherent confidence and credibility.

Frequency and reason for searching information, usage, confidence and credibility of the sources, sociodemographic data, and anthropometric measurements were studied. Two-hundred individuals (73.5% women) were included, with a mean age of 48.8 years and a mean 9.9 years of schooling. Average weight was 80.9 kg and average height 1.63m, which corresponds to a 30.5kg/m² BMI. Almost 54% of those surveyed searched information, with *being healthy/welfare* being the main reason (35.5%), while *lack of interest/need/doubts* (48,9%) was the main reason not to search. The most-used information sources were dietitians (62.0%), *internet* (53.7%), and books (31.5%); the least-used, radio (1.9%), other health professionals (2.8%), and *personal trainers* (9.3%). More confidence was had in dietitians, family and specialty doctors; and less in radio, social networks, and other health professionals. Dietitians are the most credible source, while social networks are the least. Interestingly, the most commonly used information sources are not the ones trusted the most or considered most credible. Information seekers were younger, more educated, mostly women, live in the countryside, unemployed, unmarried, have higher incomes, and lower BMI. With dietitians and doctors being given greater confidence and credibility, it becomes necessary to rethink a professional's education in order to convey correct, adequate and also coherent information - so that we can have an effectively well-informed population.

Palavras-Chave

Fontes de informação, Nutrição, Alimentação, Uso, Confiança, Credibilidade

Key Words

Information sources, Nutrition, Food, Use, Trust, Credibility

Lista de abreviaturas

DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

HTA – Hipertensão arterial;

CHSJ E.P.E, Porto – Centro Hospitalar São João, Entidade Pública Empresarial,
Porto;

Pc – Perímetro da cintura;

Pa – Perímetro da anca;

IMC – Índice de Massa Corporal;

CN – Consultas de nutrição;

DM2 – Diabetes *mellitus* tipo 2;

DCV – Doença Cardiovascular.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Medidas antropométricas por amostra total, sexo e procura ou não informação	5
Tabela 2 - Motivos para procurar informação por amostra total e sexo	6
Tabela 3 - Motivos para não procurar informação por amostra total e sexo	7
Tabela 4 - Uso e confiança nas fontes de informação por amostra total e sexo.....	7
Tabela 5 - Credibilidade das fontes de informação por amostra total, sexo e procura ou não informação.	8

Sumário

Resumo em Português	i
Resumo em Inglês	ii
Palavras-Chave em Português e Inglês.....	iii
Lista de abreviaturas.....	iv
Lista de tabelas.....	v
Introdução	1
Objetivos	2
Metodologia	3
Resultados	5
Discussão	10
Conclusões	15
Agradecimentos	16
Referências.....	17

Introdução

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) estão, direta ou indiretamente, relacionadas com estilos de vida, sendo que o fator de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos são os hábitos alimentares (15,8%)⁽¹⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, mais de 1.9 mil milhões de adultos tinham excesso de peso e mais de 650 milhões eram obesos⁽²⁾. Em Portugal, cerca de dois terços da população adulta portuguesa (67,6%) sofre de excesso de peso, sendo 28,7% obesos, 9,8% apresentam diabetes, 36% hipertensão arterial (HTA) e 63,3% hipercolesterolemia⁽³⁾.

A educação alimentar tem um papel essencial na promoção da saúde e na redução do risco de desenvolver DCNT e, simultaneamente, tem-se verificado uma maior procura e disponibilidade de informação relativa a nutrição e alimentação. Esta informação pode ser veiculada por varias fontes, como profissionais de saúde (nutricionistas, médicos de família e de especialidade, enfermeiros), meios de comunicação social, *internet*, redes sociais, livros, profissionais de educação física, família e amigos, entre outros⁽⁴⁻⁸⁾.

Apesar de haver mais informação disponível, isto não se traduz num maior conhecimento na área da alimentação/nutrição. De facto, o que se verifica é que a população está exposta a informação imprecisa, contraditória e pouco credível^(5, 8-14), levando a que pessoas com menos escolaridade e capacidade para avaliar de forma objetiva a informação fornecida fiquem mais vulneráveis⁽¹²⁾ e a que a população em geral a percecionem como de qualidade insatisfatória. Especialmente quando esta provém dos meios de comunicação tradicionais como a televisão, jornais, revistas, rádio e, mais exacerbadamente, da *internet*⁽¹⁰⁻¹⁵⁾. Muitas vezes as informações são

caracterizadas pelo sensacionalismo e pelo ênfase dado às questões mais controversas o que pode aumentar ainda mais essa insatisfação⁽¹⁰⁾. Também a confiança e credibilidade atribuída às pessoas que a veiculam não é igual, sendo os profissionais de saúde, de uma forma geral, percebidos como os mais aptos para o fazer⁽¹⁵⁾. A utilização de fontes de informação especificamente na área da saúde depende de vários fatores como a idade, recursos económicos, escolaridade e literacia nesse tema e ainda da confiança e credibilidade atribuídas às mesmas, sendo estas últimas as razões mais apontadas para escolher uma fonte em detrimento de outra⁽⁸⁾. Curiosamente, as fontes de informação mais usadas não são necessariamente as mais confiadas ou consideradas mais credíveis^(8, 9, 12, 15, 16).

É essencial ter em conta que nem todas as pessoas necessitam e reagem da mesma maneira à informação veiculada, sendo que intervenções direcionadas para determinados segmentos da população mostram ser mais eficazes quando se pretende influenciar o comportamento alimentar^(10, 17-19). Assim, é crucial conhecer as necessidades e características da população-alvo de forma a personalizar e direcionar as intervenções de educação alimentar.

Objetivos

Foi objetivo principal conhecer as fontes de informação que são mais procuradas quando se pretende encontrar informação sobre alimentação/nutrição e averiguar a

confiança e credibilidade que lhe são atribuídas. Foi ainda objetivo relacionar a procura de informação com dados sociodemográficos e medidas antropométricas.

Metodologia

A população do estudo consistiu em doentes seguidos em consultas externas de Nutrição do Centro Hospitalar São João, E.P.E, Porto e os seus acompanhantes.

Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário (anexo A) de aplicação direta, decorrente de um questionário piloto aplicado a 26 doentes.

Foram recolhidos dados sociodemográficos como a idade (anos), sexo, profissão/situação laboral, área de residência, estado civil, escolaridade (em número de anos), constituição e rendimento mensal do agregado familiar e as patologias que sabiam ter foram auto reportados.

Foram recolhidas as medidas antropométricas no momento da consulta, como o peso (kg) aferido na balança SECA (erro de medida $<0,05\text{kg}$), a estatura (m) aferida no estadiómetro incorporado na balança e os perímetros (cm) da cintura (Pc) e da anca (Pa). Com o peso e estatura foi calculado o índice de massa corporal (IMC) (kg/m^2) e classificado de acordo com a OMS⁽²⁰⁾.

Relativamente aos dados sobre as fontes de informação nas áreas da alimentação e nutrição, os participantes foram questionados se habitualmente procuravam informação sobre essa temática. Caso a resposta fosse:

- **afirmativa**, eram questionados, sobre a frequência e motivo para o fazerem (questões abertas) e, quando previamente seguidos em consultas de nutrição (CN), se começaram a procurar informação antes ou depois de terem iniciado essas

consultas. Tinham também que indicar, de uma lista com de fontes de informação, as três fontes que mais utilizavam e as que mais confiavam.

- **negativa**, era apenas questionado o motivo para não o fazerem.

Independentemente de procurarem ou não informação, tinham de classificar a credibilidade de cada uma das fontes de informação, numa escala de 0 a 5 (0=nada credível; 5=muito credível), ou escolher a opção “não sei/não respondo”.

Da lista de fontes de informação constava: nutricionista, médico de família, médico de especialidade, outro profissional de saúde, *personal trainer*, *internet*, redes sociais, jornais/revistas, televisão, rádio, livros e amigos/família.

As perguntas de resposta aberta foram posteriormente categorizadas:

-Frequência: *6 em 6 meses, 3 em 3 meses, mensalmente, 2-3 vezes por mês, semanal, 2-3 vezes por semana e diariamente*

- Motivos para procurar: *para redução/manutenção ponderal, para ser saudável/por uma questão de bem-estar, por ter uma doença/ter feito uma cirurgia específica e para ser mais informado(a)/por curiosidade.*

- Motivos para não procurar: *sem interesse/sem necessidade/sem dúvidas, já seguido em consultas de nutrição, falta de tempo, falta de meios/conhecimentos para procurar informação e não sei responder.*

O estudo teve aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do CHSJ E.P.E, Porto e todos os participantes assinaram um consentimento informado (anexo B).

A **análise estatística** dos dados foi realizada com recurso ao programa IBM® SPSS™ Statistics versão 25 para Windows. A análise descritiva das variáveis nominais e ordinais consistiu no cálculo das suas frequências absolutas e relativas e das variáveis cardinais consistiu no cálculo das médias e desvios-padrão. A

normalidade da distribuição das variáveis cardinais foi avaliada segundo o critério dos coeficientes de simetria e de achatamento. As variáveis cardinais idade, escolaridade, número do agregado familiar, peso, altura, Pc, Pa e IMC apresentavam distribuição próxima da Normal, enquanto que as restantes apresentavam uma distribuição não normal. O teste do qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para averiguar a independência e o k de Cohen para avaliar a concordância entre duas variáveis nominais. O t-Student foi utilizado para comparar as médias de variáveis cardinais com distribuição próxima da normal para duas amostras independentes e o de Mann-Whitney para comparar ordens médias de variáveis ordinais ou cardinais com distribuição não normal para duas amostras independentes. Rejeitou-se a hipótese nula quando o nível de significância crítico para a sua rejeição (p) foi inferior a 0,05.

Resultados

A amostra deste estudo corresponde a 200 indivíduos de ambos os sexos, dos quais 71,0% eram seguidos em CN no hospital e 29,0% eram acompanhantes. No total, 73,5% da amostra eram mulheres e 26,5% homens, com uma idade média de 48,8 anos (dp=14,5), escolaridade média de 9,9 anos (dp=4,7) e agregado familiar médio de 2,9 pessoas (dp=1,2). Apesar de os homens terem idade (49,2 anos vs 48,8 anos; p=0,855) e escolaridade média (10,6 anos vs 9,6 anos; p=0,202) superiores às mulheres e média de agregado familiar inferior (2,7 vs 2,9; p=0,209), as diferenças não têm significado estatístico. Os restantes dados sociodemográficos encontram-se descritos no anexo C.

As **medidas antropométricas avaliadas** encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Medidas antropométricas por amostra total, sexo e procura ou não informação.

	Média (dp)				
	Total (n = 200)	Sexo feminino (n = 147)	Sexo masculino (n = 53)	Não procura informação (n = 93)	Procura informação (n=107)
Peso (Kg)	80,9 (18,3)	77,8* (18,0)	89,4* (16,4)	81,6 (17,1)	80,3 (19,3)
Altura (m)	1,63 (0,1)	1,59* (0,1)	1,72* (0,1)	1,62 (0,1)	1,63 (0,1)
IMC (Kg/m ²)	30,5 (6,6)	30,6 (7,0)	30,2 (5,4)	30,9 (5,9)	30,1 (7,1)
Pc (cm)	99,4 (16,2)	97,6* (17,0)	105,0* (12,3)	100,5 (16,5)	98,5 (16,0)
Pa (cm)	111,1 (13,1)	111,1* (14,0)	107,3* (9,3)	109,2 (11,4)	111,0 (14,5)
					*p<0,05

Da amostra total, 74,0% eram seguidos em consultas de nutrição, a maioria no hospital (95,9%) e 4,1% no ginásio. Das patologias reportadas a obesidade (55,5%), dislipidemia (35,5%), HTA (28,0%) e a diabetes *mellitus tipo 2 (DM2)* (22,0%) eram as mais prevalentes. Mais de metade dos participantes (53,5%) reportaram **procurar informação sobre nutrição e alimentação**. Desses, 62,2% começaram a procurar anteriormente ao acompanhamento em CN e, quanto à frequência, 43,9% procuravam pelo menos uma vez por semana (anexo D). A frequência de procura de informação semanal foi mais comum nas mulheres (32,9%), e a mensal nos homens (31,8%). Os homens eram quem mais procurava informação diariamente (9,1% vs 8,2%), não tendo sido encontradas diferenças com significado estatístico entre os sexos (p=0,666).

Nas tabelas 2 e 3 encontram-se descritos os **motivos para procurar informação** e os **motivos para não procurar informação**, respetivamente, para amostra total e sexo. As diferenças apresentadas não têm significado estatístico (tabela 2, p=0,830; tabela 3, p=0,296).

Tabela 2 – Motivos para procurar informação por amostra total e sexo.

Motivo para procurar informação	Total (%) n= 107	Sexo Feminino (%) n= 85	Sexo Masculino (%) n= 22
Redução/manutenção ponderal	30,8	32,2	26,1
Ser saudável/questão de bem-estar	35,5	33,3	43,5
Por doença/cirurgia específica	13,1	13,1	13,0
Ser mais informado(a)/por curiosidade	20,6	21,4	17,4

Tabela 3 – Motivos para não procurar informação por amostra total e sexo.

Motivo para não procurar informação	Total (%) n= 93	Sexo Feminino (%) n= 63	Sexo Masculino (%) n=30
Sem interesse/necessidade/dúvidas	48,9	45,3	56,7
Já seguido em CN	27,2	33,9	13,3
Falta de tempo	8,7	6,5	13,3
Falta de meios/conhecimentos para procurar informação	5,4	4,8	6,7
Não sei responder	9,8	9,7	10,0

As fontes de informação **mais usadas** (tabela 4) na procura de informação sobre alimentação/nutrição eram o nutricionista, a *internet* e os livros e as **menos usadas** a rádio, outros profissionais de saúde e o *personal trainer*. Apesar de não ter significado estatístico, os homens recorriam mais aos profissionais de saúde e ao *personal trainer* e as mulheres aos meios de comunicação social, *internet*, redes sociais e aos amigos e família (tabela 4).

As fontes de informação em que **mais confiavam** (tabela 4) eram o nutricionista, o médico de família e o de especialidade e as que **menos confiavam** a rádio, redes sociais e outros profissionais de saúde. Comparando por sexos, também sem significado estatístico, as mulheres confiavam mais no nutricionista, outros profissionais de saúde, *internet*, redes sociais, televisão e amigos e família.

Tabela 4 – Uso e confiança nas fontes de informação por amostra total e sexo.

	Uso (%)			Confiança (%)		
	Total (n = 107)	Sexo feminino (n= 85)	Sexo masculino (n = 22)	Total (n = 107)	Sexo feminino (n = 85)	Sexo masculino (n = 22)
- Nutricionista	62,0	61,2	65,2	86,1	87,1	82,6
- Médico de família	27,8	25,9	34,8	51,9	51,8	52,2
- Médico de especialidade	15,7	11,8	30,4	37,0	32,9	52,2
- Outro profissional de saúde	2,8	1,2	8,7	9,3	9,4	9,1
- <i>Personal Trainer</i>	9,3	8,2	13,0	11,1	10,6	13,0
- <i>Internet</i>	53,7	54,1	52,2	22,2	24,7	13,0
- Redes sociais	23,1	28,2	4,3	6,5	8,2	0,0
- Jornais/revistas	23,1	23,5	21,7	10,2	8,2	17,3
- Televisão	24,1	24,7	21,7	17,6	18,8	13,0
- Rádio	1,9	2,4	0,0	3,7	3,5	4,3
- Livros	31,5	32,9	26,2	29,6	28,2	34,7
- Amigos e família	25,0	25,9	21,8	14,8	16,6	8,6

Dos participantes que identificaram o nutricionista, o médico de família e o de especialidade como a fonte de informação que mais confiam, apenas 72,0%, 51,8% e 35,0% ($p < 0,001$) recorriam ao mesmo para obter essa informação.

As fontes de informação com **maior credibilidade** (tabela 5) foram o nutricionista, o médico de especialidade e o médico de família. As **menos credíveis** foram as redes sociais, *internet*, jornais/revistas e rádio. Comparando por sexo, e apesar de não ter significado estatístico, verificamos que os homens deram maior credibilidade aos médicos de família e de especialidade, outros profissionais de saúde e aos amigos e família enquanto que as mulheres deram maior credibilidade ao nutricionista, *personal trainer* e às redes sociais. No entanto, ambos consideram as redes sociais como as menos credíveis.

Verificamos que, comparativamente a quem não procura informação, os que procuram deram às redes sociais ($p = 0,002$) e *internet* ($p = 0,021$) maior credibilidade e ao médico de especialidade, outro profissional de saúde e ao *personal trainer* menor credibilidade.

Tabela 5– Credibilidade dada às fontes de informação por amostra total, sexo e procura/não informação.

	Credibilidade (média; dp)				
	Total (n = 200)	Sexo feminino (n = 147)	Sexo masculino (n = 53)	Não procura informação (n =93)	Procura informação (n=107)
- Nutricionista	4,8 (0,6)	4,8 (0,6)	4,7 (0,7)	4,8 (0,6)	4,8 (0,7)
- Médico de família	3,9 (1,3)	3,9 (1,3)	4,1 (1,1)	3,8 (1,5)	4,1 (1,1)
- Médico de especialidade	4,3 (1,1)	4,2 (1,1)	4,5 (0,8)	4,4 (1,1)	4,3 (1,1)
- Outro profissional de saúde	3,6 (1,3)	3,5 (1,4)	3,7 (1,1)	3,8 (1,3)	3,4 (1,3)
- <i>Personal Trainer</i>	2,9 (1,4)	2,9 (1,5)	2,8 (1,2)	3,1 (1,5)	2,8 (1,4)
- <i>Internet</i>	2,3 (1,3)	2,3 (1,3)	2,3 (1,1)	2,0 (1,3)	2,5 (1,2)
- Redes sociais	2,0 (1,3)	2,0 (1,4)	1,7 (1,1)	1,5 (1,3)	2,2 (1,3)
- Jornais/revistas	2,4 (1,3)	2,4 (1,3)	2,4 (1,3)	2,3 (1,4)	2,4 (1,3)
- Televisão	2,7 (1,3)	2,7 (1,4)	2,6 (1,1)	2,7 (1,4)	2,6 (1,2)
- Rádio	2,4 (1,4)	2,4 (1,4)	2,5 (1,4)	2,5 (1,4)	2,3 (1,3)
- Livros	3,1 (1,3)	3,1 (1,3)	3,1 (1,5)	3,1 (1,5)	3,1 (1,2)
- Amigos e família	3,0 (1,5)	2,9 (1,6)	3,1 (1,3)	3,0 (1,6)	2,9 (1,4)

As **peças que procuram informação** (anexo E) eram mais novas (45,9 vs 52,3 anos, $p=0,002$), mais escolarizadas (11,1 vs 8,43 anos, $p<0,001$) e com um maior agregado familiar (3,0 vs 2,8). Eram mais frequentemente mulheres (57,1%), residentes em meios rurais (61,8%) e seguidas em CN (55,4%). Quanto à situação profissional eram mais frequentemente desempregados (60,0%) e menos frequentemente reformados (32,5%). Menos de metade dos viúvos (44,4%) procuravam informação, contrastando com os 60,0% dos solteiros que o fazia. Pessoas com rendimentos mais elevados e menor IMC indicavam mais frequentemente procurar informação (30,1 vs 30,9 Kg/m²).

Considerando as patologias reportadas (anexo F), verifica-se que quem tinha HTA, hipercolesterolemia ($p=0,012$), hipertrigliceridemia, doença renal crónica ($p=0,044$), obesidade, DM2 ($p=0,004$) e doença cardiovascular (DCV) encontrava-se mais frequentemente no grupo que não procura informação. Contrariamente, quem tinha obstipação, anemia e doença da tiroide encontrava-se mais frequentemente no grupo que procura informação.

Discussão

Tem-se verificado maior procura e disponibilidade de informação relativa a nutrição e alimentação. Verificamos que mais de metade da amostra **procurava esse tipo de informação**, o que parece ser pouco, comparando com o estudo de Charlton et al⁽⁴⁾, em que 72,1% o fazia. Quase dois terços dos nossos participantes que procuravam informação já o faziam **antes de iniciar acompanhamento em CN**, o que mostra um interesse prévio nesse tema.

O **principal motivo para procurar informação** era *para ser saudável/questão de bem-estar*, em ambos os sexos. Estes dados são concordantes com os de Lewis et al⁽¹³⁾ que verificou que a principal razão para as pessoas procurarem informação era para saberem como minimizar ou prevenir os riscos decorrentes da obesidade. Apesar dos homens serem quem mais procura informação para ser saudável, as mulheres aparentam ser mais conscientes em questões relacionadas com a saúde⁽²¹⁾. Apenas 13,1% dos participantes indicaram procurar informação *por doença/cirurgia específica*, no entanto, vários autores^(6, 8, 22) mostraram que as pessoas em estudo começaram a procurar informação depois de lhes ter sido diagnosticada uma comorbidade da obesidade, como *DM2* e *DCV*. Bianchi et al⁽⁶⁾ verificou que as pessoas procuravam informação sobre nutrição para se manterem informados, tal como cerca de um quinto da nossa amostra. O **principal motivo para não procurar informação** era a *falta de interesse/necessidade/dúvidas* (48,9%), o que pode ser justificado pela constante exposição a mensagens de educação alimentar, levando a que não haja iniciativa para procurar essa informação⁽²³⁾. Da amostra, 27,2% aponta o facto de já ser seguido em CN, podendo expor as suas dúvidas e obter assim informação.

As **fontes de informação mais usadas** foram o nutricionista, a *internet* e os livros. Contrariamente, Cash et al⁽⁸⁾ verificou que os médicos de família eram mais usados comparativamente aos nutricionistas (53,6% vs 32,0%), assim como Charlton et al⁽⁴⁾ (49,0% vs 17,0%). O facto do **nutricionista** ter sido referido como a fonte de informação mais usada pode relacionar-se com os questionários terem sido aplicados na sua maioria a pessoas seguidas em CN, que podiam ter elevada deseabilidade social⁽²⁴⁾ e que não foi por nós avaliada. Curiosamente, Borra et al⁽²⁵⁾ mostrou que 77% da sua população acredita que as opiniões dos nutricionistas podem alterar facilmente nos próximos 5 anos, justificando assim que os médicos de família sejam a primeira escolha para adquirir informação. Segundo Bianchi et al⁽⁶⁾ a pesquisa sobre nutrição é feita sobretudo na *internet*, pois tem resultados imediatos, está sempre disponível e tem resposta para as questões procuradas. Para Cash et al⁽⁸⁾ a *internet* era a fonte mais utilizada (62,9%), tendo-se assistido a um aumento dramático do seu uso na pesquisa de informação sobre saúde e, mais concretamente, sobre nutrição e alimentação^(11, 12, 14, 26-30) pois tem baixo custo, grande alcance e interatividade, comparativamente aos meios de comunicação tradicionais⁽¹¹⁾. Os **livros**, apesar de serem das fontes mais usadas (31,5%), comparando com dados de Willcox et al⁽³¹⁾ em que 55,4% da população os utilizam, verifica-se que o seu uso é baixo.

As **fontes de informação menos usadas** foram a rádio, outros profissionais de saúde e o *personal trainer*. Contrariamente, Criss et al⁽³²⁾ apontou a **rádio** como uma das fontes mais utilizadas (40%)⁽³³⁾. A baixa utilização de **outros profissionais de saúde** pode justificar-se pela falta de tempo para frequentar consultas ou pela falta de conhecimento na área da nutrição por parte dos profissionais de saúde^(8, 22, 34). Já os **personal trainers**, podem ser pouco usados porque a população em estudo tem

baixos rendimentos mensais e portanto não pode recorrer aos seus serviços ou porque, apesar de idealmente posicionados para fornecer informação sobre nutrição /alimentação e de se percecionarem como qualificados para tal⁽³⁵⁾, não têm formação suficiente para o fazer^(36, 37).

De acordo com o descrito por vários autores^(6, 8, 18, 38, 39), as **fontes de informação que mais confiam e percecionadas como mais credíveis** foram o **nutricionista, o médico de família** e o de **especialidade**. Tal como verificado por Ball et al⁽⁴⁰⁾, as mulheres confiavam no nutricionista e noutros profissionais de saúde, enquanto os homens confiavam mais no médico de família e no de especialidade. As fontes de informação que permitem um contacto cara-a-cara são as preferidas no que respeita a confiança e credibilidade, provavelmente porque a comunicação não-verbal leva a que o profissional seja percecionado como genuíno e autêntico e a que se desenvolva uma relação de confiança⁽⁴¹⁾, demonstrando empatia e levando a mudanças comportamentais^(8, 15, 17, 18, 42-44).

Tal como verificado por Cash et al⁽⁸⁾ **as fontes de informação menos confiadas e percecionadas como menos credíveis** foram as redes sociais, os jornais/revistas e a rádio. Para além destes, Marquis et al⁽³⁹⁾ também apontou os amigos e família como pouco credíveis. De facto, a popularidade das **redes sociais** como fonte de informação sobre nutrição tem vindo a aumentar⁽⁴⁵⁾, contudo a grande quantidade de informação disponível *online*, a falta de identificação dos autores e os artigos contraditórios contribuem para dificultar a distinção entre o que é incorreto ou baseado na ciência⁽³⁰⁾. Relativamente à **rádio** e aos **jornais/revistas**, alguns autores verificaram que estes meios de comunicação eram, no passado, as fontes de informação de nutrição/alimentação preferidas^(4, 25, 46, 47). Atualmente, a rádio e os

jornais/revistas estão a cair em desuso⁽³³⁾, uma vez que as informações sobre nutrição são transmitidas de uma forma sensacionalista e descontextualizada levando a uma interpretação incorreta⁽⁴⁸⁾. Lee et al⁽²³⁾ verificou que apenas 22,3% da sua população não tinha sido exposta a mensagens contraditórias sobre nutrição e alimentação. A grande maioria dos meios de comunicação social, são assim ineficazes na educação alimentar^(23, 25, 48-51). A nossa amostra não confia nos **outros profissionais de saúde**, mas considera-os a quarta fonte de informação mais credível. Muitas vezes os profissionais de saúde veiculam informação nutricional/alimentar incorreta, por falta de competências para o fazer ou por nem sempre se basearem na evidência^(6, 22, 34, 52). Segundo Lee et al⁽²³⁾, 40,4% da sua amostra já tinha sido exposta a informação contraditória proveniente de profissionais de saúde. É sabido que a informação varia entre profissionais, aumentando a confusão da população e levando a que muitos sejam percecionados como pouco credíveis^(6, 34). Quanto à **internet**, é indicada como fonte de confiança, no entanto identificada com baixa credibilidade. Neste sentido, há autores que descrevem que após consultar a *internet* a informação é posteriormente questionada a um profissional de saúde^(6, 18). Contrariando estes dados Lee et al⁽²³⁾ não encontrou associação entre a *internet* e informação contraditória.

As redes sociais e a *internet* eram significativamente mais credíveis para as pessoas que procuram informação. Provavelmente quem recorre a estas fontes de informação durante a sua pesquisa é quem as considera de confiança, tal como Huang et al⁽⁵³⁾ reportou. Verificamos que são as mulheres quem mais confia na *internet* e nas redes sociais tal como descrito na literatura^(11, 19, 26, 27, 54-56). Já McCully et al⁽²⁷⁾ e Koch-Weser et al⁽⁵⁷⁾ não encontraram diferenças entre sexos.

De acordo com vários autores^(8, 32, 58-60), verificamos que **as fontes de informação mais utilizadas não são as mais confiadas pela população**. Isto acontece de forma bastante exacerbada no caso da *internet* e das redes sociais, com 53,7% e 23,1% que refere usá-las e apenas 22,2% e 6,5% a confiar nas mesmas, respetivamente. Tal como verificado em vários estudos^(11, 19, 26, 27, 42, 57), pessoas que procuram informação eram **mais novas e mais escolarizadas** comparativamente às que não procuravam. Contrariamente, Ybarra et al⁽⁶¹⁾ verificou que as pessoas de meia-idade tinham maior probabilidade de procurar informação sobre saúde do que os mais jovens e McKay et al⁽⁶²⁾ verificou que menor escolaridade associa-se a maior probabilidade de procurar informação nos médicos, televisão e amigos. São as **mulheres quem mais frequentemente refere procurar informação**, sendo esta informação corroborada por dados de outros trabalhos^(11, 19, 26, 27). Possivelmente porque as mulheres geralmente assumem a responsabilidade nas questões relacionadas com a saúde dentro das suas famílias, pesquisando para si e para os seus parceiros, pais e/ou filhos⁽⁷⁾. Neste seguimento, as pessoas com **maior agregado familiar** são quem mais procurava informação. No entanto, e relativamente ao estado civil, verificamos que são os **solteiros** que seguem essa tendência. Siliquini et al⁽⁵⁶⁾ reforçam esta ideia pois encontraram uma maior probabilidade de pessoas que vivem sozinhas (solteiros, viúvos e divorciados) de procurar informação. **Residentes em meios rurais** têm menor probabilidade de procurar informação sobre nutrição/alimentação na *internet*, recorrendo mais a fontes de informação locais (ex. jornais). Isto pode dever-se ao menor acesso a computadores e *internet* nessas zonas e a fatores sociodemográficos, como a escolaridade e o rendimento⁽⁶³⁾. Contrariando este facto e estudos prévios^(11, 21), os nossos residentes em meio rural procuravam

mais informação. Quem é **seguido em CN** refere mais frequentemente procurar informação, podendo ser por estarem mais sensibilizados para esta temática, não tendo sido encontrados dados descritos sobre este item. No que diz respeito à situação profissional parece não haver consenso na procura de informação. Na nossa amostra são os **desempregados** quem mais procura, tal como para Andreassen et al⁽⁴⁶⁾, no entanto, AlGhamdhi⁽⁵⁴⁾ verificou que pessoas ativas têm maior probabilidade de o fazer. Por outro lado, encontramos que quanto **maior o rendimento mensal** maior a probabilidade de procurar informação, tal como verificado por Goodman et al⁽²⁶⁾. Koch-Weser et al⁽⁵⁷⁾ e Ye et al⁽¹⁴⁾ indicam que não existe uma relação entre o estado de saúde e a procura de informação sobre saúde. No nosso estudo, assim como o descrito^(28, 42, 64), verificamos que quem tinha algumas DCNT procurava menos informação, contrariamente ao verificado noutros estudos^(21, 46, 56, 65-67). Tal como verificado neste estudo, Visschers et al⁽¹⁹⁾ refere que as pessoas que procuravam informação tinham **menor IMC**. Contrariamente, McCully et al⁽²⁷⁾ e Lewis et al⁽¹³⁾ verificaram que adultos que utilizam a *internet* com o intuito de fazer dieta/perda ponderal tinham maior probabilidade de apresentar um IMC elevado.

Conclusão

Apesar uma elevada percentagem da população procurar informação sobre alimentação/nutrição, com o principal objetivo de ser saudável, estes recorrem a fontes que não transmitem confiança, dando maior credibilidade aos nutricionistas e médicos. Assim, é importante intervir na formação de elementos de equipas multidisciplinares para informar corretamente e de forma coerente entre todos, contribuindo para a população ficar efetivamente informada.

Agradecimentos

Aos meus pais, por me terem apoiado em todas as minhas decisões de vida e por terem uma palavra de conforto e de coragem nos momentos em que mais precisei.

Ao meu irmão, que sempre me incentivou a querer mais e me ensinou a ser melhor enquanto pessoa.

A toda a minha restante família e amigos, que me acompanharam ao longo desta etapa, mostrando orgulho no meu percurso.

À Catarina e à Cristiana, estagiárias à Ordem dos Nutricionistas, por me terem acolhido tão bem e por contribuírem para a minha aprendizagem ao longo do estágio curricular.

À Prof.^a Doutora Sílvia Pinhão, que para além de excelente profissional, é também uma excelente pessoa. Obrigada por toda a partilha de conhecimento, dedicação, disponibilidade e preocupação. Não podia ter melhor pessoa a orientar-me nesta etapa.

Referências

1. PNPAS. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. DGS. Lisboa; 2017. Disponível em: file:///C:/Users/c-is-/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WGB1Z3E9/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf.
2. WHO. Obesity and overweight. February 2018 Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
3. Barreto M, Gaio V, Kislaya I, Antunes L, Rodrigues AP, Silva AC, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: Estado de Saúde dos portugueses em 2015. Lisboa; 2016. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/1INSEFrelat%C3%B3rio.aspx>.
4. Charlton KE, Brewitt P, Bourne LT. Sources and credibility of nutrition information among black urban South African women, with a focus on messages related to obesity. Public health nutrition. 2004; 7(6):801-11.
5. de Almeida MD, Graca P, Lappalainen R, Giachetti I, Kafatos A, Remaut de Winter A, et al. Sources used and trusted by nationally-representative adults in the European Union for information on healthy eating. European journal of clinical nutrition. 1997; 51 Suppl 2:S16-22.
6. Bianchi CM, Huneau JF, Le Goff G, Verger EO, Mariotti F, Gurviez P. Concerns, attitudes, beliefs and information seeking practices with respect to nutrition-related issues: a qualitative study in French pregnant women. BMC pregnancy and childbirth. 2016; 16(1):306.
7. Burke-Garcia A, Kreps GL, Wright KB. Perceptions About Disseminating Health Information Among Mommy Bloggers: Quantitative Study. JMIR research protocols. 2018; 7(4):e116.
8. Cash T, Desbrow B, Leveritt M, Ball L. Utilization and preference of nutrition information sources in Australia. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy. 2015; 18(6):2288-95.
9. Sutherland LA, Wildemuth B, Campbell MK, Haines PS. Unraveling the web: an evaluation of the content quality, usability, and readability of nutrition web sites. Journal of nutrition education and behavior. 2005; 37(6):300-5.
10. Giuseppe N, Donato R, Gianluca S. Consumers' attitudes, trust and willingness to pay for food information. International Journal of Consumer Studies. 2014; 38(2):153-65.
11. Pollard CM, Pulker CE, Meng X, Kerr DA, Scott JA. Who Uses the Internet as a Source of Nutrition and Dietary Information? An Australian Population Perspective. Journal of medical Internet research. 2015; 17(8):e209.
12. Sbaffi L, Rowley J. Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research. Journal of medical Internet research. 2017; 19(6):e218.
13. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle D, Hyde J, Komesaroff PA. 'I'm searching for solutions': why are obese individuals turning to the Internet for help and

support with 'being fat'? Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy. 2011; 14(4):339-50.

14. Ye Y. Correlates of consumer trust in online health information: findings from the health information national trends survey. *Journal of health communication*. 2011; 16(1):34-49.

15. Poinhos R, Oliveira B, van der Lans IA, Fischer ARH, Berezowska A, Rankin A, et al. Providing Personalised Nutrition: Consumers' Trust and Preferences Regarding Sources of Information, Service Providers and Regulators, and Communication Channels. *Public health genomics*. 2017; 20(4):218-28.

16. Dart J, Gallois C, Yellowlees P. Community health information sources--a survey in three disparate communities. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2008; 32(1):186-96.

17. Berezowska A, Fischer AR, Ronteltap A, Kuznesof S, Macready A, Fallaize R, et al. Understanding consumer evaluations of personalised nutrition services in terms of the privacy calculus: a qualitative study. *Public health genomics*. 2014; 17(3):127-40.

18. Fallaize R, Macready AL, Butler LT, Ellis JA, Berezowska A, Fischer AR, et al. The perceived impact of the National Health Service on personalised nutrition service delivery among the UK public. *The British journal of nutrition*. 2015; 113(8):1271-9.

19. Visschers VHM, Hartmann C, Leins-Hess R, Dohle S, Siegrist M. A consumer segmentation of nutrition information use and its relation to food consumption behaviour. *Food Policy*. 2013; 42:71-80.

20. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization technical report series*. 1995; 854:1-452.

21. Nolke L, Mensing M, Kramer A, Hornberg C. Sociodemographic and health-(care-)related characteristics of online health information seekers: a cross-sectional German study. *BMC public health*. 2015; 15:31.

22. Ball L, Hughes R, Desbrow B, Leveritt M. Patients' perceptions of nutrition care provided by general practitioners: focus on Type 2 diabetes. *Family practice*. 2012; 29(6):719-25.

23. Lee CJ, Nagler RH, Wang N. Source-specific Exposure to Contradictory Nutrition Information: Documenting Prevalence and Effects on Adverse Cognitive and Behavioral Outcomes. *Health communication*. 2018; 33(4):453-61.

24. Poinhos R, Correia F, Faneca M, Ferreira J, Goncalves C, Pinhao S, et al. [Social desirability and barriers to the accomplishment of the dietary treatment in overweight women]. *Acta medica portuguesa*. 2008; 21(3):221-8.

25. Borra ST, Earl R, Hogan EH. Paucity of nutrition and food safety 'news you can use' reveals opportunity for dietetics practitioners. *Journal of the American Dietetic Association*. 1998; 98(2):190-3.

26. Goodman S, Hammond D, Pillo-Blocka F, Glanville T, Jenkins R. Use of nutritional information in Canada: national trends between 2004 and 2008. *Journal of nutrition education and behavior*. 2011; 43(5):356-65.



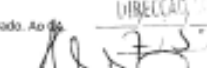
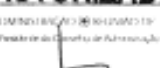

27. McCully SN, Don BP, Updegraff JA. Using the Internet to help with diet, weight, and physical activity: results from the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of medical Internet research*. 2013; 15(8):e148.

28. Cotten SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social science & medicine* (1982). 2004; 59(9):1795-806.
29. Fox S. Online Health Search 2006. Washington, D.C. : Pew Internet & American Life Project; 2006. Disponível em: file:///C:/Users/c-is-/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/EDG9Z4IG/PIP_Online_Health_2006.pdf.pdf.
30. Helm J, Jones RM. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: Social Media and the Dietetics Practitioner: Opportunities, Challenges, and Best Practices. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2016; 116(11):1825-35.
31. Willcox JC, Campbell KJ, McCarthy EA, Lappas M, Ball K, Crawford D, et al. Gestational weight gain information: seeking and sources among pregnant women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015; 15:164.
32. Criss S, Woo Baidal JA, Goldman RE, Perkins M, Cunningham C, Taveras EM. The Role of Health Information Sources in Decision-Making Among Hispanic Mothers During Their Children's First 1000 Days of Life. *Maternal and child health journal*. 2015; 19(11):2536-43.
33. McGloin AF, Eslami S. Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2015; 74(2):139-48.
34. Lauren B, Roger H, Michael L. Health professionals' views of the effectiveness of nutrition care in general practice setting. *Nutrition & Dietetics*. 2013; 70(1):35-41.
35. Barnes K, Desbrow B, Ball L. Personal trainers are confident in their ability to provide nutrition care: a cross-sectional investigation. *Public health*. 2016; 140:39-44.
36. Barnes K, Ball L, Desbrow B. Personal Trainer Perceptions of Providing Nutrition Care to Clients: A Qualitative Exploration. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*. 2017; 27(2):186-93.
37. McKean MR, Slater G, Oprescu F, Burkett BJ. Do the nutrition qualifications and professional practices of registered exercise professionals align? *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*. 2015; 25(2):154-62.
38. Graham-Paulson TS, Perret C, Smith B, Crosland J, Goosey-Tolfrey VL. Nutritional Supplement Habits of Athletes With an Impairment and Their Sources of Information. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*. 2015; 25(4):387-95.
39. Marquis M, Dubeau C, Thibault I. Canadians' level of confidence in their sources of nutrition information. *Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada*. 2005; 66(3):170-5.
40. Ball LE, Hughes RM, Leveritt MD. Nutrition in general practice: role and workforce preparation expectations of medical educators. *Australian journal of primary health*. 2010; 16(4):304-10.
41. Whitehead K. Changing dietary behaviour: the role and development of practitioner communication. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2015; 74(2):177-84.
42. SANTANA S. Tendências na utilização da Internet para questões de saúde em Portugal. *Acta medica portuguesa*. Universidade de Aveiro; 2009. 5 - 14.

43. Stewart-Knox B, Kuznesof S, Robinson J, Rankin A, Orr K, Duffy M, et al. Factors influencing European consumer uptake of personalised nutrition. Results of a qualitative analysis. *Appetite*. 2013; 66:67-74.
44. Whitehead KA, Langley-Evans SC, Tischler VA, Swift JA. Assessing communication skills in dietetic consultations: the development of the reliable and valid DIET-COMMS tool. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2014; 27 Suppl 2:321-32.
45. Schuldt JP, Guillory JE, Gay GK. Prejudice and the Plate: Effects of Weight Bias in Nutrition Judgments. *Health communication*. 2016; 31(2):182-92.
46. 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; 7:53.
47. Holgado B, MartíNez-González MÁ, De Irala-Estévez J, Gibney M, Kearney J, MartíNez JA. Sources of information about diet and health in a Mediterranean country Comparison with other European member states. *European Journal of Public Health*. 2000; 10(3):185-91.
48. Basu AJ, Hogard E. Fit for public consumption? An exploratory study of the reporting of nutrition research in UK tabloids with regard to its accuracy, and a preliminary investigation of public attitudes towards it. *Public health nutrition*. 2008; 11(11):1124-31.
49. Chang C. Men's and Women's Responses to Two-Sided Health News Coverage: A Moderated Mediation Model. *Journal of health communication*. 2013; 18(11):1326-44.
50. Lovell JL. How parents process child health and nutrition information: A grounded theory model. *Appetite*. 2016; 97:138-45.
51. Nagler RH. Adverse outcomes associated with media exposure to contradictory nutrition messages. *Journal of health communication*. 2014; 19(1):24-40.
52. Hall M. Dietitians' advice is evidence based and scientific. *BMJ (Clinical research ed)*. 2018; 360:k650.
53. Huang LS, Chou YJ, Lin CH. The influence of reading motives on the responses after reading blogs. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*. 2008; 11(3):351-5.
54. AlGhamdi KM, Moussa NA. Internet use by the public to search for health-related information. *International journal of medical informatics*. 2012; 81(6):363-73.
55. Dart J. The internet as a source of health information in three disparate communities. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2008; 32(3):559-69.
56. Siliquini R, Ceruti M, Lovato E, Bert F, Bruno S, De Vito E, et al. Surfing the internet for health information: an italian survey on use and population choices. *BMC medical informatics and decision making*. 2011; 11:21.
57. Koch-Weser S, Bradshaw YS, Gualtieri L, Gallagher SS. The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *Journal of health communication*. 2010; 15 Suppl 3:279-93.
58. Anderson CK, Walch TJ, Lindberg SM, Smith AM, Lindheim SR, Whigham LD. Excess Gestational Weight Gain in Low-Income Overweight and Obese Women: A Qualitative Study. *Journal of nutrition education and behavior*. 2015; 47(5):404-11.e1.

59. Szwajcer EM, Hiddink GJ, Maas L, Koelen MA, van Woerkum CM. Nutrition-related information-seeking behaviours of women trying to conceive and pregnant women: evidence for the life course perspective. *Family practice*. 2008; 25 Suppl 1:i99-104.
60. Wennberg AL, Lundqvist A, Hogberg U, Sandstrom H, Hamberg K. Women's experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy. *Midwifery*. 2013; 29(9):1027-34.
61. Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *International journal of medical informatics*. 2006; 75(1):29-41.
62. McKay DL, Houser RF, Blumberg JB, Goldberg JP. Nutrition information sources vary with education level in a population of older adults. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006; 106(7):1108-11.
63. Andsager JL, Chen L, Miles S, Smith CC, Nothwehr F. Nutrition Information In Community Newspapers: Goal Framing, Story Origins, and Topics. *Health communication*. 2015; 30(10):1013-21.
64. Miller LM, Bell RA. Online health information seeking: the influence of age, information trustworthiness, and search challenges. *Journal of aging and health*. 2012; 24(3):525-41.
65. Atkinson NL, Saperstein SL, Pleis J. Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of medical Internet research*. 2009; 11(1):e4.
66. Hou J, Shim M. The role of provider-patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities. *Journal of health communication*. 2010; 15 Suppl 3:186-99.
67. Sadasivam RS, Kinney RL, Lemon SC, Shimada SL, Allison JJ, Houston TK. Internet health information seeking is a team sport: analysis of the Pew Internet Survey. *International journal of medical informatics*. 2013; 82(3):193-200.

Anexo B – Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde CHSJ E.P.E, Porto

<p>UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO</p> <p>Tomei conhecimento. Nada a opor.</p> <p>02 de Maio de 2018</p> <p>A Coordenadora da Unidade de Investigação</p> <p></p> <p>[Prof.ª Doutora Ana Azevedo]</p>	 SÃO JOÃO	n.º <u>115 / 18</u>
<p>DIRECÇÃO CLÍNICA LIBRECCÃO</p> <p>Aprovado. Ao dia <u>05</u> de <u>05</u> de <u>2018</u></p> <p></p> <p>[Prof.ª Doutora Ana Azevedo]</p>	PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	
Realização de Investigação		
<p>Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João</p>		
<p>Nome do Investigador Principal: Catarina Isabel dos Santos Rodrigues</p>	<p>AUTORIZADO</p> <p>COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO</p> <p>10 MAI 2018</p> <p></p> <p>Presidente do Conselho de Administração</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Voto Favorável <input type="checkbox"/> Voto Opositor <input type="checkbox"/> Voto Abstenção <input type="checkbox"/> Voto em Branco </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Voto Favorável <input type="checkbox"/> Voto Opositor <input type="checkbox"/> Voto Abstenção <input type="checkbox"/> Voto em Branco </p>	
<p>Título da Investigação: Fontes de informação na procura de conhecimentos sobre alimentação e nutrição: uso, confiança e credibilidade.</p>		
<p>Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de:</p>		
<p>Consulta externa de Nutrição - Geral, Endocrinologia e Medicina Interna a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa, na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.</p>		
<p>Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.</p>		
<p>Com os melhores cumprimentos.</p>	<p>O Investigador/Promotor</p>	
<p>Porto, 9 de abril de 2018 . <u>Catarina Isabel dos Santos Rodrigues</u></p>		
<p>Centro Hospitalar São João Centro de Epidemiologia Hospitalar</p> <p><u>26.4.2018</u></p> <p></p>		
<p>CEL-ARB/SJ</p>		

Anexo C – Dados sociodemográficos por amostra total e sexos.

	(%)				(%)		
	Total (n=200)	Sexo feminino (n = 147)	Sexo masculino (n = 53)		Total (n=200)	Sexo feminino (n = 147)	Sexo masculino (n = 53)
Área de residência				Situação profissional			
Rural	27,8	30,1	21,2	Desempregado/a	10,0	11,6	5,7
Urbana	72,2	69,9	78,8	Estudante	3,5	2,7	5,7
				Ativo/a	66,5	66,7	66,0
				Reformado/a	20,0	19,0	22,6
Estado civil				Rendimento mensal AF			
Solteiro/a	20,0	17,1	28,3	<500€	10,5	12,2	5,7
Casado/a	62,0	61,9	62,3	500 – 1000€	37,5	37,4	37,7
Divorciado/a	13,5	15,6	7,5	1000 – 1500€	20,0	21,1	17,0
Viúvo/viúva	4,5	5,4	1,9	>1500€	11,5	8,2	20,8
				Não sei/não respondo	20,5	21,1	18,8

Anexo D – Frequência com que procuram informação por amostra total e sexos.

Frequência	Total (%) n= 107	Sexo feminino (%) n= 85	Sexo masculino (%) n= 22
- Seis em seis meses	1,9	1,2	4,5
- Três em três meses	14,0	12,9	18,2
- Mensalmente	24,3	22,4	31,8
- Duas a três vezes por mês	15,9	17,6	9,1
- Semanalmente	31,8	32,9	27,3
- Duas a três vezes por semana	3,7	4,7	0,0
- Diariamente	8,4	8,2	9,1

Anexo E – Dados sociodemográficos de quem procura informação.

	(%) n= 200	p		(%) n= 200	p
Sexo			Seguido em CN		
Feminino	57,1	0,108	Sim	55,4	0,420
Masculino	43,4		Não	48,1	
Área de residência			Situação profissional		
Rural	61,8	0,153	Desempregado/a	60,0	0,031
Urbana	49,7		Estudante	57,1	
			Ativo/a	58,6	
			Reformado/a	32,5	
Estado civil			Rendimento mensal AF		
Solteiro/a	60,0	0,637	<500€	38,1	0,202
Casado/a	50,8		500 – 1000€	48,0	
Divorciado/a	59,3		1000 – 1500€	55,0	
Viúvo/viúva	44,4		>1500€	60,9	

Anexo F – Patologias reportadas por quem procura informação.

	(%)	<i>p</i>		(%)	<i>p</i>
Hipertensão arterial (n = 56)			Hipercolesterolemia (n= 71)		
Não	55,6	0,430	Não	60,5	0,012
Sim	48,2		Sim	40,8	
Hipertrigliceridemia (n=35)			Obstipação (n= 29)		
Não	55,8	0,193	Não	52,6	0,688
Sim	42,9		Sim	58,6	
Doença Renal Crónica (n= 17)			Obesidade (n= 111)		
Não	55,7	0,044	Não	53,9	1,000
Sim	29,4		Sim	53,2	
Diabetes Mellitus (n= 44)			Doença Cardiovascular (n= 22)		
Não	59,0	0,004	Não	54,4	0,499
Sim	34,1		Sim	45,5	
Anemia (n= 10)			Doença da Tireoide (n= 10)		
Não	53,2	0,754	Não	53,2	0,754
Sim	60,0		Sim	60,0	