

Filipa Mariana Pereira Lopes

**Hábitos alimentares e de sono e biomarcadores dos utentes de uma farmácia na
Póvoa de Lanhoso**

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2022

Filipa Mariana Pereira Lopes

**Hábitos alimentares e de sono e biomarcadores dos utentes de uma farmácia na
Póvoa de Lanhoso**

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2022

Filipa Mariana Pereira Lopes

**Hábitos alimentares e de sono e biomarcadores dos utentes de uma farmácia na
Póvoa de Lanhoso**

Atesto a originalidade do trabalho

Filipa Mariana Pereira Lopes

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, sob a orientação da Professora Doutora Raquel Silva.

Porto, 2022

RESUMO

A doença provocada pelo novo coronavírus, denominada COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde, causa a Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Devido à sua elevada transmissibilidade, a sua disseminação aumentou por todo o mundo. Apesar do isolamento social ser a estratégia mais eficaz para o controlo do surto, tal medida conduz a mudanças na rotina diária sobretudo nos hábitos alimentares, atividade física, padrões de sono e consequências do foro psicológico. Pretendeu-se avaliar o potencial impacto do confinamento nos hábitos alimentares e analisar os padrões de sono e biomarcadores dos utentes de uma farmácia na Póvoa de Lanhoso. Os dados foram colhidos através de procedimentos padronizados e de um questionário descrito a seguir: a) dados sociodemográficos e clínicos; b) hábitos alimentares; c) hábitos do sono; d) atividade física; e) composição corporal, pressão arterial e dados bioquímicos (glicemia e colesterol total). Os resultados obtidos revelaram um aumento de 10,2% consumo de frutas, 24,5% snacks doces, 14,3% snacks salgados e 12,2% ingestão de água. Contrariamente, 12,2% diminuiu o consumo de refeições pré preparadas e a ingestão de bebidas alcoólicas. Cerca de 69,5% dos inquiridos classificaram a qualidade do sono como razoavelmente boa, sendo que as mulheres foram as que relataram maiores distúrbios de sono. Ao nível da atividade física ambos os sexos foram classificados como ativos. Os efeitos positivos da atividade física sobre o sono foram consideravelmente superiores nos homens do que nas mulheres. Quanto à avaliação da composição corporal e biomarcadores não se registaram associações à qualidade subjetiva do sono. Com o presente estudo conclui-se que as preferências alimentares melhoraram ligeiramente e não se registaram alterações significativas na avaliação do sono e dos biomarcadores.

PALAVRAS CHAVE: hábitos alimentares; biomarcadores; composição corporal; sono; COVID-19; adultos.

ABSTRACT

The disease caused by the new coronavirus, called COVID-19 by the World Health Organization, causes Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Due to its high transmissibility, its dissemination has increased throughout the world. Although social isolation is the most effective strategy for controlling the outbreak, such a measure leads to changes in the daily routine, especially concerning eating habits, physical activity, sleep patterns and psychological consequences. It was intended to assess the potential impact of the confinement on eating habits and analyse sleep patterns and biomarkers of users of a chemist's shop in Póvoa de Lanhoso. The data was collected using standardized procedures and a questionnaire as described below: a) sociodemographic and clinical data; b) food habits; c) sleep habits; d) physical activity; e) body composition, blood pressure and biochemical data (glycemia and total cholesterol). The obtained results revealed an increase of 10.2% in fruit consumption, 24.5% in sweet snacks, 14.3% in salty snacks and 12.2% in water intake. In contrast, 12.2% reduced the consumption of ready-made meals and the consumption of alcoholic beverages. About 69.5% of respondents rated their sleep quality as reasonably good, with women reporting greater sleep disturbances. In terms of physical activity, both sexes were classified as active. The positive effects of physical activity on sleep were considerably higher in men than in women. Regarding the assessment of body composition and biomarkers, no associations were recorded with subjective sleep quality. With the study presented herein one can conclude that food preferences improved slightly and there were no significant changes in sleep assessment and biomarkers.

KEYWORDS: food habits; biomarkers; body composition; sleep; COVID-19; adults.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecer à minha orientadora Professora Doutora Raquel Silva pela supervisão e apoio prestado ao longo dos últimos meses. Foi uma pessoa fundamental para o desenvolvimento da dissertação. Por isso, aqui fica o meu sincero obrigada.

Agradecer também à Universidade Fernando Pessoa que, enquanto instituição de ensino, sempre me acolheu de uma forma exemplar.

À Farmácia Matos Vieira um agradecimento especial por me ter permitido e auxiliado na realização deste sonho. Obrigada por toda a delicadeza e apoio que sempre me prestaram.

Por último, mas não menos importante, agradecer do fundo do meu coração à minha família. É sem dúvida a minha força e o meu maior amparo. Em particular, ao meu marido, pela força, companheirismo, compreensão e motivação que sempre me prestou. É verdadeiramente a minha fonte de inspiração. À minha mãe, pelo apoio constante e palavras de encorajamento.

Muito grata a todos por, de alguma forma, fazerem parte deste meu percurso académico e por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos.

Obrigada!

ÍNDICE GERAL

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
AGRADECIMENTOS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiv
I. INTRODUÇÃO	15
II. DESENVOLVIMENTO	16
2.1. SARS-CoV-2.....	16
2.1.1. Modo de transmissão	16
2.1.2. Medidas preventivas	17
2.2. Impacto na saúde pública	18
2.2.1. Hábitos alimentares	19
2.2.2. Sono	23
2.2.3. Atividade física.....	26
III. MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
3.1. Pesquisa bibliográfica.....	27
3.2. População de estudo	27
3.3. Aplicação prática	27
3.3.1. Dados sociodemográficos e clínicos	28

3.3.2. Hábitos alimentares	28
3.3.3. Hábitos do sono	28
3.3.3.1 Escala de Sonolência de <i>Epworth</i> (ESS)	28
3.3.3.2. Índice de Qualidade do Sono de <i>Pittsburgh</i> (PSQI).....	29
3.3.4. Atividade física.....	30
3.3.5. Composição corporal e biomarcadores	31
3.4. Tratamento estatístico.....	32
3.5. Considerações éticas.....	32
IV. RESULTADOS	33
4.1. Caracterização da amostra	33
4.1.1. Dados sociodemográficos.....	33
4.2. Dados de frequência alimentar	37
4.3. Escala de sonolência de <i>Epworth</i> (ESS).....	39
4.4. Índice de Qualidade do Sono de <i>Pittsburgh</i> (PSQI)	40
4.4.1. Qualidade subjetiva do sono.....	40
4.4.2. Latência do sono	41
4.4.3. Duração do sono	42
4.4.4. Eficiência do sono	42
4.4.5. Distúrbios do sono	45
4.4.6. Uso de medicação para dormir	50
4.4.7. Disfunção diurna	50
4.5. Atividade física.....	51

4.6. Composição corporal e biomarcadores.....	52
V. DISCUSSÃO	53
5.1 LIMITAÇÕES.....	56
VI. CONCLUSÃO	57
VII. BIBLIOGRAFIA	59
VIII. ANEXOS	63
ANEXO 1 – Declaração de aprovação da Comissão de Ética	63
ANEXO 2 – Pedido de autorização à FMV	65
ANEXO 3 – Declaração de consentimento informado	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de transmissão de SARS-CoV-2 (Jegan et al., 2021).....	16
Figura 2. Sintomas comuns de uma infeção por SARS-CoV-2 (Jegan et al., 2021).....	17
Figura 3. Medidas de controlo para a prevenção de SARS-CoV-2 (Jegan et al., 2021)	18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Escala de sonolência de Epworth	39
Gráfico 2. Análise subjetiva da qualidade do sono em termos percentuais.....	40
Gráfico 3. Relação entre sexo e a avaliação da qualidade do sono	41
Gráfico 4. Relação entre sexo e o tempo de latência.....	41
Gráfico 5. Número de horas de sono no último mês	42
Gráfico 6. Hora de levantar à semana.....	43
Gráfico 7. Hora de levantar ao fim de semana	43
Gráfico 8. Hora de deitar à semana	44
Gráfico 9. Hora de deitar ao fim de semana	45
Gráfico 10. Dificuldade em manter-se acordado em actividades	51
Gráfico 11. Dificuldade em manter o entusiasmo na realização de tarefas.....	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=49) por idades.....	33
Tabela 2. Dados sociodemográficos dos participantes (n=49), de acordo com o sexo. 34	
Tabela 3. Patologias e uso de medicamentos pelos participantes (n=49).....	35
Tabela 4. Distribuição por sexo e dos medicamentos tomados pelos participantes (n=49).	36
Tabela 5. Consumo de alimentos no período de contenção social pelos participantes (n=49).	38
Tabela 6. Comparação entre as horas de levantar à semana vs fim de semana.	44
Tabela 7. Comparação entre as horas de deitar à semana vs fim de semana.....	45
Tabela 8. Distúrbios de sono dos participantes (n=49).	47
Tabela 9. Uso de medicação para dormir pelos participantes (n=49), de acordo com o sexo.....	50
Tabela 10. Nível de atividade física dos participantes (n=49).	52
Tabela 11. Composição corporal.	53
Tabela 12. Biomarcadores.	53

LISTA DE ABREVIATURAS

CoVs – Coronavírus

OMS – Organização Mundial da Saúde

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2

FMV – Farmácia Matos Vieira

ESS - Escala de Sonolência de *Epworth*

PSQI - *Pittsburgh Sleep Quality Index*

IMC - Índice de Massa Corporal

I. INTRODUÇÃO

Os coronavírus (CoVs) representam um grupo de vírus em que o nome “corona” significa “coroa”, que vem da forma do vírus. Estes vírus têm a capacidade de infectar uma vasta gama de mamíferos e aves, causando geralmente distúrbios respiratórios ligeiros nas pessoas (Jegan *et al.*, 2021). Desta forma, os CoVs não são recentes e o início de 2020 foi assinalado por o surgimento de um novo surto global. A doença do novo CoVs, que é o terceiro vírus do seu tipo desde 2002, denominada COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), causa a Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Este vírus demonstrou ser proveniente de morcegos e desenvolveu a capacidade de se transmitir entre espécies (inclusive humanos) e foi assim que, em dezembro de 2019, foi relatado o primeiro caso de infeção na cidade de Wuhan (província de Hubei, China) que repentinamente se espalhou pelo mundo (López-Moreno *et al.*, 2020) (Jegan *et al.*, 2021). O vírus devido à sua elevada transmissibilidade e à interação entre pessoas de diferentes países, impulsionados pela globalização, aumentou de forma célere a sua disseminação por todo o mundo (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021). Posto isto, em janeiro de 2020 a OMS declarou o surto global como uma emergência de saúde pública de importância internacional e, em março de 2020, foi decretado como uma pandemia global (Zhu *et al.*, 2021).

Até aos dias de hoje, ainda não existe nenhum tratamento totalmente eficaz para a infeção por SARS-CoV-2 e a única estratégia para combater a propagação deste vírus passa pela implementação de ações de sensibilização e prevenção através de medidas de isolamento. Apesar do isolamento social ser a estratégia mais eficaz para o controlo do surto por COVID-19, tal medida acarreta mudanças consideráveis na vida da população, influenciando a rotina diária, nomeadamente, os hábitos alimentares, atividade física, padrões de sono, além do impacto psicológico (Zhu *et al.*, 2021) (Radwan *et al.*, 2021). Constatou-se que as estratégias utilizadas no combate à disseminação deste vírus apresentam um impacto adverso na saúde mental tal como, raiva, insónias, aumento do stress, ansiedade e depressão (Sultan *et al.*, 2021). No entanto, apesar de nenhum alimento ou medicamento possa limitar ou inativar a carga viral, a prática de uma alimentação saudável pode contribuir para fortalecer e preservar um sistema imunológico eficaz para combater doenças infecciosas, tais como, a COVID-19 (Ramos-Padilla *et al.*, 2021) (Jegan *et al.*, 2021).

Assim, o principal objetivo deste estudo é avaliar os hábitos alimentares, os padrões de sono e os biomarcadores dos utentes de uma farmácia na Póvoa de Lanhoso (distrito de Braga).

II. DESENVOLVIMENTO

2.1. SARS-CoV-2

2.1.1. Modo de transmissão

Os CoVs representam um grupo de vírus em que a própria forma do vírus (“coroa”) dita o seu nome “corona”. Estes vírus são capazes de infectar uma ampla gama de mamíferos e aves sendo que alguns estudos indicam que provém de morcegos e são transmitidos entre espécies, o que levou gradualmente à transmissão entre pessoas (Jegan *et al.*, 2021).

A transmissão do vírus de um hospedeiro para o outro ocorre sobretudo através de gotículas respiratórias que podem ser geradas ao respirar, falar, tossir ou espirrar, por meio de uma interação próxima com uma pessoa infetada (Figura 1) (Souza *et al.*, 2022). Outra forma de transmissão igualmente eficaz é através do contacto com superfícies contaminadas com o vírus em que as gotículas respiratórias da pessoa infetada são depositadas nas superfícies podendo ser transmitidas para outra pessoa que entra em contacto com a superfície infetada. Este é o motivo pelo qual a transmissão do vírus é muito eficiente. (Jegan *et al.*, 2021).

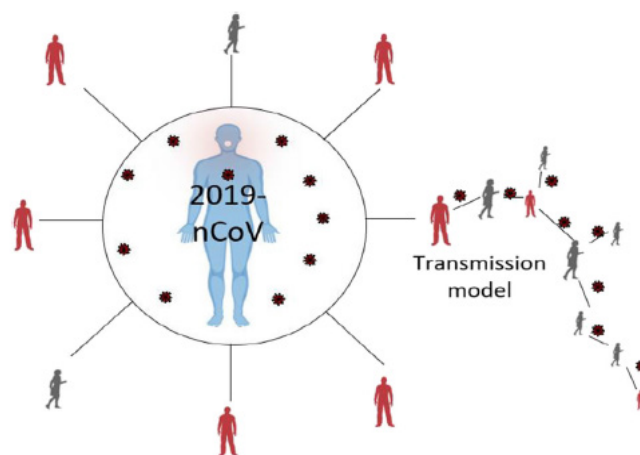


Figura 1. Modelo de transmissão de SARS-CoV-2 (Jegan *et al.*, 2021)

Segundo a literatura, as pessoas apresentam capacidade de transmitir o vírus mesmo antes de desenvolver sintomas sendo que o tempo que ocorre desde a infeção até ao surgimento dos sintomas pode ser até 14 dias, correspondendo este período ao tempo de incubação do vírus. Os sinais e sintomas variam consideravelmente de pessoa para pessoa sendo os mais relatados: febre, tosse, fadiga, mialgia, cefaleia, perda de paladar, perda de olfato e perturbações gastrointestinais, como diarreia (Figura 2) (Jegan *et al.*, 2021).

Uma infeção por SARS-CoV-2 pode emergir em infeções de vários órgãos, especialmente, em infeções do trato respiratório, podendo conduzir a insuficiência respiratória e, em casos mais extremos, à morte. É, por isso, fundamental evitar a propagação do vírus devido ao impacto brutal tanto na saúde como na economia global (Jegan *et al.*, 2021).

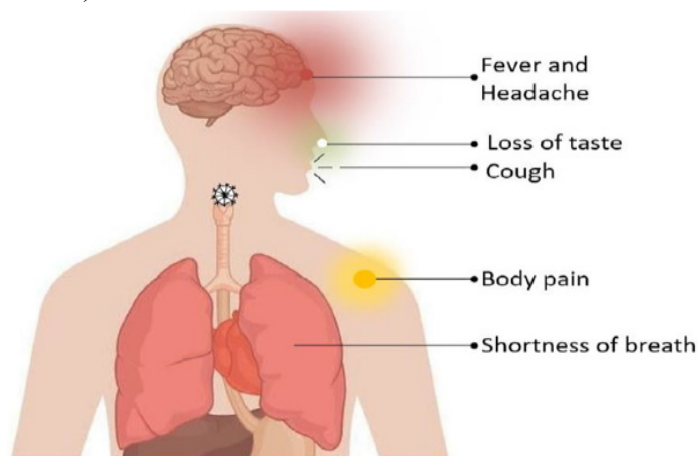


Figura 2. Sintomas comuns de uma infeção por SARS-CoV-2 (Jegan *et al.*, 2021)

2.1.2. Medidas preventivas

Com uma propagação do vírus altamente contagiosa aliada ao aumento do número de óbitos, a uma sobrecarga dos serviços de saúde e à ausência de tratamento etiológico, as autoridades governamentais decretaram estado de emergência de saúde pública e estabeleceram medidas de confinamento obrigatório (Di Renzo *et al.*, 2020).

Para além disso e de forma a promover uma diminuição na disseminação da COVID-19 surgiu a necessidade de estabelecer medidas de distanciamento físico e social e medidas de segurança e higiene como a lavagem frequente das mãos, o uso de máscaras de proteção e a desinfecção de locais comuns. De todas estas medidas a que efetivamente mostrou ser mais eficiente foi o distanciamento físico e social (Figura 3) (Souza *et al.*, 2022).

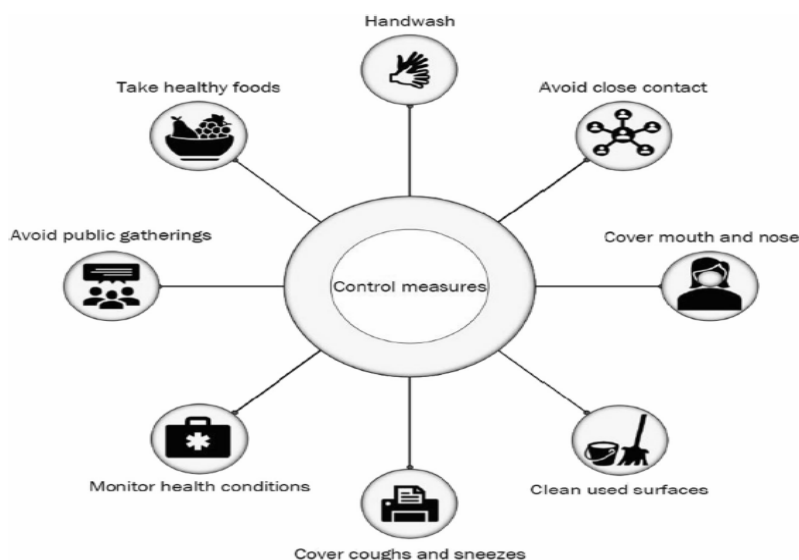


Figura 3. Medidas de controlo para a prevenção de SARS-CoV-2 (Jegan *et al.*, 2021)

2.2. Impacto na saúde pública

Vários países implementaram medidas restritas de bloqueio como forma de reduzir o número de novos casos diários de infeção como o encerramento de estabelecimentos comerciais (restaurantes, cafés, centros comerciais), locais de lazer (instalações desportivas, ginásios, piscinas) e empresas e serviços (incluindo universidades, escolas, infantários) (Cheikh Ismail *et al.*, 2021). Embora estas restrições sejam fundamentais para evitar uma maior disseminação do vírus, o confinamento obrigatório prolongado apresenta como consequência uma alteração repentina nos hábitos alimentares e estilo de vida da população em geral (Casas *et al.*, 2022), nomeadamente, alterações subsequentes no peso corporal, modificações no consumo alimentar e nos padrões de refeições, aumento de comportamentos sedentários e diminuição da prática de atividade física (Chin *et al.*, 2022) (Galali, 2021). Consequentemente, a rotina é afetada negativamente transformando repentinamente o estilo de vida da população mundial, comprometendo não só aspetos sociais e económicos mas sobretudo psicológicos (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021). A obrigatoriedade de permanecer dentro de casa pode representar um fator de risco psicológico no sentido em que há uma maior tendência para consumir mais quantidades de alimentos de pior qualidade comparativamente com as condições de vida padrão (Pišot *et al.*, 2020).

Para além disso, fatores inerentes ao confinamento como, por exemplo, stress, medo, ansiedade, distúrbios emocionais e psíquicos também podem provocar alterações significativas nos hábitos alimentares (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021).

2.2.1. Hábitos alimentares

O estilo de vida e os comportamentos alimentares são dois fatores críticos na prevenção e promoção da saúde. A adoção de um estilo de vida equilibrado e de uma dieta saudável aliada à prática regular de exercício físico está diretamente associada ao decréscimo da mortalidade e à melhoria da saúde e do bem-estar físico e mental. Alterações no horário das refeições e no tamanho das porções dos alimentos aumentam a probabilidade de ganho de peso corporal e, conseqüentemente, deterioração da saúde (Madan *et al.*, 2021). Sabe-se que os hábitos alimentares inapropriados representaram, em 2019, o quinto principal fator de risco para a perda total de anos de vida saudável sendo o reduzido consumo de cereais integrais, o elevado consumo de carne e a alta ingestão de sódio, os três principais fatores responsáveis por esta perda (DGS, 2020c).

Uma das principais preocupações que surgiu durante a pandemia está relacionada com os comportamentos nutricionais, como a desnutrição. De um modo particular, a segurança alimentar foi afetada no sentido em que o acesso aos alimentos era limitado, devido principalmente às dificuldades de transporte, distribuição e entrega, conduzindo desta forma a uma menor compra de alimentos frescos (como frutas, verduras, peixe) em detrimento de alimentos com maior densidade energética e menor qualidade nutricional (incluindo enlatados e alimentos processados ricos em gordura e açúcar) (Cheikh Ismail *et al.*, 2021) (Casas *et al.*, 2022) (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021). O consumo destes “alimentos de conforto” está diretamente relacionado com um maior risco de desenvolver obesidade e doenças cardiovasculares, aumentando por conseguinte o risco de complicações graves associadas à COVID-19 (Casas *et al.*, 2022) (López-Moreno *et al.*, 2020). Segundo a literatura, a obesidade representa o quarto principal fator de risco mundial de mortalidade devido a uma forte associação entre o IMC (Índice de Massa Corporal) elevado e doenças cardiovasculares (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020).

O ato de comer é uma resposta que acontece devido a sinais nutritivos e não nutritivos dentro do organismo. A obrigatoriedade de permanecer em casa conduziu a uma alimentação adicional sobretudo em pessoas obesas que apresentam maior

vulnerabilidade a sinais não nutritivos, como o desejo emocional e social, e simultaneamente uma dessensibilização relacionada com os processos normais de saciedade. Para além disso, a sobrecarga de notícias e informações constantes relacionadas com a pandemia podem gerar nos indivíduos situações de ansiedade e stress (López-Moreno et al., 2020) (Zeigler, 2021).

O confinamento obrigatório teve como consequência o teletrabalho e o autoisolamento. Esta restrição conduziu a variações nos hábitos alimentares como, por exemplo, o aumento dos lanches entre as principais refeições, o consumo de alimentos sem controlo e a preferência por alimentos não saudáveis. Estes são fatores predisponentes para o aumento das taxas de obesidade, que se comporta como uma causa importante da mortalidade por COVID-19 (Casas *et al.*, 2022). A obrigatoriedade da permanência em casa por um longo período de tempo pode gerar nos indivíduos sentimentos de tédio e inquietação provocando um elevado consumo de comida como forma escapatória da monotonia (Di Renzo *et al.*, 2020). Sentimentos inerentes ao confinamento como stress, ansiedade, medo, raiva e distúrbios emocionais podem, de certa forma, provocar alterações nos hábitos alimentares. De um modo particular, o stress pode levar à hiperfagia, compulsão alimentar e, para além de gerar um aumento da ingestão de alimentos, pode provocar modificações no ciclo do sono, ativando mecanismos compensatórios que levam a uma ingestão de alimentos descontrolada (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021) (Zeigler, 2021).

Como consequência do confinamento provocado pela pandemia, o número de relatos da síndrome de comer noturno tem vindo a aumentar. Esta síndrome pode definir-se como um transtorno ou desvio no padrão normal alimentar, caracterizado por uma desassociação com o habitual ritmo diurno, estando intimamente ligada à saciedade e ao sono. Este transtorno é frequentemente relacionável com modificações da vida quotidiana, mormente ansiedade, baixa autoestima, stress ou problemas psíquicos similares. Os indivíduos afetados apresentam um comportamento marcado por vários episódios de despertar ao longo da noite, comparativamente com indivíduos que não padecem da referida síndrome, sendo que na maioria das vezes que se verifica o despertar, há ingestão alimentícia com alto teor calórico (Bernardi *et al.*, 2009) (Harb *et al.*, 2010). Nestes indivíduos constatam-se frequentes e significativos distúrbios de sono e elevados níveis de stress. Perante alimentos, experienciam sentimentos de ansiedade e de perda de autocontrolo, em especial nos períodos imediatamente anteriores aos períodos de sono ou

nas situações onde se verifica um despertar noturno. É comum a verificação de três a quatro episódios de despertar, em cada noite, onde a prática de ingestão de alimentos (conforme já referido, com alto teor calórico), é padrão (Amoras *et al.*, 2010). É mais frequente o seu surgimento em indivíduos do sexo feminino, estando relacionado com quadros clínicos psiquiátricos como a depressão. Naturalmente, pode contribuir para o surgimento ou agravação de problemas de saúde como obesidade, diabetes e menor qualidade de vida em sentido amplo (Harb *et al.*, 2010) (Bernardi *et al.*, 2009). É verificável, em indivíduos que padeçam desta síndrome, redução da produção de melatonina, o que pode causar insónias ou aumentar a presença das mesmas, e, bem assim, estados depressivos e, conseqüentemente, pior qualidade geral de sono. No mesmo sentido da melatonina, a leptina, também se mostra menos presente no período noturno, o que provoca nos indivíduos uma menor resistência aos estímulos de fome noturna. Em sentido inverso, durante o período diurno, os níveis de cortisol apresentam-se mais elevados, o que, novamente, poderá aumentar os níveis de stress. Já os níveis de insulina e glicose apresentam-se mais elevados durante o período noturno, atendendo ao distúrbio alimentar acima referido, derivado, concretamente da maior ingestão de hidratos de carbono de noite, muitos deles com altos índices glicémicos (Bernardi *et al.*, 2009).

Posto isto, é urgente a adoção de hábitos alimentares saudáveis de forma a promover uma melhor qualidade de vida e duração da mesma. A base fundamental de uma alimentação saudável e equilibrada baseia-se na aplicação prática daquilo que nos transmite a Nova Roda dos Alimentos, que acaba por funcionar como um guia visual e lúdico, de forma a ajudar a determinar a quantidade de alimentos a ingerir. Encontra-se dividida por grupos alimentares, num total de sete grupos – cereais e derivados e tubérculos 28% (4 a 11 porções); hortícolas 23% (3 a 5 porções); fruta 20% (3 a 5 porções); laticínios 18% (2 a 3 porções); carne, pescado e ovos 5% (1,5 a 4,5 porções); leguminosas 4% (1 a 2 porções); gorduras e óleos 2% (1 a 3 porções) - agrupa os alimentos com base em características semelhantes no que respeita à sua composição nutricional. A Roda apresenta diferentes dimensões, sendo a lógica a si subjacente a de que quanto maior a “fatia” da Roda, maior deverá ser a presença regular desses alimentos na nossa alimentação. A água é parte integrante de todos os alimentos e é considerada, em sentido literal, fonte de vida. Recomenda-se que seja bebida em abundância, variando a quantidade ideal a ser ingerida por dia de indivíduo para indivíduo, entre 1,5 e 3 litros por dia. A Nova Roda dos Alimentos traz em si ensinamentos fundamentais, apesar de os apresentar de forma

simples e descomplicada. Representa, em si mesma, o arquétipo de uma alimentação saudável, tão importante para a saúde e bem-estar dos indivíduos. Centra a sua tónica numa alimentação completa na medida em que promove o consumo de alimentos de todos os grupos e de água, numa alimentação equilibrada de forma a respeitar as porções diárias recomendadas e numa alimentação variada no sentido de consumir alimentos diferenciados, dentro de cada um dos grupos, por forma a que se consumam alimentos diferentes, com regularidade (DGS, 2020d) (APN, 2011).

Para além da importância de praticar hábitos de vida saudável, como a adoção de uma alimentação completa, variada e equilibrada, é de igual forma importante o planeamento das refeições. Um dos principais erros alimentares mais comum é a redução do número de refeições por dia. Segundo a (APN, 2011), o ideal será realizar entre 5 a 6 refeições espaçadas ao longo do dia, sem ultrapassar as 3h30m sem comer. O principal objetivo inerente a esta recomendação é a regulação dos mecanismos fisiológicos que controlam o apetite, o que possibilita um melhor controlo da ingestão de alimentos. Alguns estudos referem que ingerir elevadas quantidades de alimentos por dia em apenas duas a três refeições pode conduzir a excesso de peso. No entanto, não é aconselhável realizar várias refeições por dia se em cada uma das refeições se consumir alimentos e sobretudo quantidades prejudiciais à saúde. Desta forma, surge a importância de seguir os fundamentos da Nova Roda dos Alimentos. O pequeno-almoço, que representa a refeição principal do dia, tem como finalidade quebrar o jejum depois de um longo período de sono, no qual os níveis de energia descaem consideravelmente. Daí a importância de efetuar uma refeição completa, equilibrada e variada para que os níveis de energia e nutrientes necessários ao organismo sejam repostos. A meio da manhã, da tarde e na ceia, as refeições devem ser mais leves e recomenda-se o consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono, fibra, vitaminas e minerais. Por último, nas refeições principais salientam-se três momentos importantes, a entrada (sopa que é de digestão fácil e aumenta a saciedade), o prato (seguindo as recomendações das quantidades presentes na roda) e a sobremesa (importante que seja constituída por uma peça de fruta), e deve representar um momento de calma e tranquilidade para usufruir e degustar os alimentos (APN, 2011).

De acordo com a literatura, adotar uma dieta saudável (como por exemplo, a dieta mediterrânica) é extremamente benéfico pois está diretamente relacionada a um menor risco de mortalidade, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro, doença de *Alzheimer* e obesidade (Casas *et al.*, 2022). Para além disso, vários são os

nutrientes que estão associados ao bom funcionamento da microbiota intestinal e, por conseguinte, modulam de forma indireta a resposta imune. Logo, promover a adoção de uma alimentação saudável e equilibrada é uma premissa para um sistema imunológico forte e funcional, apto para defender-se do ataque de infeções, incluindo SARS-CoV-2 (Radwan *et al.*, 2021).

A dieta mediterrânica por si só promove uma alimentação assente na variedade de produtos locais e da época, principalmente de produtos frescos. O azeite é a gordura privilegiada bem como os pratos culinários simples como a sopa. O pão e as leguminosas também representam um papel importante neste tipo de dieta. De acordo com estudos recentes, a adoção deste padrão alimentar exige o cumprimento de certas regras, designadamente: realizar pelo menos três refeições principais; introduzir diariamente nas refeições principais cereais pouco refinados, hortícolas de diversas texturas e cores, idealmente duas peças de fruta, pescado (duas ou mais vezes por semana), leguminosas e carnes vermelhas (preferencialmente uma a duas vezes por semana); beber água em abundância durante todo o dia; dar prioridade ao azeite na confeção de alimentos e optar por uma alimentação pobre em gorduras; consumir duas vezes por dia laticínios; controlar a quantidade de sal ingerida procurando nunca exceder a dose diária recomendada; consumir doses controladas de oleaginosas; moderar o consumo de álcool, optando pelo seu consumo apenas às principais refeições. No entanto, é importante salientar que indivíduos que necessitam de cuidados de saúde especiais sejam acompanhados por um profissional de saúde no sentido de adaptar a dieta de acordo com as suas necessidades fisiológicas, isto é, poderá ser necessário algum tipo de ajuste na dieta quanto à restrição de alimentos e ajuste de quantidades (DGS, 2020a).

2.2.2. Sono

O sono é um elemento crucial para o bem-estar físico, emocional e mental e é fundamental para o normal funcionamento de todos os órgãos do corpo (Meng *et al.*, 2021) (Radwan *et al.*, 2021). Dormir bem, em termos qualitativos e quantitativos, melhora o funcionamento do sistema imunológico e regula o apetite (Pišot *et al.*, 2020). Porém, uma alteração ou desequilíbrio do ritmo circadiano resultante da falta de sono ou não dormir um número de horas suficiente pode provocar complicações graves de saúde, tais como, obesidade, hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares (Meng *et al.*, 2021).

No que concerne à duração apropriada do sono existem conceções distintas. Vários estudos apontam que dormir menos de 6 horas por dia e mais do que 9 horas por dia está relacionado a um maior risco de obesidade, hipertensão, diabetes e diminuição da tolerância à glicose, doença coronária, distúrbios mentais e mortalidade. De uma forma geral, o intervalo de tempo a que corresponde uma duração adequada do sono é de 7 a 8 horas por dia para ambos os sexos (Gu *et al.*, 2021).

Segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, uma curta duração do sono (normalmente inferior a 7 horas por noite) é reconhecida como síndrome do sono insuficiente. Indivíduos com um sono curto apresentam um risco até 12% superior de mortalidade potencialmente causado pelo elevado número de comorbilidades graves, como a obesidade (Berntzen *et al.*, 2021) (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020). No entanto, estudos epidemiológicos sugerem que uma longa duração de sono está relacionada a um risco elevado de morbidade e mortalidade (Nakayama *et al.*, 2021).

Sabe-se que a prática de uma alimentação pouco saudável está relacionada com a obesidade e distúrbios de sono (Barrea *et al.*, 2020) verificando-se a existência de uma relação bidirecional entre estas duas variáveis. Apesar de que os efeitos do sono curto sobre a obesidade tenham sido comprovados em pesquisas clínicas, os mecanismos subjacentes desta associação ainda não se encontram totalmente esclarecidos. O sedentarismo e a atividade física podem representar fatores potenciais intimamente ligados à obesidade e duração e qualidade do sono (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020).

De uma forma generalizada, os hábitos de sono sofreram perturbações durante a pandemia (Ramos-Padilla *et al.*, 2021). Uma alteração nos hábitos individuais e na qualidade do próprio sono ao longo da vida pode provocar modificações no estilo de vida saudável das pessoas. O stress, por exemplo, pode influenciar o sono indiretamente através de comportamentos não saudáveis como, má alimentação, sedentarismo, falta de atividade física ou doenças como diabetes, hipertensão ou sintomas depressivos. Pelo contrário, dormir o suficiente melhora o apetite e o funcionamento do sistema imunológico (Pišot *et al.*, 2020).

O ciclo sono-vigília depende especialmente da exposição à luz do dia e da escuridão da noite, sendo que, a escuridão conduz a um aumento dos níveis de melatonina (hormona responsável pela regulação e início do sono). A má qualidade do sono ou até mesmo um sono incompleto está diretamente relacionada a efeitos negativos na saúde, como

problemas de saúde mental e excesso de peso (Ramos-Padilla *et al.*, 2021). Vários estudos referem a existência de uma associação entre a obesidade e os distúrbios de sono devido à elevada secreção de citocinas pró inflamatórias pelo aumento do tecido adiposo visceral, que poderá ter como consequência a alteração do ritmo sono-vigília (Di Renzo *et al.*, 2020). Para além disso, uma má qualidade do sono pode conduzir a um aumento da inflamação, a uma diminuição da produção de melatonina e interromper os ritmos circadianos, além de que está diretamente associada a um baixo teor de leptina e alto teor de grelina que, possivelmente, aumentam o apetite e, naturalmente, o risco acrescido de obesidade (Jurado-Fasoli *et al.*, 2018). A grelina e a leptina são duas hormonas que têm influência no balanço energético sendo que um reduzido nível de leptina pode desestabilizar a regulação do armazenamento de gordura e gerar à acumulação de tecido adiposo, ou seja, comporta-se como um mediador da regulação de longo prazo, induzindo a perda de peso através da supressão da ingestão de alimentos. Já a grelina é uma hormona de ação rápida que funciona como um sinal estimulador do apetite (Kim *et al.*, 2017) (Wang *et al.*, 2018).

Segundo a literatura, a ingestão de alimentos com alto teor de gordura e a redução da ingestão de fibras foi relatada como associada a distúrbios do sono. De um modo particular, os açúcares, que são identificados como “alimentos de conforto”, demonstram aumentar a produção de serotonina que, por sua vez, gera um efeito positivo no humor. Ora, numa situação pandémica, onde as pessoas efetivamente se encontram mais nervosas e ansiosas, o consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono pode funcionar como uma forma de automedicação antistress. No entanto, o efeito positivo dos hidratos de carbono no humor é proporcional ao índice glicémico dos alimentos (Barrea *et al.*, 2020). Há evidências de que a ingestão de alto teor de hidratos de carbono está associada a uma duração do sono maior e, pelo contrário, a ingestão de alto teor de gordura e baixa ingestão de proteínas podem conduzir a uma duração do sono mais curta e menor eficiência do sono. Geralmente, como os desequilíbrios no ciclo do sono produzem uma maior ingestão de energia e ganho de peso, a qualidade da alimentação também representa um fator importante entre a composição corporal e o tempo total de sono (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020).

De acordo com a literatura, indivíduos com IMC alto normalmente são menos ativos e retratam maior tempo sentados o que está inversamente relacionado à duração e qualidade do sono. Para além disso, estudos transversais relatam que a massa magra está

positivamente associada à duração e qualidade do sono e, contrariamente, uma elevada massa gorda está relacionada a um sono mais curto (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020). Estudos corroboram que uma perturbação do ritmo circadiano pode provocar alterações na pressão arterial dos indivíduos, no sentido em que a diminuição do nível de melatonina no corpo pode elevar a pressão arterial (Meng *et al.*, 2021).

2.2.3. Atividade física

O isolamento obrigatório, o encerramento de locais desportivos, como ginásios, e o teletrabalho levou a uma diminuição da prática de exercício físico e, conseqüentemente, à adoção de comportamentos mais sedentários (Alkhatib, 2020). A inatividade física, a curta duração do sono ou a má qualidade do sono pode gerar maior stress e aumentar a ingestão de alimentos, induzindo um ciclo vicioso e alarmante de ganho de peso (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021) (Martínez-de-Quel *et al.*, 2021). Sabe-se que a diminuição dos níveis de atividade física aliada a um aumento do stress, medo, tristeza e ansiedade, pode reduzir significativamente a qualidade do sono, o aumento do consumo de álcool e tabagismo (Casas *et al.*, 2022). Para além disso, estudos recentes têm demonstrado que uma inatividade continuada resultante de uma interrupção brusca da prática de exercício físico pode provocar alterações adversas à saúde, como a atrofia muscular, perda de densidade óssea, desenvolvimento de resistência à insulina. Conseqüentemente, modificações a nível biológico e metabólico podem provocar riscos significativamente elevados de diabetes, osteoporose, doença cardiovascular, cancro e demência (Zhu *et al.*, 2021).

A adoção de um estilo de vida sedentário e níveis insuficientes de atividade física comprometem o normal funcionamento do sistema imunológico (devido à manifestação de inflamação sistémica, stress oxidativo e mecanismos imunossupressores associados) e fisiológico (diminuição da capacidade respiratória e cardiovascular, obesidade e outras doenças crónicas metabólicas). Verifica-se uma maior incidência destes comportamentos em pessoas com obesidade, diabetes e resistência à insulina, sendo mais suscetíveis de desenvolver infeções virais, como a COVID-19 (Alkhatib, 2020) (Husain *et al.*, 2020).

Qualquer prática de atividade física apresenta um maior benefício quando comparada com o sedentarismo, principalmente durante e após o confinamento, distanciamento social e outras medidas restritivas associadas à COVID-19 (Alkhatib, 2020).

O próprio isolamento social e a solidão conduzem a níveis mais baixos de prática de exercício físico e paralelamente a um aumento da ingestão de “alimentos de conforto” compostos por elevadas quantidades de açúcares e gorduras. É portanto fundamental considerar que fatores de estilo de vida como os hábitos alimentares, tempo de sono e atividade física interagem entre si como, por exemplo, a má qualidade do sono e a inatividade física compartilham uma relação bidirecional e, por sua vez, o curto tempo de sono está diretamente relacionado à elevada ingestão de energia, açúcar e gordura (Dos Santos Quaresma *et al.*, 2021)

III. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Pesquisa bibliográfica

A pesquisa científica realizou-se na base de dados PubMed e b-on entre novembro 2021 a fevereiro 2022. Foram usados os termos de pesquisa: “hábitos alimentares”; “biomarcadores”; “composição corporal”; “sono”; “covid”; “adultos”. Foram aplicados os marcadores booleanos “AND” para combinar as palavras-chave “hábitos alimentares”; “biomarcadores”; “adultos”. Na seleção dos artigos considerou-se os últimos cinco anos tendo como principal critério de escolha o título e o resumo.

3.2. População de estudo

Considerou-se como amostra alvo a população geral com idade igual ou superior a 18 anos de vinte e duas freguesias, do concelho da Póvoa de Lanhoso, com uma área de 134,65 km² e 21 787 habitantes, que frequentaram a Farmácia Matos Vieira. Quanto aos critérios de exclusão, não foram considerados indivíduos com idade inferior a 18 anos e que não frequentaram a farmácia supracitada.

3.3. Aplicação prática

Após a obtenção da aprovação do projeto pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo I) e da autorização da FMV (Anexo II), onde os indivíduos eram utentes e foram avaliados, entrou-se em contacto direto com os potenciais participantes, explicando os objetivos e metodologia do estudo e eventualmente esclarecimento de dúvidas existentes. De seguida, foram entregues aos potenciais participantes a Declaração de Consentimento Informado (Anexo III). Posteriormente, os dados foram colhidos

através de procedimentos padronizados e de um questionário específico (Anexo IV) descrito a seguir:

3.3.1. Dados sociodemográficos e clínicos

Numa fase inicial, pretendeu-se tomar conhecimento da idade dos indivíduos, do estado civil, das habilitações literárias, da profissão, se esteve infetado com COVID-19, se sofria de alguma doença que exigisse cuidados médicos regulares e se tomava algum medicamento.

3.3.2. Hábitos alimentares

De forma a obter dados de frequência alimentar questionou-se a periodicidade de ingestão (nunca, semanalmente, todos os dias, várias vezes por dia) de certos alimentos como hortícolas, frutas, snacks doces, carnes e peixe/pescado por comparação com o período de contenção social através do questionário de frequência alimentar (DGS, 2020b).

3.3.3. Hábitos do sono

Avaliação do sono, através da Escala de Sonolência de *Epworth* (ESS) (Johns, 1991) e qualidade do sono, a partir da aplicação do *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse et al., 1989).

3.3.3.1 Escala de Sonolência de *Epworth* (ESS)

A ESS é uma ferramenta eficaz frequentemente utilizada para a medição do grau de sonolência diurna. Na aplicação da ESS os indivíduos avaliaram numa escala de *likert* de 4 pontos (em que 0 corresponde a nunca adormecer e 3 probabilidade elevada de adormecer) qual a probabilidade de adormecer perante oito situações monótonas do quotidiano (como exemplo, “Sentado a ler”, “Deitado a descansar à tarde”), sendo que a pontuação máxima atingida é de 24 pontos (Johns, 1991). Seguidamente, as notas às oito questões foram somadas sendo que pontuações entre 1-6 revelam pouca sonolência diurna, entre 7-8 sonolência diurna moderada e superior a 8 sonolência diurna excessiva (Smyth, 2009).

3.3.3.2. Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI)

Numa segunda análise, pretendeu-se avaliar a qualidade do sono tendo como referência o último mês precedente à aplicação do questionário utilizando para isso o PSQI. É composto por 19 itens em que nas primeiras quatro questões solicitou-se aos inquiridos que indicassem a estimativa da hora a que foram dormir, o tempo demorado a adormecer, a hora a que acordaram de manhã e o número de horas dormidas por noite. Seguidamente, efetuaram-se diversas questões relacionadas com o sono, nomeadamente, a dificuldade em manter-se acordado enquanto conduzia, o uso de medicamentos auxiliares do sono, avaliação da qualidade do sono, entre outras. Os inquiridos responderam em escalas de *likert* de 4 pontos em que cada questão estava associada a designações distintas, isto é, a frequência com que determinada situação ocorre (“Não durante o último mês” a “Três ou mais vezes por semana”) e a avaliação da qualidade do sono (“Muito bom” a “Muito mau”).

Numa fase posterior, estes itens foram agrupados em 7 componentes designadamente duração do sono, latência do sono, perturbações do sono, eficiência habitual do sono, qualidade subjetiva do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. Quanto à classificação subjetiva do sono, esta recaiu na análise à questão 9 (parte D) cuja pontuação varia entre 0 (muito boa) e 3 (muito má). Relativamente à latência do sono, inclui o somatório de duas questões (“Quanto tempo demorou a adormecer?” e “Quantas vezes teve problemas em dormir por demorar mais de 30 minutos para adormecer?”) em que a pontuação total foi apresentada numa escala de 3 pontos em que 0 (pontuação 0), 1 (pontuação entre 1 e 2), 2 (pontuação entre 3 e 4) e 3 (pontuação entre 5 e 6). A análise à questão “Quantas horas de sono por noite dormiu?” indicou a duração do sono sendo que a pontuação refletiu o intervalo de horas dormidas, ou seja, mais do que 7 horas (pontuação 0), entre 6 e 7 horas (pontuação 1), entre 5 e 6 horas (pontuação 2) e menos do que 5 horas (pontuação 3). A eficiência do sono foi obtida através do seguinte cálculo: $(n^{\circ} \text{ de horas dormidas} / n^{\circ} \text{ de horas permanecidas na cama}) \times 100$. O número de horas dormidas é dado pela questão 4 (parte D) e o número de horas permanecidas na cama foi obtido através da questão 1 e 3 (parte D). A atribuição da pontuação da eficiência do sono foi efetuada da seguinte forma: superior a 85% (pontuação 0), 75% a 84% (pontuação 1), 65% a 74% pontuação 2 e inferior a 65% (pontuação 3). A componente 5 referiu-se aos distúrbios do sono os quais foram avaliados tendo em conta as questões 5b a 5j (parte D)

em que cada resposta foi codificada numa escala de 3 pontos, isto é, nunca (pontuação 0), menos de 1 vez por semana (pontuação 1), 1 ou 2 vezes por semana (pontuação 2) e 3 ou mais vezes por semana (pontuação 3). No final a pontuação total foi obtida de acordo com o resultado obtido previamente: 0 (pontuação 0), 1 a 9 (pontuação 1), 10 a 18 (pontuação 2), 19 a 27 (pontuação 3). O uso de medicação para dormir estava relacionado com a questão “Tomou algum medicamento para dormir?” em que as respostas possíveis foram nunca (pontuação 0), menos de 1 vez por semana (pontuação 1), 1 ou 2 vezes por semana (pontuação 2), 3 ou mais vezes por semana (pontuação 3). Por último, a componente 7 referiu-se à disfunção diurna a qual foi obtida pelo somatório das questões “Teve problemas em ficar acordado nalguma atividade?” “Sentiu dificuldade em manter o entusiasmo na realização das tarefas?”. Em ambas as questões a possibilidade de repostas coincidiu com as respostas da avaliação anterior (Uso de medicação para dormir). No final, as respostas foram convertidas em pontuação sendo que 0 (pontuação 0), entre 1 e 2 (pontuação 1), entre 3 e 4 (pontuação 2) e entre 5 e 6 (pontuação 3).

No final o somatório dos 7 componentes, que pode variar entre 0 e 21, indicou a qualidade do sono em que quanto maior for o resultado, pior é a qualidade do sono. Pontuação igual ou superior a 5 considera-se má qualidade do sono e inferior a 5 é indicativo de uma boa qualidade do sono (Buysse *et al.*, 1989).

3.3.4. Atividade física

Para além do questionário referente à atividade física (Craig *et al.*, 2003) e da avaliação da composição corporal por antropometria (peso e estatura), foram ainda avaliados a pressão arterial e dados bioquímicos, tais como, a glicemia e o colesterol total.

As atividades físicas foram classificadas como vigorosas e moderadas (Craig *et al.*, 2003). As atividades físicas vigorosas referem-se a atividades que exigem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante. Por sua vez, as atividades físicas moderadas, requerem um esforço físico moderado que torna a respiração um pouco mais forte do que o normal. Pretendeu-se saber quantos dias realizaram atividades físicas vigorosas (tais como, levantar objetos pesados, nadar, jogar futebol) e moderadas (carregar objetos leves, trabalhos de carpintaria) e quanto tempo em média dedicaram a cada uma dessas atividades. Para além disso questionou-se quantos dias andaram pelo menos 10 minutos seguidos e quanto tempo normalmente passavam sentados (inclusive

ler, estudar, ver televisão). No final e tendo por base os resultados obtidos, os inquiridos foram classificados como sedentários, insuficientemente ativos, ativos e muito ativos. Indivíduos muito ativos são aqueles que praticam actividade física vigorosa, mais do que 5 dias por semana, com duração igual ou superior a 30 minutos por sessão ou mais do que 3 dias por semana e duração igual ou superior a 20 minutos por sessão, acrescido de actividade física moderada e/ou caminhada 5 dias por semana de duração igual ou superior a 30 minutos por sessão. Já no que concerne aos indivíduos considerados ativos, serão aqueles que se exercitam vigorosamente 3 ou mais dias por semana, com duração igual ou superior a 20 minutos; aqueles que praticam actividade moderada ou caminhada, 5 ou mais dias por semana, com duração igual ou superior a 30 minutos por sessão; ou ainda praticantes de qualquer actividade física que somada (caminhada + moderada + vigorosa) seja de frequência igual ou superior a 5 dias por semana e duração igual ou superior a 150 minutos por semana. Insuficientemente ativos serão todos aqueles que realizam actividade física, sendo que essa actividade é insuficiente para que seja classificado como ativo, em virtude de não cumprir as recomendações nem quanto à frequência, nem quanto à duração. Para que seja feita esta classificação, deverá ser somada a frequência e a duração dos diferentes tipos de actividade (caminhada, actividade física moderada e actividade física vigorosa). A frequência considerada será de 5 dias por semana ou duração de 150 minutos por semana. No entanto, esta classificação também pode ser atribuída a indivíduos que não atingem nenhum dos critérios de recomendação quanto à frequência nem quanto à duração. Como sedentários serão classificados todos aqueles que, durante a semana, não desempenham qualquer actividade física por período igual ou superior a 10 minutos contínuos (Craig *et al.*, 2003).

3.3.5. Composição corporal e biomarcadores

A avaliação antropométrica foi realizada recorrendo a uma balança antropométrica eletrónica *Davi Y Cia*® com display digital com supervisão de um profissional de saúde. Para a medição, foi pedido aos indivíduos que retirassem o máximo de roupa possível e o calçado de forma a obtermos um valor mais aproximado do real. Para além disso, foi solicitado que permanecessem imóveis e numa posição ereta durante o processo de medição. O peso e a altura foram expressos em Kg e metros, respetivamente. Tendo por base estes dados calculou-se o IMC e efetuou-se a sua interpretação (DGS, 2013a).

A pressão arterial foi avaliada por um profissional de saúde através do medidor *Omron Digital Blood Pressure Monitor HEM-907 Intellisense*, o qual se encontra parametrizado para três medições consecutivas, sendo o resultado final calculado pela média aritmética dessas mesmas três avaliações. Antes de cada medição, requereu-se um repouso de cinco minutos, fim dos quais se procedeu à colocação da braçadeira no braço esquerdo, dando início à avaliação. O resultado foi apresentado em mmHg. O diagnóstico de hipertensão arterial é estabelecido perante elevações constantes (em várias leituras e em diferentes situações) da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg (DGS, 2013b).

Quanto aos dados bioquímicos, para a medição do colesterol total recorreu-se ao aparelho *Multicare In Biochemical Systems International*. A avaliação da glicemia foi efetuada através do dispositivo *Glucomen Areo Blood Glucose* dos laboratórios *A.Menarini*®. Em ambos os casos, antes de proceder à punção capilar o profissional de saúde preparou a mesa de colheita, organizando todo o material necessário à punção e recolha da amostra. De seguida, desinfetou-se a zona a puncionar com algodão e álcool a 70°. Puncionou-se com uma lanceta estéril e descartável, desprezando a primeira gota (normalmente contaminada com líquidos teciduais) e recolheu-se a amostra em quantidade suficiente para a análise. Em ambas as situações, o resultado foi expresso em mg/dL. O diagnóstico de diabetes é realizado com base nos seguintes critérios: glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou sintomas clássicos associado a glicemia ocasional ≥ 200 mg/dL (DGS, 2011). Quanto ao diagnóstico de hipercolesterolemia é efetuado quando o valor do colesterol total é superior a 190 mg/dL (DGS, 2017).

3.4. Tratamento estatístico

Os questionários serão codificados e tratados na forma de análise estatística descritiva de forma a comparar-se os grupos amostrais nas variáveis avaliadas com recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 25.0 para *Windows*.

3.5. Considerações éticas

Todos os participantes foram totalmente esclarecidos quanto ao procedimento do estudo e solicitou-se a cada um deles o preenchimento da Declaração de Consentimento

Informado. Por forma a assegurar a confidencialidade e o anonimato dos dados, todos os questionários serão anónimos e confidenciais.

IV. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

A análise que se segue é composta por um *corpus* que compreende a resposta a 49 inquiridos sendo que, no total, foram inquiridos 14 indivíduos do sexo masculino e 35 indivíduos do sexo feminino, correspondendo a uma percentagem de 28,6% e 71,4%, respetivamente.

4.1.1. Dados sociodemográficos

No presente estudo a média de idades é de 54,10 sendo que nas mulheres a média de idades ascende aos 56,06 e nos homens aos 49,21. De notar que, no sexo feminino, a inquirida mais nova tinha 19 anos de idade e a mais velha 87 ao passo que, no sexo masculino, a amplitude de variação de idades é menor com o mais jovem a ter 29 anos e o mais velho 73 (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=49) por idades.

	Idade (anos)			
	Mínima	Máxima	Média	Desvio padrão
Sexo feminino (n=35)	19	87	56,06	17,94
Sexo masculino (n=14)	29	73	49,21	13,45

Quanto ao estado civil dos indivíduos inquiridos (Tabela 2) constatou-se que cerca de metade da população é casada (49%) sendo que, em termos percentuais, 64,3% das pessoas são do sexo masculino e 42,9% do sexo feminino. Os solteiros do sexo masculino e feminino apresentam uma percentagem muito equilibrada (21,4% e 20%, respetivamente). De salientar ainda que apenas mulheres viúvas participaram neste estudo (17,1%).

Relativamente às profissões, indivíduos reformados foram os que apresentaram uma taxa superior de participação neste estudo (26,5%). Tal facto deveu-se naturalmente à média

de idades ser ligeiramente elevada. Assistentes técnicos e professores estatisticamente também são merecedores de destaque apresentando uma percentagem de 16,3% e 8,2%, respetivamente.

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos participantes (n=49), de acordo com o sexo.

Variáveis	Sexo feminino	Sexo masculino	%	
	N (%)	N (%)		
Estado civil	Solteiro	7 (20%)	3 (21,4%)	20,4%
	Casado	15 (42,9%)	9 (64,3%)	49,0%
	Divorciado	3 (8,6%)	1 (7,1%)	8,2%
	Viúvo	6 (17,1%)	-	12,2%
	Outro	4 (11,4%)	1 (7,1%)	10,2%
Habilitações literárias	4º ano	12 (34,3%)	2 (14,3%)	28,6%
	6º ano	2 (5,7%)	2 (14,3%)	8,2%
	9º ano	3 (8,6%)	3 (21,4%)	12,2%
	12º ano	8 (22,9%)	3 (21,4%)	22,4%
	Ensino superior	10 (28,6%)	4 (28,6%)	28,6%
COVID-19	Sim	12 (65,7%)	2 (14,3%)	28,6%
	Não	23 (34,3%)	12 (85,7%)	71,4%

No que diz respeito às habilitações literárias (Tabela 2) um facto a evidenciar é que tanto o grau de escolaridade 4º ano como o ensino superior foram os que apresentaram uma maior percentagem (28,6%), ou seja, verificou-se que as duas variáveis mais díspares são as que se encontram em maior número. Enquanto no 4º ano há uma percentagem muito superior de indivíduos do sexo feminino (34,3%) contrariamente, no ensino superior, a

percentagem de homens e mulheres igualou-se (28,6%). Relativamente aos graus de escolaridade intermédios, ou seja, 6º ano e 9º ano, constatou-se uma percentagem avassaladora de homens em comparação com as mulheres.

No que respeita à infeção com COVID-19 (Tabela 2) uma esmagadora maioria da população não contraiu infeção (71,4%) sendo que se verificou um maior número de registo de infeção nas mulheres do que nos homens.

Tendo em consideração o total de inquiridos, os homens apresentaram mais doenças que exigiam cuidados médicos do que as mulheres ainda que ambos os sexos apresentassem percentagens muito aproximadas (Tabela 3). As doenças mais comuns entre a população em estudo foram a hipertensão (16,33%), a diabetes (12,24%), a depressão (6,12%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (4,08%). Os homens sofriam mais de diabetes e de doença pulmonar obstrutiva crónica mas por outro lado as mulheres sofriam mais de depressão e hipertensão.

Tabela 3. Patologias e uso de medicamentos pelos participantes (n=49).

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		%
	N (%)		N (%)		
Doença	Sim	14 (40%)	6 (42,85)	40,8%	
	Não	21 (60%)	8 (57,14%)	59,2%	
Medicamento	Sim	25 (71,4%)	7 (50%)	65,3%	
	Não	10 (28,6%)	7 (50%)	34,7%	

Apesar da maioria da população não sofrer de doença, 65,3% utilizou medicamentos. Através da análise da Tabela 3 verificou-se que as mulheres consumiam mais medicamentos (71,4%) apesar da maioria não sofrer de doenças que exigissem cuidados médicos.

A Tabela 4 demonstra a classificação farmacoterapêutica de medicamentos citados ao longo dos inquéritos. Esta classificação baseia-se na Legislação Farmacêutica Compilada mais especificamente no Despacho nº 4742/2014, de 21 de março. Através da análise dos

resultados, tal como expectável, os medicamentos anti hipertensores não foram apenas os mais consumidos pelas mulheres como também foram os mais consumidos pela população total (32,65%). Por outro lado, os homens revelaram utilizar mais antidiabéticos do que as mulheres. De ressaltar que o consumo de ansiolóticos, sedativos e hipnóticos também apresentaram uma expressão significativa neste estudo (14,29%).

Tabela 4. Distribuição por sexo e dos medicamentos tomados pelos participantes (n=49).

Medicamento	Sexo feminino	Sexo masculino	%
	N (%)	N (%)	
Anti depressores	6 (17,14%)	-	12,24%
Ansiolóticos, sedativos e hipnóticos	6 (17,14%)	1 (7,14%)	14,29%
Anti hipertensores	13 (37,14%)	3 (21,43%)	32,65%
Anti diabéticos	4 (11,43%)	2 (14,29%)	12,24%
Utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	1 (2,86%)	-	2,04%
Antidislipidémicos	4 (11,43%)	2 (14,29%)	12,24%
Usados nas perturbações da micção	-	1 (7,14%)	2,04%
Anticoncepcionais	2 (5,71%)	-	4,08%
Antiasmáticos e broncodilatadores	1 (2,86%)	1 (7,14%)	4,08%

Hormonas da tiróide e antitiroideus	2 (5,71%)	-	4,08%
Modificadores da secreção gástrica	3 (8,57%)	-	6,12%
Bifosfonatos	1 (2,86%)	-	2,04%
Beta bloqueadores selectivos cardíacos	2 (5,71%)	-	4,08%
Beta bloqueadores não selectivos cardíacos	1 (2,86%)	-	2,04%
Anticoagulantes	1 (2,86%)	-	2,04%
Relaxantes muscular de ação central	-	1 (7,14%)	2,04%

4.2. Dados de frequência alimentar

Os homens comparativamente às mulheres consumiram com maior regularidade peixe/pescado (7,1%), refeições pré-preparadas (28,6%), snacks salgados (28,6%) e conservas de peixe (64,3%). À semelhança destes resultados os homens também demonstraram ingerir com maior frequência bebidas alcoólicas (35,7%), refrigerantes (57,1%), sumos de fruta (71,4%) e água (50%). Quanto ao consumo semanal de carnes e snacks doces, as mulheres apresentaram uma maior incidência no seu consumo (54,3% e 85,7%, respetivamente) em comparação com os homens. A percentagem de frequência de consumo de frutas mostrou ser igual em ambos os sexos.

Para cada um dos grupos alimentares (hortícolas, frutas, snacks doces, carnes, peixe/pescado, bebidas alcoólicas, refeições pré-preparadas, snacks salgados, refrigerantes, sumos de fruta, água, conservas de peixe, outros enlatados, iogurtes, leite e queijo) a maioria da população relatou que o seu consumo no período de contenção social comparativamente ao período de pré contenção se manteve inalterável.

Contudo, através da análise da Tabela 5 identificaram-se particularidades na ingestão de alimentos no período de contenção social merecedoras de destaque: 35,7% dos homens consumiram com maior frequência snacks doces e 21,4% snacks salgados, 28,6% diminuíram a ingestão de bebidas alcoólicas e 14,3% o consumo de refeições pré-preparadas. Tendo como termo de comparação a análise efetuada anteriormente, as mulheres demonstraram beber menos água do que os homens, todavia, no período de contenção social 14,3% das mulheres relataram um maior aumento na frequência de ingestão de água do que os homens. Não houve diferença significativa entre os participantes quanto à frequência de consumo de carne, hortícolas, iogurte, leite e queijo, conservas de peixe e outros enlatados.

Tabela 5. Consumo de alimentos no período de contenção social pelos participantes (n=49).

	Variáveis	Sexo		%
		feminino N (%)	Sexo masculino N (%)	
Frutas	Diminuiu	1 (2,9%)	1 (7,1%)	4,1%
	Manteve-se igual	30 (85,7%)	12 (85,7%)	85,7%
	Aumentou	4 (11,4%)	1 (7,1%)	10,2%
Snacks doces	Diminuiu	5 (14,3%)	1 (7,1%)	12,2%
	Manteve-se igual	23 (65,7%)	8 (57,1%)	63,3%
	Aumentou	7 (20%)	5 (35,7%)	24,5%
Bebidas alcoólicas	Diminuiu	2 (5,7%)	4 (28,6%)	12,2%
	Manteve-se igual	33 (94,3%)	9 (64,3%)	85,7%
	Aumentou	-	1 (7,1%)	2,0%
Refeições pré preparadas	Diminuiu	4 (11,4%)	2 (14,3%)	12,2%
	Manteve-se igual	29 (82,9%)	12 (85,7%)	83,7%

	Aumentou	2 (5,7%)	-	4,1%
Snacks salgados	Diminuiu	3 (8,6%)	1 (7,1%)	8,2%
	Manteve-se igual	28 (80%)	10 (71,4%)	77,6%
	Aumentou	4 (11,4%)	3 (21,4%)	14,3%
Água	Diminuiu	-	1 (7,1%)	2%
	Manteve-se igual	30 (85,7%)	12 (85,7%)	85,7%
	Aumentou	5 (14,3%)	1 (7,1%)	12,2%

4.3. Escala de sonolência de *Epworth* (ESS)

Numa primeira avaliação ao sono pretendeu-se avaliar a probabilidade de adormecer em determinadas circunstâncias tendo os inquiridos como referência o dia-a-dia recente. Tendo por base o Gráfico 1 e a pontuação total obtida observa-se que 44,90% dos indivíduos apresentaram uma pontuação média superior a 8, o que revela sonolência diurna excessiva, 38,78% obtiveram uma pontuação entre 1-6, isto é, apresentaram baixa sonolência diurna e os restantes (16,32%) demonstraram sonolência diurna moderada.

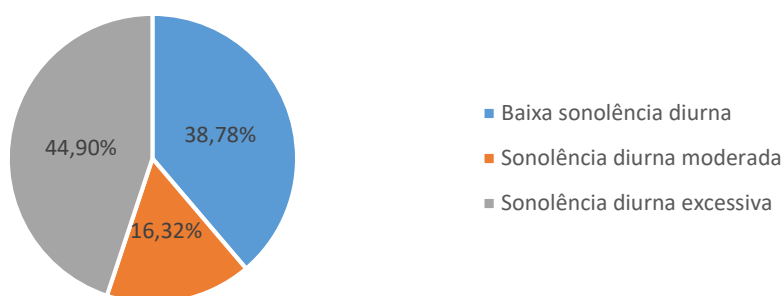


Gráfico 1. Escala de sonolência de *Epworth*

Os homens obtiveram uma pontuação média de aproximadamente 9 enquanto as mulheres apresentam uma pontuação média de 7, o que se traduz que os homens tinham uma maior sonolência diurna (sonolência diurna excessiva) comparativamente às mulheres (sonolência diurna moderada).

4.4. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)

Numa segunda avaliação ao sono pretendeu-se analisar a qualidade do sono, tendo exclusivamente como referência o último mês. Verificou-se que a média da qualidade do sono da amostra total é de 7,02 o que correspondeu a uma má qualidade do sono.

4.4.1. Qualidade subjetiva do sono

No questionário aplicado solicitou-se aos indivíduos que realizassem uma avaliação, em termos gerais, da qualidade do seu sono em muito bom, razoavelmente bom, razoavelmente mau e muito mau.

Analisando o Gráfico 2 conclui-se que uma grande percentagem de indivíduos (69,40%) considerou o seu sono razoavelmente bom, 16,3% razoavelmente mau, 12,2% muito bom e apenas 2,0% como sendo muito mau.

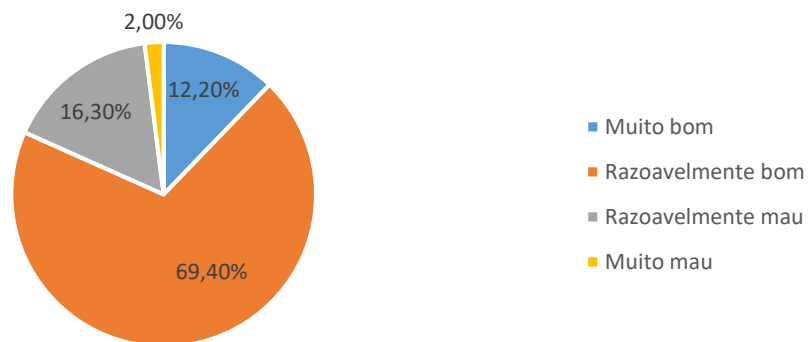


Gráfico 2. Análise subjetiva da qualidade do sono em termos percentuais

Para além disso, observando o Gráfico 3 é notório que os homens consideraram ter uma melhor qualidade do sono comparativamente às mulheres.

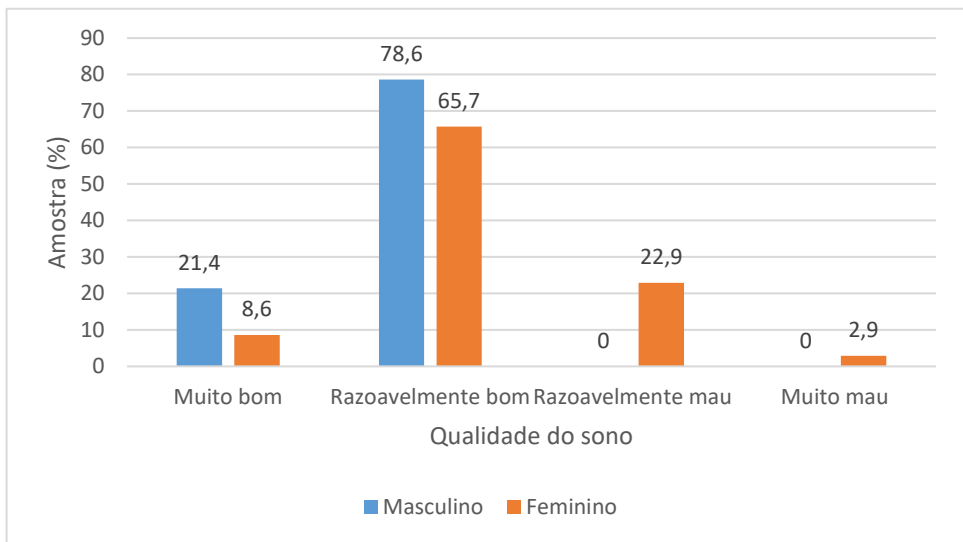


Gráfico 3. Relação entre sexo e a avaliação da qualidade do sono

4.4.2. Latência do sono

O tempo de latência diz respeito ao tempo que os indivíduos demoram a adormecer. Em termos percentuais os dados obtidos estão distribuídos de forma equilibrada entre a população total: 32,7% demoraram até 15 minutos, 36,7% entre 16 a 30 minutos, 20,4% entre 31 a 60 minutos e 10,2% mais de 60 minutos.

Observando o Gráfico 4 verifica-se que as mulheres apresentaram maior dificuldade em adormecer do que os homens, que adormecem mais facilmente. A população demorou a adormecer, em média, entre 16 a 30 minutos.

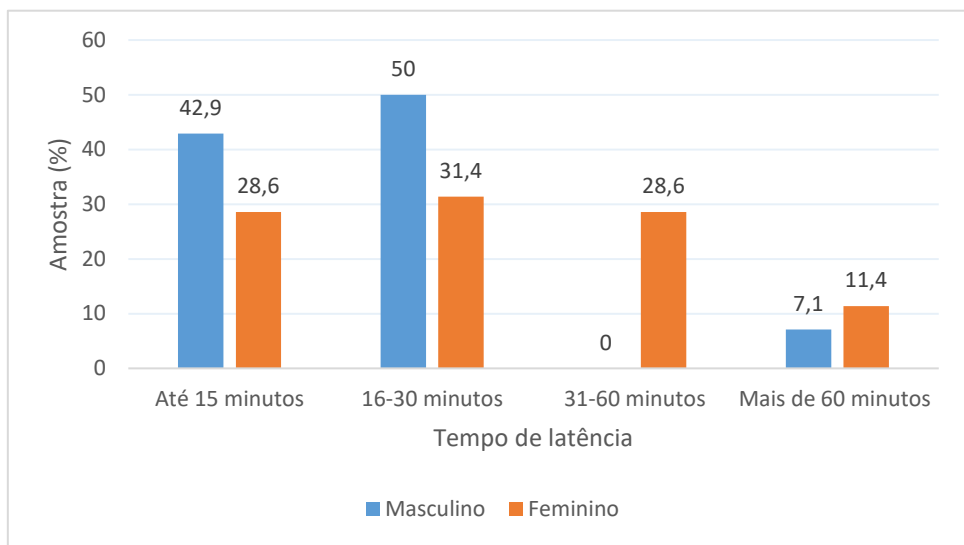


Gráfico 4. Relação entre sexo e o tempo de latência

4.4.3. Duração do sono

O presente estudo permitiu saber quantas horas os indivíduos dormiram efetivamente durante o último mês, com a salvaguarda de que estas horas podiam ser diferentes do tempo que passavam na cama. Observou-se que a média de horas de sono correspondeu a 07:05h

O intervalo de horas dormidas variou entre as 03:00h e as 10:00h. As 07:00h representaram as horas com maior número de incidência, tal facto encontra-se visível no Gráfico 5.

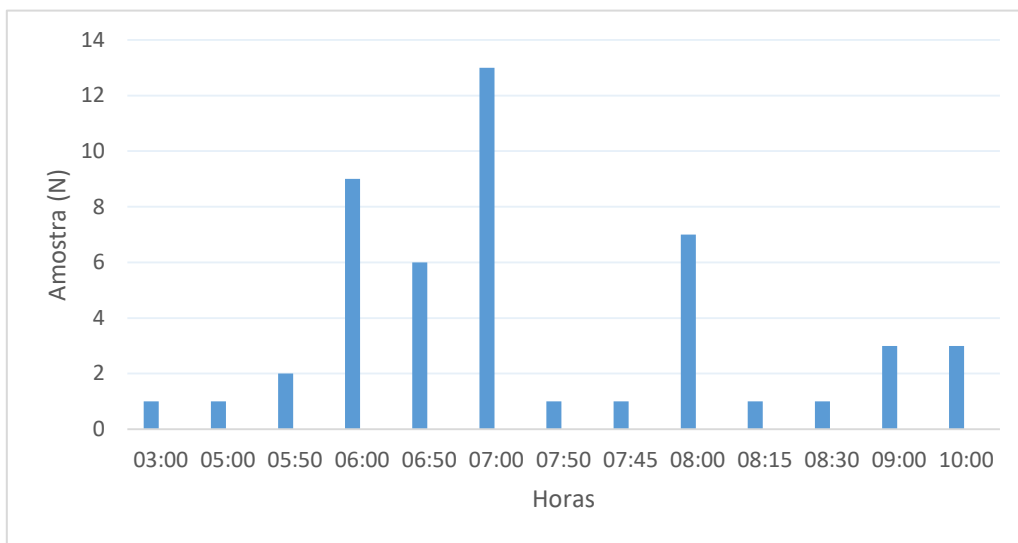


Gráfico 5. Número de horas de sono no último mês

4.4.4. Eficiência do sono

a) Hora de levantar

Através da análise do Gráfico 6 verificou-se a existência de uma grande variação de horários entre as 04:00h e as 10:00h, no entanto, a maioria da população levantou-se entre as 07:00h e as 08:30h.

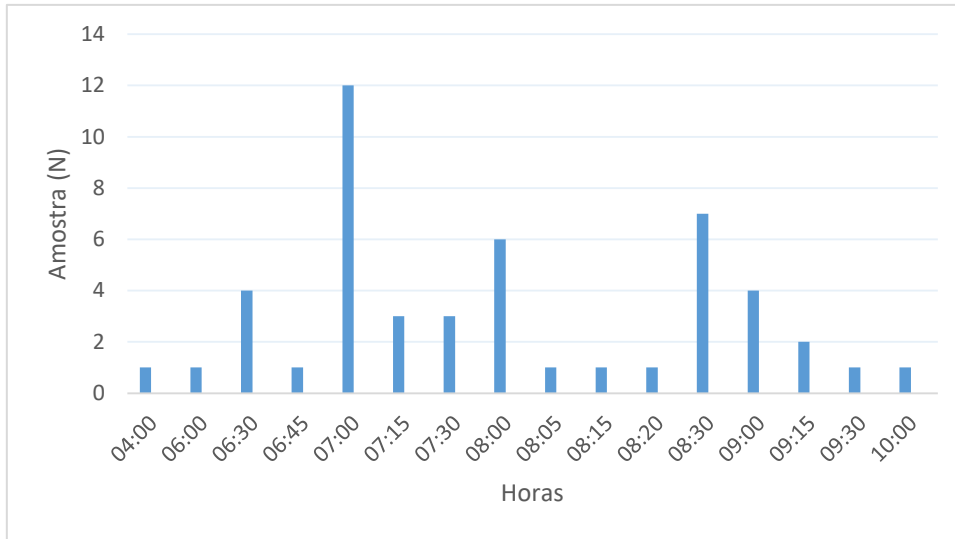


Gráfico 6. Hora de levantar à semana

Por sua vez, durante o fim de semana o horário de levantar compreendeu um intervalo desde as 06:30h e as 12:30h, apresentando uma maior incidência às 08:00h e às 08:30h (Gráfico 7).

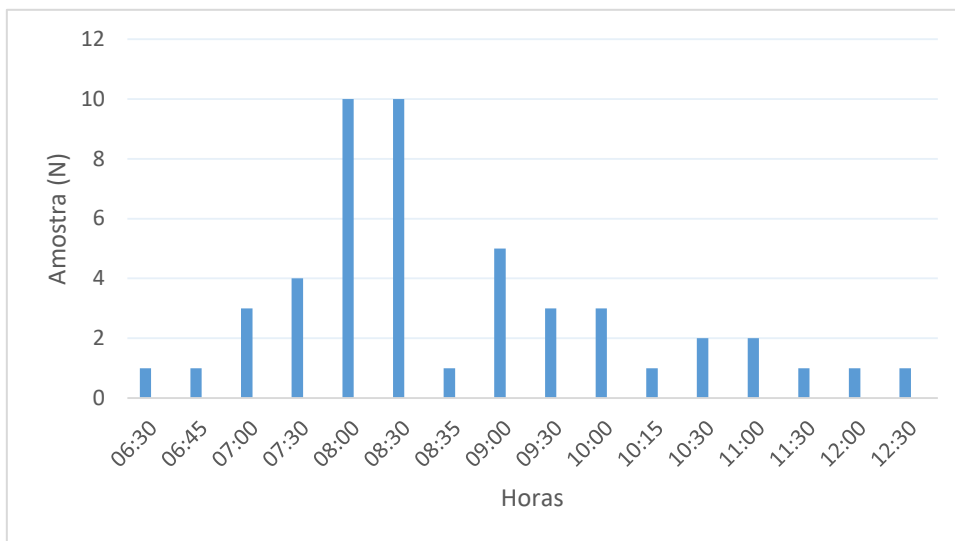


Gráfico 7. Hora de levantar ao fim de semana

Tendo em conta a comparação das horas de levantar durante a semana e as horas de levantar ao fim de semana observou-se que os indivíduos em média levantaram-se mais tarde 1 hora ao fim de semana (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre as horas de levantar à semana vs fim de semana.

	Hora levantar semana	Hora levantar fim de semana
N	49	49
Média	7:44	8,47
Desvio padrão	1:09	1:35

b) Hora de deitar

Quanto à hora de deitar durante a semana verificou-se uma variação de horas entre as 20:00h e a 00:30h, sendo que existiu uma maior prevalência entre as 22:30h e 23:30h (Gráfico 8).

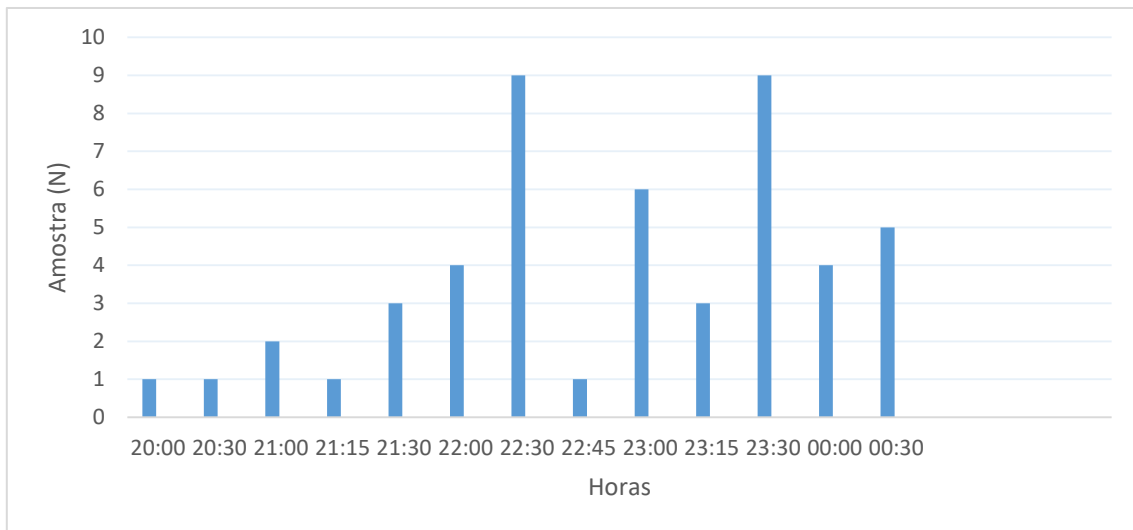


Gráfico 8. Hora de deitar à semana

Durante o fim de semana, a maioria dos indivíduos relatou deitar-se entre as 20:00h e a 0:00h (Gráfico 9).

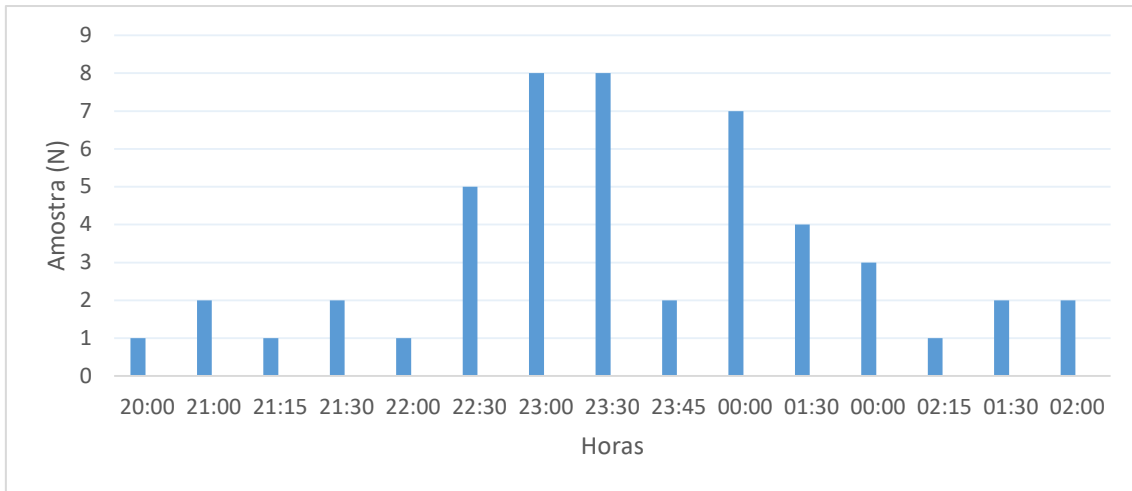


Gráfico 9. Hora de deitar ao fim de semana

Em termos práticos, verificou-se que em média os indivíduos deitaram-se cerca de 40 minutos mais cedo durante a semana comparativamente às horas que se deitaram durante o fim de semana (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação entre as horas de deitar à semana vs fim de semana.

	Hora deitar semana	Hora deitar fim de semana
N	49	49
Média	22:51	23:28
Desvio padrão	1:08	1:32

Em concordância com o descrito na literatura, este estudo mostrou que em média os inquiridos dormiram mais durante o fim de semana (Wang *et al.*, 2018).

4.4.5. Distúrbios do sono

No que diz respeito à avaliação dos distúrbios de sono, na Tabela 8, é possível verificar que houve uma maior frequência das mulheres acordarem a meio da noite e de se levantarem para ir à casa de banho comparativamente aos homens. As mulheres também relataram ter com maior regularidade pesadelos e dores durante a noite do que os homens.

Por outro lado, os homens tossiam/ressonavam alto com maior periodicidade do que as mulheres.

Quanto à questão “Outras razões” não se considerou neste estudo pois os resultados obtidos não eram estatisticamente significativos.

Tabela 8. Distúrbios de sono dos participantes (n=49).

	Variáveis	Nunca	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3x/semana ou mais
Acordar a meio da noite	Sexo feminino (N/%)	3 (8,6%)	3 (8,6%)	9 (25,7%)	20 (57,1%)
	Sexo masculino (N/%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)
	Percentagem (%)	16,3%	8,2%	28,6%	46,9%
Levantar para ir à casa de banho	Sexo feminino (N/%)	6 (17,1%)	7 (20%)	9 (25,7%)	13 (37,1%)
	Sexo masculino (N/%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)
	Percentagem (%)	22,4%	18,4%	26,5%	32,7%
Ter dificuldade em respirar	Sexo feminino (N/%)	30 (85,7%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)
	Sexo masculino (N/%)	10 (85,7%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)
	Percentagem (%)	81,6%	4,1%	6,1%	8,2%

Hábitos alimentares e de sono e biomarcadores dos utentes de uma farmácia na Póvoa de Lanhoso

	Variáveis	Nunca	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3x/semana ou mais
Tossir ou ressonar alto	Sexo feminino (N/%)	17 (48,6%)	8 (22,9%)	4 (11,4%)	6 (17,1%)
	Sexo masculino (N/%)	1 (7,1%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)
	Percentagem (%)	36,7%	26,5%	16,3%	20,4%
Sentir muito frio	Sexo feminino (N/%)	25 (71,4%)	6 (17,1%)	1 (2,9%)	3 (8,6%)
	Sexo masculino (N/%)	14 (100%)	-	-	-
	Percentagem (%)	79,60%	12,2%	2,0%	6,1%
Sentir muito calor	Sexo feminino (N/%)	25 (71,4%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)	4 (11,4%)
	Sexo masculino (N/%)	11 (78,6%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	-
	Percentagem (%)	73,5%	8,2%	10,2%	8,2%

	Variáveis	Nunca	Menos de 1x/semana	1 ou 2x/semana	3x/semana ou mais
Ter pesadelos	Sexo feminino (N/%)	13 (37,1%)	13 (37,1%)	6 (17,1%)	3 (8,6%)
	Sexo masculino (N/%)	9 (64,3%)	5 (35,7%)	-	-
	Percentagem (%)	44,9%	36,7%	12,2%	6,1%
Sentir dores	Sexo feminino (N/%)	11 (31,4%)	10 (28,6%)	8 (22,9%)	6 (17,1%)
	Sexo masculino (N/%)	10 (71,4%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	-
	Percentagem (%)	42,9%	26,5%	18,4%	12,2%

4.4.6. Uso de medicação para dormir

No que diz respeito ao uso de medicação auxiliadora do sono (Tabela 9) cerca de 69,4% da população revelou não consumir. No entanto, uma percentagem considerável de indivíduos (18,4%) assumiu recorrer a medicamentos com elevada frequência. Comparando o uso de medicamentos entre sexos verificou-se que as mulheres são aquelas que mais recorrem a medicação (37,2%), apresentando a classe masculina uma percentagem de apenas 14,2%. Tal situação já era de algum modo expectável em virtude de uma análise anterior ter demonstrado que as mulheres efetivamente eram as que mais apresentavam dificuldade em adormecer e 17,14% assumiram a utilização de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.

Tabela 9. Uso de medicação para dormir pelos participantes (n=49), de acordo com o sexo.

Quantas vezes tomou medicamentos para o ajudar a dormir?	Sexo feminino	Sexo masculino	%
	N (%)	N (%)	
Nunca	22 (62,9%)	12 (85,7%)	69,4%
Menos de 1x/semana	2 (5,7%)	1 (5,7%)	6,1%
1 ou 2x/semana	3 (8,6%)	-	6,1%
3x/semana ou mais	8 (22,9%)	1 (7,1%)	18,4%

4.4.7. Disfunção diurna

Por fim, efetuou-se um estudo à disfunção diurna avaliando a dificuldade da população em se manter acordada enquanto conduzia, durante as refeições ou em atividades sociais assim como a dificuldade em manter o entusiasmo na realização das tarefas.

Numa primeira análise, o Gráfico 10 demonstra que grande parte da população (83,7%) não apresentou dificuldade em manter-se acordado. No entanto registou-se um maior número de relatos de homens (21,4%) com dificuldade em manterem-se acordados menos do que uma vez por semana comparativamente às mulheres (14,3%). Tal facto era de certo modo expectável uma vez que numa análise efetuada anteriormente verificou-se que os homens apresentavam uma sonolência diurna excessiva.

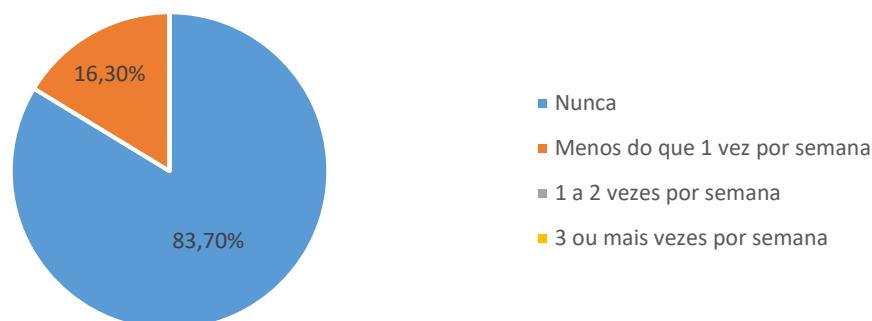


Gráfico 10. Dificuldade em manter-se acordado em actividades

Cerca de 57,1% da população referiu sentir dificuldade em manter o entusiasmo na realização das tarefas durante o último mês sendo que as mulheres apresentaram dificuldades com maior regularidade do que os homens. 17,1% das mulheres assumiu sentir dificuldades uma a duas vezes por semana e 8,6% sentir dificuldade três ou mais vezes por semana. A obtenção destes resultados pode ser justificado pelo facto de 17,14% das mulheres ter consumido anti depressivos (Gráfico 11).

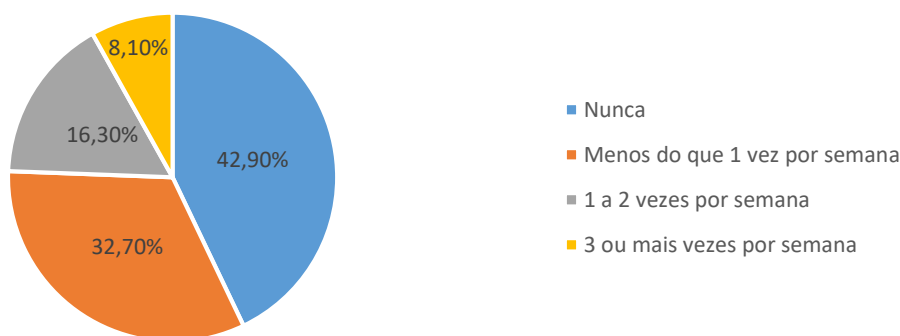


Gráfico 11. Dificuldade em manter o entusiasmo na realização de tarefas

4.5. Atividade física

Através da aplicação do questionário internacional de atividade física e perante os resultados obtidos (Tabela 10) concluiu-se que em média os participantes deste estudo foram ativos, no sentido em que, a soma da duração dos diferentes tipos de atividades (atividade física vigorosa + atividade física moderada + caminhada) ter ultrapassado os 5 dias e os 150 minutos por semana.

Tanto os homens como as mulheres obedeceram de igual forma ao critério acima mencionado sendo por isso classificados, ao nível da atividade física, como indivíduos ativos.

Tabela 10. Nível de atividade física dos participantes (n=49).

	Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Atividade física vigorosa	Frequência (dias)	1,18	1,72	0	6
	Duração	49min	1,53	0	8h
Atividade física moderada	Frequência (dias)	1,92	2,37	0	7
	Duração	85min	2,20	0	8h
Caminhada	Frequência (dias)	4,71	2,38	0	7
	Duração	60min	1,16	0	7h
Sentado	Duração	309min	3,54	30min	18h

4.6. Composição corporal e biomarcadores

Através da avaliação da composição corporal dos participantes observou-se que, em média, o peso máximo atingido pelos indivíduos do sexo masculino correspondeu a 88,75 Kg sendo que o valor mais baixo descrito foi de 65,50 Kg e o valor mais elevado de 135,00 Kg. Quanto às mulheres o valor mínimo foi de 48,00 Kg sendo que o valor máximo ascendeu até aos 87,00 Kg. A média de peso máximo apresentou um valor de 70,05 Kg.

O peso médio atual dos inquiridos correspondeu a 70,58 Kg e a estatura média foi de 1,61 m (Tabela 11). Estes dados permitiram efetuar o cálculo do IMC através da seguinte fórmula (Kg/m²). O resultado obtido indicou que estamos perante pré obesidade. A média

de IMC das mulheres (26,91 Kg/m²) apresentou valores muito semelhantes à dos homens (27,54 Kg/m²), não se registando diferenças significativas (DGS, 2013a).

Tabela 11. Composição corporal.

	Média (N=49)	Desvio padrão
Peso máximo (Kg)	75,39	15,26
Peso atual (Kg)	70,58	15,26
Estatura (m)	1,61	0,11
IMC (Kg/m²)	27,23	4,58

A Tabela 12 demonstra o valor médio dos resultados obtidos na avaliação da pressão arterial, glicemia e colesterol total. Através da sua análise é possível observar que todos os parâmetros se encontraram dentro dos parâmetros normais não se tendo verificado a existência de diferenças significativas entre os sexos.

Tabela 12. Biomarcadores.

	Média (N=49)	Desvio padrão
Pressão arterial (mmHg)	129/78	19,29
Colesterol total (mg/dL)	169	32,71
Glicemia (mg/dL)	116	42,69

V. DISCUSSÃO

No presente estudo procurou-se investigar possíveis modificações dos hábitos alimentares, padrões de sono e biomarcadores após o período de confinamento induzido pela pandemia mundial. No que respeita aos hábitos alimentares observou-se que o consumo dos alimentos essenciais como hortícolas, carnes, peixe/pescado se mantém inalterado, isto é, a frequência de consumo não sofreu alterações dignas de registo o que vai de encontro ao descrito na literatura (Husain *et al.*, 2020). Em estudos publicados

verificou-se que 56,5% da população manteve o consumo de hortícolas e 47,0% manteve o consumo de carne (Zhu *et al.*, 2021).

Tal como refere (Madan *et al.*, 2021), a frequência de consumo de frutas sofreu um ligeiro incremento (10,2%), o que representa um aspeto positivo na qualidade das dietas, o que vai de encontro ao estudo realizado por (Radwan *et al.*, 2021) no qual a população aumentou 60,2% o consumo de frutas. Esta modificação positiva pode ter resultado das directrizes da OMS que considera a ingestão de legumes, frutas e vegetais como os melhores alimentos durante o confinamento (Lombardo *et al.*, 2021). Para além disso, os inquiridos relataram beber mais água comparativamente ao período pré covid (aumento de 12,2%), facto este que não vai de encontro ao descrito na literatura. Estudos apontam que o consumo de água durante o confinamento foi diminuído e frequentemente substituído por bebidas açucaradas (Zeigler, 2021). Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas no período de contenção social comparativamente ao período de pré contenção a bibliografia é um tanto controversa sendo que neste estudo a ingestão de bebidas alcoólicas decresceu cerca de 12,2% (Zeigler, 2021) (Pišot *et al.*, 2020).

Uma possível justificação para estas alterações deve-se às orientações governamentais que sugerem seguir uma dieta saudável e equilibrada como forma de prevenção de SARS-CoV-2 que foram amplamente implementadas pela população (Lombardo *et al.*, 2021).

Por outro lado e com conotação negativa, este estudo demonstrou haver um aumento significativo no consumo de snacks salgados (14,3%) e snacks doces (24,5%), tal como a literatura relata como sendo os alimentos em que o consumo mais aumentou durante o confinamento (Radwan *et al.*, 2021) (López-Moreno *et al.*, 2020). Num estudo realizado por (Radwan *et al.*, 2021) o consumo de snacks doces aumentou cerca de 7,1%. Relatos pré pandemia referiram que sentimentos negativos predis põem para uma dieta pobre e para um aumento da ingestão de gordura saturada e, conseqüentemente, aumento da ingestão calórica (Zeigler, 2021).

A avaliação do sono através da aplicação prática da ESS indicou que os homens apresentaram uma maior sonolência diurna em relação às mulheres. Um estudo realizado no *Kuwait* demonstrou um aumento da sonolência diurna, sendo que, tal facto também se reflete nesta investigação em que 44,90% da população apresenta sonolência diurna excessiva (Sultan *et al.*, 2021).

Quanto à avaliação da qualidade do sono, em média obteve-se uma pontuação global no PSQI de 7 pontos o que correspondeu a uma má qualidade do sono, em que os homens, considerando o sono subjetivo, demonstraram uma melhor qualidade do sono comparativamente às mulheres.

Além disso, as mulheres apresentaram maior dificuldade em adormecer do que os homens e, conseqüentemente, relataram consumir mais medicamentos quando comparadas com os homens. Num estudo realizado, as mulheres indicaram uma pior qualidade de sono que o autor associou a um aumento de desenvolvimento de estados de ansiedade e depressão. De facto, neste estudo, as mulheres revelaram sofrer mais de depressão do que os homens. É possível que o impacto provocado pela pandemia possa ter causado um sofrimento psicológico e, conseqüentemente, as perturbações dos ciclos sono-despertar e da qualidade do sono podem-se justificar pelo uso de medicamentos para ajudar a dormir (Sultan *et al.*, 2021) (Lombardo *et al.*, 2021). No geral, 38,78% de homens e mulheres (N=49) encontravam-se em privação de sono (menos de 6 horas por dia) e 17,14% de mulheres ultrapassaram as 9 horas de sono (Kim *et al.*, 2017). Em conformidade com o descrito na bibliografia (Gu *et al.*, 2021) dormir mais de 8 horas por dia revelou diminuir o desempenho de aptidão física. Para ambos os sexos, a duração ideal do sono corresponde a aproximadamente 8 horas por dia para a auto percepção da saúde. Depreende-se por isso, que a duração do sono pode representar um fator potencial no que diz respeito aos efeitos na aptidão física e na auto percepção da saúde (Gu *et al.*, 2021).

Quanto à avaliação do nível de atividade física após o período de confinamento observou-se que a prática de atividades físicas vigorosas é praticamente inexistente em ambos os sexos sendo notável uma razão inversamente proporcional entre a prática de exercício físico e o grau de exigência, isto é, houve um aumento gradual da prática de exercício à medida que o nível de esforço físico diminuiu. Homens declararam praticar com maior periodicidade e duração exercício físico, vigoroso e moderado, do que as mulheres. No sentido oposto, as mulheres relataram caminhar com maior regularidade e duração comparativamente aos homens. Além disso, verificou-se que a média de horas que os inquiridos passaram sentados correspondeu a aproximadamente 5h. Em concordância com (Zeigler, 2021), este estudo relatou que os participantes praticavam níveis reduzidos de atividade física e apresentavam um elevado tempo sentados. Sabe-se que para um melhor funcionamento do sistema imunológico é importante ser fisicamente ativo e dormir o suficiente (Husain *et al.*, 2020).

Os efeitos benéficos da atividade física vigorosa e moderada sobre o sono foram substancialmente maiores em homens do que em mulheres. Apesar da prática de atividade física poder não estar associada a uma maior duração do sono, encontra-se associada a uma menor frequência de despertares noturnos o que, por sua vez, se reflete numa maior eficiência do sono (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020).

No que concerne aos parâmetros de composição corporal nenhum foi relacionado à qualidade subjetiva do sono. Perante os resultados obtidos, observou-se a existência de uma discrepância entre o sono objetivo e subjetivo. Contrariamente ao sono objetivo que consiste no tempo real que o indivíduo está a dormir, o sono subjetivo refere-se à autoavaliação da duração e satisfação do sono. Segundo (Carneiro-Barrera *et al.*, 2020), a qualidade subjetiva do sono está diretamente relacionada com a função cognitiva e estado emocional do indivíduo o que, possivelmente, pode justificar as associações pouco significativas encontradas entre o sono subjetivo e os parâmetros de composição corporal, eventualmente devido a fatores psicológicos subjacentes.

Relativamente à pressão arterial verificou-se que os homens apresentaram uma pressão arterial média dentro dos limites considerados como normais. Já, nas mulheres observou-se uma pressão arterial diastólica consideravelmente baixa (55 mmHg) (DGS, 2013b), o que contraria evidências descritas em outros estudos que relataram que distúrbios do ritmo circadiano geram um aumento da pressão arterial sistólica e diastólica nas mulheres, facto que não se verificou neste estudo (Meng *et al.*, 2021).

Quanto à avaliação dos parâmetros bioquímicos, glicemia e colesterol, ambos os sexos exibiram valores dentro dos intervalos de referência (DGS, 2011) (DGS, 2017). Estudos relataram que perturbações do ritmo circadiano, em mulheres, provocaram um aumento considerável de resistência à insulina, em que este aumento indicou uma diminuição da sensibilidade à insulina e, por sua vez, o efeito da insulina na glicose é enfraquecido (Meng *et al.*, 2021).

5.1 LIMITAÇÕES

Uma das maiores limitações deste estudo prendeu-se ao facto de a FMV não autorizar a medição do perímetro da cinta e da anca (parâmetro inicialmente considerado para avaliação) devido ao facto de querer preservar a distância de segurança dos utentes e não colocar o mesmo numa posição desconfortável.

Para além disso, na altura de implementação dos inquéritos a FMV atravessou um período de mudança de instalações para requalificação da farmácia o que, por si só, apresentou um grande impacto na afluência dos utentes.

O tamanho relativamente pequeno da população alvo justifica-se pelo facto da implementação dos inquéritos ter sido realizada unicamente num espaço de saúde (FMV) localizado numa zona norte não urbana, não sendo por isso uma amostra representativa da população em geral.

VI. CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar o potencial impacto do confinamento obrigatório nos hábitos alimentares e analisar os padrões de sono e biomarcadores dos utentes de uma farmácia na Póvoa de Lanhoso (distrito de Braga), recorrendo à aplicação de um questionário.

Os resultados deste estudo indicaram que em termos globais as preferências alimentares dos inquiridos melhoraram ligeiramente como, por exemplo, o aumento de consumo de frutas, o aumento de ingestão de água e a redução da ingestão de bebidas alcoólicas e de refeições pré preparadas. Uma possível justificação pode dever-se ao facto das pessoas se encontrarem em confinamento e, por conseguinte, terem uma maior liberdade e flexibilidade na preparação de alimentos. Destaca-se também aspectos negativos como o aumento de consumo de snacks salgados e snacks doces.

Apesar do possível impacto psicológico que a pandemia possa ter induzido, este estudo demonstrou não haver alterações significativas na qualidade do sono no último mês ainda que, considerando o sono objetivo, a população apresentou uma má qualidade do sono. No entanto, pode-se ressaltar que os indivíduos do sexo feminino foram os que apresentaram maiores perturbações no sono, tais como, o aumento de despertares noturnos e um maior consumo de medicamentos auxiliares do sono. No entanto, tendo em conta a análise subjetiva da qualidade de sono, a maioria da população em estudo considerou a qualidade de sono como razoavelmente boa.

No que concerne à prática de atividade física, verificou-se nitidamente existir uma razão inversamente proporcional entre a prática de exercício físico e o grau de exigência (quanto menor o nível de esforço físico, maior a adesão). Todavia, ambos os sexos mostraram ser ativos a nível da prática de exercício físico.

Por fim, importa salientar que é fundamental a implementação de mais estudos para confirmar se estes resultados se aplicam a outras populações.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Alkhatib, A. (2020). Antiviral Functional Foods and Exercise Lifestyle Prevention of Coronavirus. *Nutrients*, 12(9), pp. 2633.
- Amoras, D. R. *et al.* (2010). Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal
- APN, A. P. d. N. (2011). Alimentação Adequada: Faça mais pela sua Saúde! , pp.
- Barrea, L. *et al.* (2020). Does Sars-Cov-2 threaten our dreams? Effect of quarantine on sleep quality and body mass index. *J Transl Med*, 18(1), pp. 318.
- Bernardi, F. *et al.* (2009). Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão.
- Berntzen, B. J. *et al.* (2021). Sleep and lifestyle in young adult monozygotic twin pairs discordant for body mass index. *Sleep Health*, 7(5), pp. 556-564.
- Buysse, D. J. *et al.* (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2), pp. 193-213.
- Carneiro-Barrera, A. *et al.* (2020). Body Composition Impact on Sleep in Young Adults: The Mediating Role of Sedentariness, Physical Activity, and Diet. *J Clin Med*, 9(5), pp. 1560.
- Casas, R. *et al.* (2022). Changes in Spanish lifestyle and dietary habits during the COVID-19 lockdown. *Eur J Nutr*, pp. 2417-2434.
- Cheikh Ismail, L. *et al.* (2021). Dietary Habits and Lifestyle During Coronavirus Pandemic Lockdown: Experience From Lebanon. *Front Nutr*, 8, pp. 730425.
- Chin, Y. S., Woon, F. C. e Chan, Y. M. (2022). The impact of Movement Control Order during the COVID-19 pandemic on lifestyle behaviours and body weight changes: Findings from the MyNutriLifeCOVID-19 online survey. *PLoS One*, 17(1), pp. e0262332.
- Craig, C. L. *et al.* (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), pp. 1381-1395.
- DGS. (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus [Em linha]. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf?fbclid=IwAR3h1FNBaINjVMbJBOA-0lYwlc4xQ0QfZ_0UyWAd7fgupogp_if9N8IMAHU> [Consultado em 04/08/2022].

- DGS. (2013a). Avaliação Antropométrica no Adulto [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>> [Consultado em 04/08/2022].
- DGS. (2013b). Hipertensão Arterial - definição e classificação [Em linha]. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf> [Consultado em 04/08/2022].
- DGS. (2017). Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto [Em linha]. Disponível em <<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-terapeutica-das-dislipidemias-no-adulto.pdf>> [Consultado em 04/08/2022].
- DGS. (2020a). Dieta Mediterrânica [Em linha]. Disponível em <<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/dieta-mediterranica/>> [Consultado em 13/09/2022].
- DGS. (2020b). Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social [Em linha]. Disponível em <<https://nutrimento.pt/noticias/react-covid/>> [Consultado em 04/08/2022].
- DGS (2020c). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável pp.
- DGS. (2020d). Roda dos Alimentos [Em linha]. Disponível em <<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>> [Consultado em 13/09/2022].
- Di Renzo, L. *et al.* (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med*, 18(1), pp. 229.
- Dos Santos Quaresma, M. V. *et al.* (2021). Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. *Nutrition*, 90, pp. 111223.
- Galali, Y. (2021). The impact of COVID-19 confinement on the eating habits and lifestyle changes: A cross sectional study. *Food Sci Nutr*, 9(4), pp. 2105-2113.
- Gu, M. *et al.* (2021). Associations of sleep duration with physical fitness performance and self-perception of health: a cross-sectional study of Taiwanese adults aged 23-45. *BMC Public Health*, 21(1), pp. 594.

- Harb, A. B. C. *et al.* (2010). Síndrome do comer noturno: aspetos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos
- Husain, W. e Ashkanani, F. (2020). Does COVID-19 change dietary habits and lifestyle behaviours in Kuwait: a community-based cross-sectional study. *Environ Health Prev Med*, 25(1), pp. 61.
- Jegan, R. *et al.* (2021). 2019-nCoV effects, transmission and preventive measures: an overview. *Z Gesundh Wiss*, pp. 1-9.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), pp. 540-545.
- Jurado-Fasoli, L. *et al.* (2018). Association between Sleep Quality and Body Composition in Sedentary Middle-Aged Adults. *Medicina (Kaunas)*, 54(5), pp. 91.
- Kim, K. *et al.* (2017). Association between sleep duration, fat mass, lean mass and obesity in Korean adults: the fourth and fifth Korea National Health and Nutrition Examination Surveys. *J Sleep Res*, 26(4), pp. 453-460.
- Lombardo, M. *et al.* (2021). Changes in Eating Habits and Physical Activity after COVID-19 Pandemic Lockdowns in Italy. *Nutrients*, 13(12), pp. 4522.
- López-Moreno, M. *et al.* (2020). Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from Covid-19 Home Confinement in the Spanish Population. *Nutrients*, 12(11), pp. 3445.
- Madan, J. *et al.* (2021). Effect of COVID-19 Pandemic-Induced Dietary and Lifestyle Changes and Their Associations with Perceived Health Status and Self-Reported Body Weight Changes in India: A Cross-Sectional Survey. *Nutrients*, 13(11), pp. 3682.
- Martínez-de-Quel, Ó. *et al.* (2021). Physical activity, dietary habits and sleep quality before and during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. *Appetite*, 158, pp. 105019.
- Meng, R. *et al.* (2021). Effects of circadian rhythm disorder on body composition in women aged 31-40 years. *Ann Palliat Med*, 10(1), pp. 340-349.
- Nakayama, H. *et al.* (2021). Distinct Relevance of Nightly Sleep Duration to Metabolic, Anthropometric, and Lifestyle Factors in Patients with Type 2 Diabetes. *Intern Med*, 60(5), pp. 681-688.

- Pišot, S. *et al.* (2020). Maintaining everyday life praxis in the time of COVID-19 pandemic measures (ELP-COVID-19 survey). *Eur J Public Health*, 30(6), pp. 1181-1186.
- Radwan, H. *et al.* (2021). Indirect Health Effects of COVID-19: Unhealthy Lifestyle Behaviors during the Lockdown in the United Arab Emirates. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), pp. 1964.
- Ramos-Padilla, P. *et al.* (2021). Eating Habits and Sleep Quality during the COVID-19 Pandemic in Adult Population of Ecuador. *Int J Environ Res Public Health*, 18(7), pp. 3606.
- Smyth, C. (2009). The Epworth Sleepiness Scale (ESS). *Medsurg Nurs*, 18(2), pp. 134, inside back cover.
- Souza, T. C. *et al.* (2022). Lifestyle and eating habits before and during COVID-19 quarantine in Brazil. *Public Health Nutr*, 25(1), pp. 65-75.
- Sultan, I. *et al.* (2021). Assessment of the Effect of the COVID-19 Pandemic on the Lifestyle of the Population in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Online Survey Study. *Cureus*, 13(11), pp. e19796.
- Wang, X. *et al.* (2018). Influence of sleep restriction on weight loss outcomes associated with caloric restriction. *Sleep*, 41(5), pp. 1-11.
- Zeigler, Z. (2021). COVID-19 Self-quarantine and Weight Gain Risk Factors in Adults. *Curr Obes Rep*, 10(3), pp. 423-433.
- Zhu, Q. *et al.* (2021). "Stay-at-Home" Lifestyle Effect on Weight Gain during the COVID-19 Outbreak Confinement in China. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), pp. 1813.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1 – Declaração de aprovação da Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/PI – 224/21	15 de Dezembro de 2021

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética, depois de ter analisado o projeto de investigação submetido pela Prof. Doutora Raquel Silva e Prof. Doutora Teresa Paiva, intitulado “Nutrição, sono, composição corporal e biomarcadores de utentes de farmácias portuguesas durante a pandemia por COVID-19”, considera o estudo pertinente, com título e objetivos concordantes. Trata-se de um estudo quantitativo, com o objetivo de: compreender os hábitos alimentares e de sono, assim como a atividade física e alguns biomarcadores de utentes adultos de farmácias portuguesas durante a pandemia por COVID-19. Estão descritos os procedimentos de acesso aos participantes e critérios de inclusão/exclusão. A recolha de dados será efetuada com recurso a alguns instrumentos (anexos e autorizados). A confidencialidade está acautelada.

A Comissão de Ética não tem nada a opor quanto à realização do estudo, desde que clarificado o aspeto relacionado com os custos dos biomarcadores a incluir no estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura “Fernando Pessoa”

NIPC. 502 057 602 - Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA [REITORIA]; [FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA]; [FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS]

Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

[FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE] Rua Carlos da Maia, 286 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 509 6371 - geral@ess.fernandopessoa.pt

Autoriza-se

dar cc os investigadores

J. S.
18-12-21

ANEXO 2 – Pedido de autorização à FMV

Exm(ª) Senhor(a)

Diretor(a) da Farmácia

Assunto: Pedido de colaboração no projeto: “Nutrição, sono, composição corporal e biomarcadores de utentes de farmácias portuguesas durante a pandemia por COVID-19”

No âmbito do projeto acima indicado, solicito a V. Ex.ª o acesso aos utentes da V. farmácia no sentido de poderem colaborar no presente projeto, cujos objetivos gerais são: 1) avaliar os hábitos alimentares e de sono de indivíduos adultos, de ambos os sexos, de forma a estudar-se uma eventual relação entre as variáveis e; 2) avaliar o perfil antropométrico destes indivíduos e alguns biomarcadores ligados à sua saúde em geral e estudar-se uma eventual associação entre as variáveis. Trata-se da aplicação de um questionário, onde serão recolhidos os dados sob o tema indicado, de forma anónima e confidencial, e ainda a avaliação da pressão arterial, glicemia e colesterol total.

Mais se informa que o projeto foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Estou disponível para qualquer esclarecimento.

Póvoa de Lanhoso, 08 de fevereiro de 2021

O(A) investigador(a) local,

f. lopes Mariana Pereira Lopes

O investigador responsável,

Maria-Raquel Silva

(raquel@ufp.edu.pt)

Farmácia Matos Vieira
Dra. Maria Teresa Gonçalves Carneiro
e Costa de Sousa Cardoso
Praca da Oliveira Matos Vieira
4830-520 Póvoa de Lanhoso
Tel: 253 631 273 - Fax: 253 635 187
NIF: 510 678 009

ANEXO 3 – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nutrição, sono, composição corporal e biomarcadores de utentes de farmácias portuguesas durante a pandemia por COVID-19

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/2021

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: