



RELATÓRIO

Estudo “Hábitos alimentares, de saúde e da adesão ao padrão alimentar mediterrânico dos jovens da região do Algarve Resultados da 1ª Fase”

Comissão Científica:

Maria Palma Mateus

Ezequiel Pinto

Equipa de Investigadores:

Maria Palma Mateus

Joana Margarida Bôto

Ezequiel Pinto

Sandra Pais

Tânia Nascimento

Ana Marreiros

Equipa de voluntários:

Finalistas do Curso de Dietética e Nutrição da UAlg:

André Martins Fernandes

Vasco André dos Santos Dias Seixas

Pedro Miguel Ramos Lopes Cardoso da Silva

Técnicos de Desporto:

Andreia Maria Serrano da Cruz Roque

Agradecimentos

Ao Programa de Cooperação INTERREG V - A Espanha-Portugal 2014 – 2020

À Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (CCDR)

À Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (ARSA)

Ao Servicio Andaluz de Salud – Junta de Andalucía

A todas as escolas e respetivos diretores, professores e alunos que participaram na recolha de dados.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	ii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	v
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	vi
RESUMO	viii
1. Introdução	9
2. Objetivos do estudo	9
3. Metodologia	10
3.1. Desenho do estudo	10
3.2. População-alvo e amostra.....	10
3.2. Procedimentos éticos	11
3.3. Organização e gestão do trabalho de campo.....	12
3.4. Organização das equipas.....	13
3.5. Metodologia da recolha de informação.....	13
3.6. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	13
3.6.1. Questionário sobre alimentação, estilo de vida e saúde.....	13
3.6.1.1. Pré-teste.....	14
3.6.1.2. Questionário.....	15
3.6.2. Avaliação física	16
4. Resultados	17
4.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	17
4.2. Estado nutricional.....	20
4.3. Hábitos Alimentares	23
4.3.1. Pequeno-almoço	25
4.3.2. Meio da manhã	27
4.3.3. Almoço.....	28
4.3.4. Lanche.....	30
4.3.5. Jantar	31
4.3.6. Ceia	33
4.3.7. Outras refeições	34
4.3.8. Refeições ao fim de semana	35
4.3.9. Ingestão de água	35
4.3.10. Consumo de bebidas alcoólicas	35
4.3.11. Perceção do inquirido sobre a sua alimentação	37
4.3.12. Perceção do inquirido sobre o seu peso.....	39

4.3.13. Principal fonte de informação alimentar dos inquiridos	39
4.3.13. Fome	40
4.3.14. Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico – Índice KIDMED.....	40
4.4. Atividade Física	43
4.4.1. Meio de transporte habitual para a escola e duração média da deslocação	43
4.4.2. Prática de desporto escolar	43
4.4.3. Prática de desporto fora da escola.....	44
4.4.4. Atividades desportivas de lazer.....	45
4.4.5. Atividade física total durante a semana	45
4.4.6. Atividade preferida nos tempos livres.....	46
4.4.7. Número de horas dedicadas a ver televisão ou jogar videojogos.....	46
4.5. Hábitos de saúde	47
4.5.1. Higiene do sono.....	47
4.5.2. Higiene oral	47
4.5.3. Perceção do estado de saúde	48
5. Conclusões.....	49
6. Referências Bibliográficas.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ARSA – Administração Regional de Saúde do Algarve

CCDR – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional

CNPD - Comissão Nacional para a Proteção de Dados

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

DGIDC - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DP – Desvio Padrão

FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

HBSC - *Health Behaviour in School-Aged Children*

IC – Intervalo de Confiança

INA AF - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

M – Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Padrão Alimentar Mediterrânico

PRODER – Programa de Desenvolvimento Rural

UAlg – Universidade do Algarve

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1. Atividade 1 – 1ª Fase (UAlg)

Figura 2. Componentes do código dos questionários

Figura 3. Distribuição das categorias de classificação do percentil IMC/idade, entre sexos

Quadro 1. Amostra final

Quadro 2. Versão Portuguesa do Índice KIDMED

Quadro 3. Características sociodemográficas da amostra

Quadro 4. Características do agregado familiar dos participantes

Quadro 5. Categorias do Percentil IMC/Idade dos participantes

Quadro 6. Categorias do Percentil IMC/Idade dos participantes por escola

Quadro 7. Características antropométricas e pressão arterial dos participantes

Quadro 8. Modificação dos hábitos alimentares dos participantes

Quadro 9. Tipo de alimentação especial dos participantes

Quadro 10. Número de refeições efetuadas pelos participantes

Quadro 11. Refeições que não fazem parte dos hábitos alimentares

Quadro 12. Informações sobre o pequeno-almoço

Quadro 13. Motivos referidos pelos participantes para não tomarem o pequeno-almoço

Quadro 14. Informações sobre o meio da manhã

Quadro 15. Motivos referidos pelos participantes para não tomarem o meio da manhã

Quadro 16. Informações sobre o almoço

Quadro 17. Informações sobre o lanche

Quadro 18. Motivos referidos pelos participantes para não fazerem o lanche

Quadro 19. Informações sobre o jantar

Quadro 20. Informações sobre a ceia

Quadro 21. Motivos referidos pelos participantes para não cearem

Quadro 22. Informações sobre as outras refeições

Quadro 23. Refeições feitas pelos participantes ao fim de semana

Quadro 24. Quantidade de água ingerida por dia pelos participantes

- Quadro 25. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas dos participantes
- Quadro 26. Concordância com afirmações, em escala de *Likert* relativas à percepção do participante da sua alimentação
- Quadro 27. Percepção do participante da sua alimentação
- Quadro 28. Correlação entre características dos participantes e percepção sobre alimentação
- Quadro 29. Percepção do inquirido sobre o seu peso
- Quadro 30. Principal fonte de informação alimentar dos participantes
- Quadro 31. Frequência com que os participantes vão para a escola ou para a cama com fome
- Quadro 32. Índice KIDMED por escola e por sexo
- Quadro 33. Hábitos alimentares associados ao Índice KIDMED
- Quadro 34. Categorias do Percentil IMC/Idade dos participantes e Índice KIDMED
- Quadro 35. Meio de transporte habitual para a escola e duração média da deslocação
- Quadro 36. Informação sobre a prática de desporto escolar dos participantes
- Quadro 37. Informação sobre a prática de desporto fora da escola dos participantes
- Quadro 38. Total de horas de atividade física durante a semana dos participantes
- Quadro 39. Informação sobre as atividades desportivas de lazer dos participantes
- Quadro 40. Informação sobre as atividades preferidas dos participantes
- Quadro 41. Número de horas que os participantes passam a ver televisão ou jogar videojogos
- Quadro 42. Número de horas de sono dos participantes durante a semana e ao fim de semana
- Quadro 43. Frequência com que os participantes lavam os dentes
- Quadro 44. Percepção dos participantes do próprio estado de saúde
- Quadro 45. Percepção do estado de saúde, índice KIDMED e perímetro da cintura

RESUMO

O Projeto 0290_MEDITA_5_P MEDITA - "Dieta Mediterrânica Promove Saúde", financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Operacional POCTEP, no âmbito da Atividade 1, desenvolvida pela Universidade do Algarve, pretende estudar os hábitos alimentares, estilo de vida e a adesão ao padrão alimentar mediterrânico de jovens da região do Algarve.

Inquiriu-se, em ambiente escolar, uma amostra de jovens do 10º ano de escolaridade, dos cursos científico-humanísticos e cursos profissionais de oito escolas secundárias da região. Recolheu-se informação através de um questionário de autopreenchimento sobre hábitos alimentares, adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) através do índice KIDMED, estilo de vida, características sociodemográficas, dados antropométricos (peso, altura, perímetro da cintura e da anca) e físicos.

A amostra final incluiu 325 participantes, 47% (n=153) do sexo masculino e 53% (n=172) do sexo feminino, com idades entre 15 e 19 anos (M=16,4 anos; DP=0,89 anos). Analisou-se o percentil IMC/idade de acordo com as recomendações da OMS e registou-se uma prevalência de sobrecarga ponderal de 19,7% (IC95% entre 15,6% e 24,3%).

Verificou-se que a maioria dos inquiridos (42,5%) faz 5 refeições diárias, muito embora 13,2% dos inquiridos referia não tomar o pequeno-almoço. Verificou-se ainda 31% come sandes ao almoço em substituição do prato e 49% dos participantes consomem sopa ao almoço e ao jantar.

Os resultados do Índice KIDMED apresentam uma pontuação média de 6,9 pontos (DP=2,46) e indicam uma baixa adesão ao PAM em 8,9% dos inquiridos, adesão intermédia em 45,5% e alta adesão em 45,5% dos inquiridos. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) na adesão ao PAM entre sexos ou de acordo com as características antropométricas. Os participantes que entendem a sua saúde como "má", apresentam uma pontuação KIDMED significativamente ($p<0,01$) mais baixa (M=3; DP=1,41), ou seja uma menor adesão ao PAM, do que os que entendem a sua saúde como "razoável" (M=6; DP=2,5), "boa" (M=7; DP=2,2) ou "excelente" (M=8; DP=2,5).

A maioria dos participantes (90,2%) não pratica desporto escolar, mas a prática de desporto fora da escola foi descrita por 55,4% dos participantes.

Muito embora os níveis de adesão intermédia e alta ao padrão alimentar mediterrânico sejam positivos, foi possível observar que os jovens da região do Algarve apresentam práticas alimentares que requerem a atenção dos profissionais de saúde e educadores.

1. Introdução

O Projeto 0290_MEDITA_5_P MEDITA - "Dieta Mediterrânica Promove Saúde", financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Operacional POCTEP, conta com a colaboração de quatro entidades parceiras, nomeadamente a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (CCDR), a Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (ARSA), a Universidade do Algarve (UAlg) e o *Servicio Andaluz de Salud – Junta de Andalucía*.

O projeto MEDITA pretende contribuir para melhoria do estado de saúde dos jovens da região do Algarve, através da implementação de programas comunitários promotores de hábitos de vida mais saudáveis dirigidos a estas faixas etárias, tendo por base as tradições alimentares da região, com raízes no Padrão Alimentar Mediterrânico. Baseia-se numa metodologia interinstitucional que consubstancia o desenvolvimento deste projeto e que permite dar continuidade à articulação intersectorial, nomeadamente com a ARSA, para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde.

Cada parceiro planeou atividades que visam a promoção da saúde dos jovens que frequentam as Escolas Secundárias da região do Algarve e Andaluzia. A CCDR irá difundir a Dieta Mediterrânica junto da população escolar, através de ações de carácter transfronteiriço. A ARSA, irá avaliar a qualidade nutricional da oferta alimentar em todas as Escolas Secundárias da região do Algarve e irá desenvolver um conjunto de intervenções cujos objetivos são melhorar a qualidade nutricional da oferta alimentar nas escolas, bem como aumentar a literacia nutricional e alimentar dos destinatários. O *Servicio Andaluz de Salud* irá desenvolver a mesma atividade da ARSA mas em todos os centros escolares de Andaluzia.

A Universidade do Algarve, no âmbito deste projeto, contribui com o estudo sobre os “Hábitos alimentares, de saúde e adesão ao padrão alimentar mediterrânico dos jovens do ensino secundário da região do Algarve”.

Este estudo compreende duas fases de execução. A primeira fase consistiu na caracterização inicial dos participantes em 2018. A segunda fase irá consistir na caracterização final dos participantes, após uma intervenção nas escolas por parte da Administração Regional de Saúde do Algarve, no último trimestre de 2019.

Este relatório apresenta os resultados da 1ª fase do estudo, que decorreu entre abril e junho de 2018.

2. Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivos caracterizar os hábitos alimentares, de saúde e a adesão ao padrão alimentar mediterrânico dos jovens do ensino secundário da região do Algarve.

3. Metodologia

3.1. Desenho do estudo

O estudo em questão baseia-se no modelo de epidemiologia observacional, baseado em técnicas de análise quantitativas, de natureza descritiva e transversal. As escolas seleccionadas fazem parte da rede nacional do ensino público regular (*Figura 1*).

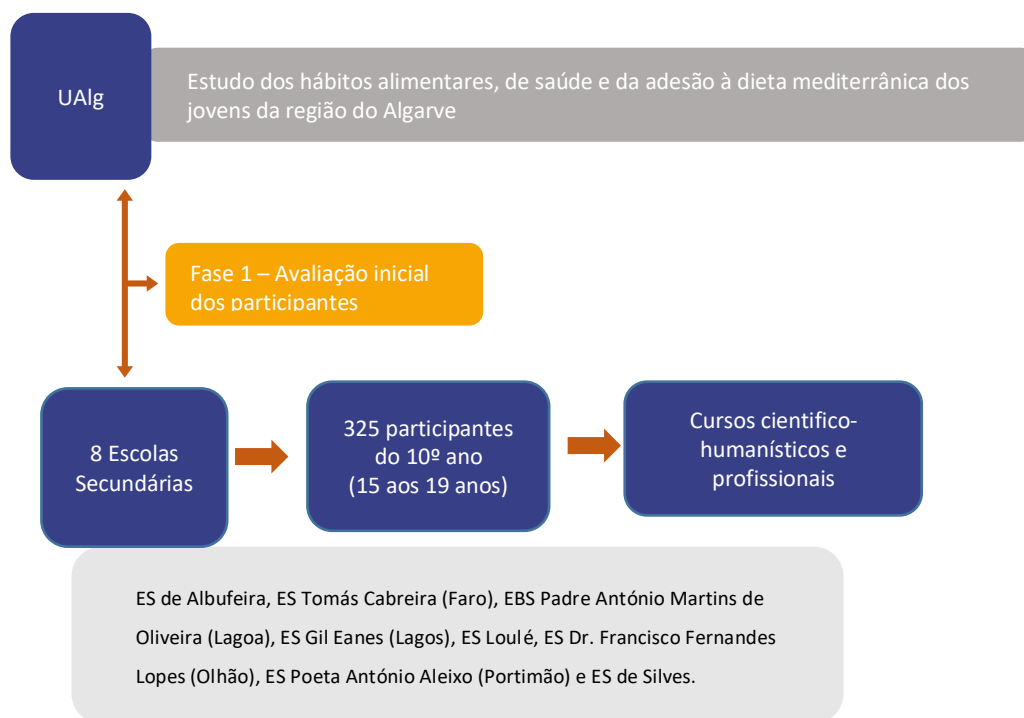


Figura 1 – 1ª Fase (UAlg)

3.2. População-alvo e amostra

A população-alvo deste estudo foi composta por jovens residentes no distrito de Faro, com idade entre quinze e dezanove anos, de ambos os sexos e que frequentam o 10.º ano de escolaridade da rede nacional do ensino público regular,

Foram considerados fatores de exclusão: 1) jovens que se encontrassem grávidas; 2) jovens que apresentavam alguma incapacidade física, doença mental, ou outra condição que afetasse de forma séria a capacidade de compreensão e a credibilidade das respostas ou a validade das medições.

Levou-se a cabo um processo de amostragem multietapas, por agrupamentos, para construção de uma amostra estratificada por tipo de curso de ensino.

Primeira etapa

Do universo de 18 escolas secundárias do ensino público do Algarve, excluiu-se a EBS de Bemposta, que não possui participantes do 10º ano e a EBS de Albufeira, que não possui

participantes do 10º ano em cursos profissionais. Utilizou-se o método proposto por Fleiss e colaboradores [1], para estimar o número de Escolas necessárias e estimou-se que a inquirição de 8 escolas representaria o universo de escolas do Algarve.

- a. Considerando o universo de 4776 participantes inscritos no 10º ano e uma prevalência na população de excesso de peso e obesidade entre 15% e 20%, utilizou-se o método proposto por Fleiss e colaboradores [1], com uma potência de 90% e uma significância de 5%, que resultou numa amostra mínima de 454 participantes para representar a população-alvo. Antecipando uma taxa de resposta de 80%, propôs-se o número mínimo de elementos a incluir na amostra de 545 participantes;
- b. Considerando um número médio de 25 participantes por turma, verificou-se que a inquirição de 22 turmas abrangia o número total de elementos na amostra;
- c. Verificando-se que existem 2930 participantes (61%) nos cursos científico-humanísticos e 1846 participantes (39%) cursos profissionais, propôs-se a seleção de 14 turmas dos cursos científico-humanísticos e 9 turmas dos cursos profissionais, perfazendo um total de 23 turmas;

Amostra final:

Com a determinação do número de escolas secundárias necessárias para garantir uma amostra representativa dos participantes, efetuou-se uma seleção aleatória através do programa informático *IBM SPSS*, versão 22.0. Tendo em conta a seleção aleatória de 8 escolas e 23 turmas, e considerando uma estimativa para o número de turmas em cada escola baseada na constituição de turmas com 25 participantes, apresenta-se a amostra final de escolas e turmas no *Quadro 1*.

Quadro 1 – Amostra final

Escola	Turmas – 10º ANO	
	Científico-Humanístico	Profissional
ES de Albufeira	A, D	C
ES Tomás Cabreira - Faro	B, I	D,E
EBS do Padre António Martins de Oliveira - Lagoa	B	
ES de Gil Eanes- Lagos		A
ES de Loulé	F	D, E
ES Dr. Francisco Fernandes Lopes - Olhão	G, H, I	D
ES Poeta António Aleixo – Portimão	A, B	G
ES de Silves	C, F	E

3.2. Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização Nº 234/2018) e pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (Nº de registo 0625700001).

As regras de conduta expressas na Declaração de Helsínquia e de Oviedo e na legislação nacional em vigor foram respeitadas, tendo sido garantidos o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações recolhidas.

Só participaram neste estudo os jovens autorizados pelos encarregados de educação mediante assinatura de consentimento informado prévio e que manifestaram vontade em participar, podendo desistir a qualquer altura se assim o desejassem.

Todas as informações recolhidas foram introduzidas numa base de dados, à qual só teve acesso a comissão científica do estudo e a bolsa de investigação alocada ao projeto.

3.3. Organização e gestão do trabalho de campo

Com o processo de amostragem concluído e definidas as escolas secundárias em que se iria conduzir a investigação, foram elaborados um conjunto de documentos oficiais de apresentação do estudo e da sua metodologia, nomeadamente:

- nota de apresentação do estudo e do projeto MEDITA;
- ofícios para a direção da escola e para os diretores das turmas;
- nota metodológica;
- carta para os encarregados de educação;
- consentimento informado e esclarecido.

Desenvolveram-se também, documentos de gestão:

- tabela para o registo das reuniões com as escolas;
- tabela com as escolas, turmas e o respetivo código;
- tabela com as datas para as recolhas de dados e respetivo horário;
- tabela do registo do número de questionários aplicados em cada turma.

Para além destes documentos, elaboraram-se materiais de apoio, dos quais fazem parte;

- cartões de identificação dos inquiridores;
- cartões com o código dos participantes;
- cartões-oferta a entregar aos participantes com os seus dados antropométricos e de pressão arterial;
- tabelas para registo dos dados recolhidos.

De modo, a uniformizar os procedimentos de recolha dos dados entre a equipa de inquiridores, elaborou-se ainda uma lista do material necessário e um “Manual de Campo” com informação sobre a organização do trabalho, abordagem aos participantes, instruções para o preenchimento do questionário e protocolos de recolha de dados antropométricos.

As escolas selecionadas foram contactadas, via *email* e telefonicamente, para agendamento de reuniões com as respetivas direções executivas. Estas reuniões tinham como finalidade apresentar o estudo e solicitar a colaboração das escolas para a sua realização. De um modo

geral, as escolas acolheram bem o estudo e assumiram as tarefas de marcar as datas para a recolha dos dados, bem como disponibilizar os consentimentos informados, através dos diretores de turma, aos encarregados de educação dos participantes.

3.4. Organização das equipas

A equipa de investigadores foi constituída por dois elementos fixos, a coordenadora do estudo e a bolsreira de investigação alocada ao projeto MEDITA, contando ainda com a colaboração de outros três investigadores alocados ao projeto e outros colaboradores voluntários. Todos os investigadores e voluntários, com formação base em Nutrição, Desporto e Farmácia, receberam formação específica, nomeadamente sobre as ferramentas de inquirição e avaliação física.

A cada investigador/voluntário foi entregue um “Manual de Campo” contendo toda a documentação de suporte e de guia ao trabalho de campo.

3.5. Metodologia da recolha de informação

Em cada sala, disponibilizada pela escola para a aplicação do questionário, foi montada uma estação para a medição da altura, peso, perímetros e pressão arterial dos participantes. A cada participante foi atribuído um cartão com um código, que o acompanhava ao longo do processo. Os participantes começavam por responder ao questionário “Alimentação, estilo de vida e saúde” em formato digital ou em papel, e iam sendo chamados, um a um, para a recolha dos restantes dados.

3.6. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

O estudo consistiu na recolha de informação sobre: hábitos alimentares; adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (Índice KIDMED); prática de atividade física; hábitos de saúde (higiene do sono e higiene oral); características sociodemográficas; e dados de avaliação física: peso, altura, perímetros da cintura e da anca e pressão arterial.

O questionário foi aplicado em formato eletrónico com recurso à ferramenta *Google Forms*, tendo sido criado para o efeito um *email* e *password* de acesso ao questionário. Na impossibilidade de aplicação em formato eletrónico, o questionário era disponibilizado em papel. O acesso global ao conjunto dos dados codificados para tratamento estatístico está restringido à comissão científica e à bolsreira de investigação do projeto, mediante a introdução de uma *password* criada para esse efeito.

3.6.1. Questionário sobre alimentação, estilo de vida e saúde

A escolha dos instrumentos a incluir no questionário teve como base a análise de outros projetos de investigação, nomeadamente o *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)*; *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* e o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (INA AF).

O questionário inclui cinco secções:

Parte A – Dados referentes aos hábitos alimentares dos jovens

Parte B – Índice de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (KIDMED)

Parte C – Dados referentes à prática de atividade física dos jovens

Parte D – Dados referentes aos hábitos de saúde dos jovens

Parte E – Dados sociodemográficos dos jovens e do agregado familiar

Cada questionário tem no início um campo para a sua codificação (*Figura 2*), cujo código foi entregue aos participantes antes do preenchimento do mesmo. Este código é constituído por cinco caracteres, em que os dois primeiros correspondem ao código da Escola, o terceiro e o quarto correspondem ao ano de escolaridade, o quinto e o sexto correspondem à turma e os últimos dois correspondem ao código do aluno.

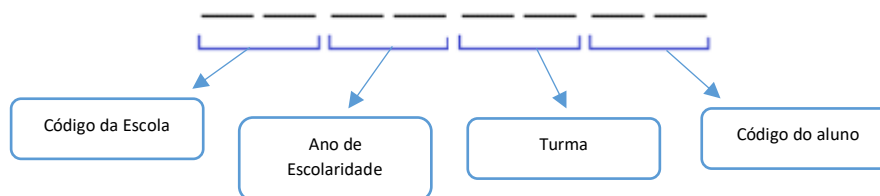


Figura 2 – Componentes do código do questionário

3.6.1.1. Pré-teste

Consolidada a estrutura geral do questionário, realizou-se o pré-teste entre março e abril de 2018 e envolveu uma amostra de conveniência obtida na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. O pré-teste abrangeu um total de 22 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos.

Os participantes foram convidados a tecer comentários e sugestões sobre as dificuldades encontradas, bem como a fazer uma apreciação global do questionário. Foram tidos em atenção, os seguintes itens:

- Clareza da formulação das perguntas (compreensão do conteúdo e da terminologia);
- Capacidade de pergunta suscitar um julgamento (adequação e suficiência das opções de resposta e dificuldade em estimar utilizando os indicadores fornecidos);
- Possível resistência em responder a determinadas perguntas;
- Adequação de sequência e transição entre diferentes secções temáticas.

O tempo de administração do questionário variou entre os 15 e os 20 minutos. Na apreciação global, os participantes referiram que o questionário era longo, mas completo e fácil de responder. A principal dificuldade apontada foi a falta de regras para o preenchimento das perguntas.

Em termos gerais, e apesar dessa dificuldade, a avaliação global dos participantes foi positiva. O pré-teste permitiu não só dar resposta a alguns problemas identificados no questionário *online*, mas também aperfeiçoar as regras de preenchimento (ex. indicações de preenchimento no próprio questionário).

3.6.1.2. Questionário

Hábitos alimentares

As questões (presentes na parte A do questionário num total de 16 questões) referentes aos dados dos hábitos alimentares abordaram as modificações na alimentação nos últimos 12 meses; a adoção de algum tipo de alimentação especial; número de refeições diárias, local e horário das refeições; alimentos consumidos nas várias refeições do dia; quantidade de água ingerida por dia; frequência do consumo de determinadas bebidas alcoólicas; e percepção da própria alimentação.

Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (índice KIDMED)

O índice KIDMED (parte B do questionário) é um questionário composto por dezasseis questões, que pretendem analisar o consumo diário e a frequência de consumo de alguns alimentos, e foi originalmente desenvolvido por *Serra-Majem et al.* [2] para avaliar o nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico de crianças e adolescentes espanhóis, entre os dois e os vinte e quatro anos de idades. A estas questões está atribuída uma pontuação de +1 ou -1, em função da sua concordância com o PAM. A soma dos valores obtidos varia numa escala entre 0 e 12 e permite classificar a adesão ao PAM em três níveis: nível 1 – alta adesão (> 8 pontos); nível 2 – adesão intermédia (4 – 7 pontos) e nível 3 – baixa adesão (≤ 3 pontos) [2, 3]. A versão portuguesa do índice KIDMED (quadro 2) utilizada foi a proposta no estudo de Mateus MP [4]. Na tradução portuguesa, a autora optou por redigir a questão relativa ao pequeno-almoço como “Costumas tomar o pequeno-almoço?”, na forma positiva, e com isso ajustou a pontuação, em que a resposta “sim” passa a corresponder a “0” e o “não” corresponde a “-1” (Quadro 2).

Quadro 2 – Versão Portuguesa do Índice KIDMED

+1	Consomes uma peça de fruta ou sumo de fruta todos os dias?
+1	Consomes uma segunda peça de fruta todos os dias?
+1	Consomes regularmente produtos hortícolas frescos ou cozinhados, pelo menos uma vez por dia?
+1	Consomes regularmente produtos hortícolas frescos ou cozinhados, mais de uma vez por dia?
+1	Consomes regularmente peixe (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)?
-1	Frequentas, mais de uma vez por semana, restaurantes de fast-food?
+1	Consomes leguminosas mais de uma vez por semana?
+1	Consome massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)?
+1	Consomes regularmente frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, etc.), pelo menos 2 a 3 vezes por semana?

- +1 Usas azeite em casa?
- 0 Costumas tomar o pequeno-almoço?
- +1 Consomes cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc.) ao pequeno-almoço?
- +1 Consomes laticínios (leite, iogurte, etc.) ao pequeno-almoço?
- 1 Consomes produtos confeccionados ou de pastelaria ao pequeno-almoço?
- +1 Consomes diariamente 2 iogurtes e/ou queijo (40g)?
- 1 Consomes doces ou guloseimas todos os dias?

Fonte: Mateus MP (2013).

Prática de atividade física

Na parte C do questionário foram aplicadas dezanove questões, acerca da atividade física dos participantes, nas quais se inquiriu o modo de deslocação para escola; o tempo de deslocação; a distância de casa à escola; a prática de atividade física na escola (estruturada e de lazer); a prática de atividade física fora da escola (estruturada e de lazer); e o número de horas de ecrã (televisão, computador, consolas).

Hábitos de saúde

Composta por três questões, na parte D do questionário, com foco na higiene do sono, nomeadamente, as horas a que se deitam/ levantam os inquiridos e a média das horas que dormem por noite, bem como hábitos de higiene oral e perceção de saúde.

Dados sociodemográficos

Representa a parte E do questionário, com treze questões, sobre data de nascimento; sexo; nacionalidade; naturalidade; escolaridade; zona de residência; composição do agregado familiar; e profissão dos pais/encarregados de educação.

3.6.2. Avaliação física

Dados antropométricos e pressão arterial

Os procedimentos para a avaliação física, com registo da pressão arterial, do peso, altura, perímetro da cintura e da anca, foram recolhidos através de metodologias de referência [5, 6]. Os dados relativos ao peso, foram obtidos com recurso à balança digital *Seca 877®*, e foram efetuadas duas medições registadas ao decígrama mais próximo (0.1 kg). Para recolher os dados da estatura, utilizou-se um estadiómetro portátil *Seca 217®*, realizando-se duas medições registadas até ao último milímetro (0.1 cm). O perímetro da cintura foi medido através de uma fita métrica de teflon flexível e indeformável, registando-se o valor até ao milímetro mais próximo (0.1 cm). A partir das medidas antropométricas, posteriormente, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido através do peso do indivíduo, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros. O IMC foi utilizado para o cálculo do percentil IMC/Idade, tendo por base os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) que utiliza as curvas de crescimento para

crianças dos 5 aos 19 anos. A OMS define excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) quando o IMC/idade é igual ou superior a +1 desvio padrão (Percentil (P) 85) da mediana da referência, pré-obesidade quando o IMC/idade é igual ou superior a +1 desvio padrão (P86) e inferior a +2 desvio padrão (P97), obesidade quando o IMC/idade \geq +2 desvio padrão (P97), e ainda baixo peso através do ponto de corte de IMC/idade \leq -2 DP (P3) [7].

Para determinar o peso, os participantes permaneciam descalços, vestindo roupas leves, posicionados em pé, com o peso igualmente distribuído em ambos os pés. A estatura foi mensurada com o inquirido descalço, em posição anatômica, sob a base do estadiômetro, encostado à parte posterior do corpo e a cabeça posicionada no plano de “Frankfurt”, estando em apneia inspiratória no momento da medida.

Salienta-se ainda, que a privacidade dos participantes durante a recolha dos dados antropométricos, nomeadamente o peso, a altura e perímetro da cintura, foi assegurada ao ter sido feita individualmente, e por um inquiridor do mesmo sexo do inquirido.

A pressão arterial foi medida com recurso ao esfigmomanómetro *Medel Elite*®. O tempo de repouso antes de se iniciarem as medições foi garantido, visto os participantes iniciarem o processo de recolha dos dados pelo preenchimento do questionário. Foi explicado ao aluno o procedimento e solicitado que este se sentasse numa postura descontraída e que retirasse a roupa do braço a utilizar na medição. A braçadeira era colocada na parte superior do braço sem roupa e ajustada de modo a que o fecho de velcro ficasse na parte posterior do braço e o tubo do ar ficasse no centro da dobra interna do cotovelo, a uma distância de 2 – 3 cm da dobra do cotovelo, em direção à mão. Era verificada a pressão da braçadeira, garantindo que ficava um espaço de uma a dois dedos entre o braço e a braçadeira. O braço do aluno era posicionado em cima da superfície onde está o esfigmomanómetro, com a palma da mão virada para cima, garantindo que a braçadeira se encontra ao nível do coração. Pedia-se ao aluno para não falar e iniciava-se, então a medição, premindo a tecla “START”. No final da medição registava-se os valores de pressão sistólica e diastólica. Foi sempre utilizado o braço esquerdo para a medição deste parâmetro.

4. Resultados

4.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Registou-se uma taxa de resposta de 59,6%, que correspondeu a uma amostra final composta por 325 participantes, 47% (n=153) do sexo masculino e 53% (n=172) do sexo feminino, com idades entre 15 e 19 anos (M=16; DP=1), pertencentes ao 10º ano de escolaridade dos cursos científico-humanístico e profissional. A idade mais representada na amostra foi a de 16 anos (59,7%; n=194) e o curso mais comum foi o científico-humanístico (66,5%; n=216). A maioria dos participantes vivem em meio não rural (78,5%, n=255). O *Quadro 3* apresenta as principais características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 3. Características sociodemográficas da amostra

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Sexo (n=325)	Masculino	47,1	41,7 – 52,5	153
	Feminino	52,9	47,5 – 58,3	172
Idade (n=325)	15 anos	9,5	6,7 – 13,1	31
	16 anos	59,7	54,3 – 64,9	194
	17 anos	18,8	14,8 – 23,3	61
	18 anos	8,9	6,2 – 12,4	29
	19 anos	3,1	1,6 – 5,4	10
Curso (n=325)	Científico-Humanístico	66,5	61,2 – 71,4	216
	Profissional	33,5	28,6 – 38,8	109
Nacionalidade (n=324)	Portuguesa	88,6	84,8 – 91,7	287
	Portuguesa e outra	2,8	1,4 – 5,0	9
	Estrangeira	8,6	5,9 – 12,1	28
Naturalidade (n=320)	Algarve	76,3	71,4 – 80,7	244
	Alentejo	1,3	0,4 – 2,9	4
	Lisboa e Vale do Tejo	5,0	3,0 – 7,8	16
	Centro	1,9	0,8 – 3,8	6
	Norte	2,2	1,0 – 4,2	7
	Estrangeira	11,6	8,4 – 15,4	37
	Não especificado	1,9	0,8 – 3,8	6
Meio onde vivem* (n=325)	Rural	21,5	17,3 – 26,2	70
	Não rural	78,5	73,8 – 82,7	255

IC – Intervalo de confiança

* PRODER - Classificação das Freguesias do Continente em Rurais e Não Rurais [8]

Relativamente à composição dos agregados familiares, verifica-se que a maior parte dos participantes (67,0%; n=217) vivem com a mãe e com o pai. Cerca de 43% (n=122) das mães e 30% (n=69) dos pais concluiu o ensino secundário, sendo este o nível de escolaridade mais representado em ambos (*Quadro 4*).

Quadro 4. Características do agregado familiar dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Com quem vive (n=324)	Mãe	25,6	21,1 – 30,6	83
	Pai	3,7	2,0 – 6,2	12
	Mãe e Pai	67,0	61,7 – 71,9	217
	Avós e/ou Tios	1,9	0,8 – 3,8	6
	Irmãos	0,6	0,1 – 2,0	2
	Sozinho (a)	0,3	0,0 – 1,4	1
	Mãe e pai, alternadamente	0,9	0,3 – 2,5	3
Nacionalidade da mãe (n=286)	Portuguesa	80,4	75,5 – 84,7	230
	Portuguesa e outra	1,4	0,5 – 3,3	4
	Estrangeira	18,2	14,0 – 23,0	52

Naturalidade da mãe (n=283)	Algarve	50,2	44,4 – 56,0	142
	Alentejo	5,3	3,1 – 8,4	15
	Lisboa e Vale do Tejo	9,5	6,5 – 13,4	27
	Centro	3,2	1,6 – 5,7	9
	Norte	5,3	3,1 – 8,4	15
	Região Autónoma da Madeira	0,7	0,1 – 2,2	2
	Estrangeira	22,3	17,7 – 27,4	63
	Não especificado	3,5	1,8 – 6,2	10
Idade da mãe (n=282; M=44,6; DP=5,41)	30 a 39 anos	17,4	13,3 – 22,1	49
	40 a 49 anos	64,2	58,5 – 69,6	181
	50 a 59 anos	18,1	13,9 – 22,9	51
	60 a 69 anos	0,4	0,0 – 1,6	1
Nível de Escolaridade da mãe (n=286)	Não frequentou a escola	0,3	0,0 – 1,6	1
	Ensino Básico - 1º ciclo	5,9	3,6 – 9,1	17
	Ensino Básico - 2º ciclo	4,5	2,6 – 7,4	13
	Ensino Básico - 3º ciclo	17,8	13,7 – 22,6	51
	Ensino Secundário	42,7	37,0 – 48,4	122
	Ensino Superior	25,9	21,1 – 31,2	74
	Não sabe	2,8	1,3 – 5,2	8
Categoria profissional da mãe* (n=283)	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3,2	1,6 – 5,7	9
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	17,0	12,9 – 21,7	48
	Técnicos e profissões de nível intermédio	10,2	7,1 – 14,2	29
	Pessoal administrativo	15,5	11,7 – 20,1	44
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	25,4	20,6 – 30,7	72
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1,1	0,3 – 2,8	3
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	0,4	0,0 – 1,6	1
	Trabalhadores não qualificados	20,1	15,8 – 25,1	57
	Desemprego	5,7	3,4 – 8,8	16
	Reforma	0,4	0,0 – 1,6	1
	Não sei/ não respondeu	1,1	0,3 – 2,8	3
Nacionalidade do pai (n=232)	Portuguesa	78,9	73,3 – 83,8	183
	Portuguesa e outra	3,0	1,4 – 5,8	7
	Estrangeira	18,1	13,6 – 23,4	42
Naturalidade do pai (n=230)	Algarve	50,9	44,4 – 57,3	117
	Alentejo	5,2	2,9 – 8,7	12
	Lisboa e Vale do Tejo	4,3	2,3 – 7,6	10
	Centro	7,4	4,5 – 11,3	17
	Norte	5,7	3,2 – 9,2	13

	Estrangeira	23,0	18,0 – 28,8	53
	Não especificado	3,5	1,7 – 6,5	8
Idade do pai (n=227; M=47,6; DP=6,07)	30 a 39 anos	5,3	2,9 – 8,8	12
	40 a 49 anos	57,7	51,2 – 64,0	131
	50 a 59 anos	33,9	28,0 – 40,3	77
	60 a 69 anos	3,1	1,4 – 6,0	7
Nível de Escolaridade do pai (n=235)	Não frequentou a escola	0,9	0,2 – 2,7	2
	Ensino Básico - 1º ciclo	10,2	6,8 – 14,6	24
	Ensino Básico - 2º ciclo	9,4	6,1 – 13,6	22
	Ensino Básico - 3º ciclo	22,6	17,6 – 28,2	53
	Ensino Secundário	29,4	23,8 – 35,4	69
	Ensino Superior	21,7	16,8 – 27,3	51
	Não sabe	6,0	3,5 – 9,5	14
Categoria profissional do pai* (n=230)	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	12,2	8,4 – 16,9	28
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	10,9	7,3 – 15,4	25
	Técnicos e profissões de nível intermédio	11,7	8,1 – 16,4	27
	Pessoal administrativo	5,2	2,9 – 8,7	12
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	15,2	11,0 – 20,3	35
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	3,9	2,0 – 7,0	9
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	23,0	18,0 – 28,8	53
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	9,6	6,3 – 13,9	22
	Trabalhadores não qualificados	1,7	0,6 – 4,1	4
	Desemprego	3,0	1,4 – 5,9	7
	Reforma	0,9	0,2 – 2,8	2
Não sei/ não respondeu	2,6	1,1 – 5,3	6	

Legenda: M – média; DP – desvio padrão

* Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 [9]

4.2. Estado nutricional

Através das medidas de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) utilizando a fórmula $\text{Peso/Altura (kg/m}^2\text{)}$. O IMC foi utilizado para determinar o percentil IMC/Idade, de acordo com as referências de crescimento para crianças e jovens propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [10].

Utilizando os pontos de corte propostos pela OMS para o percentil IMC/Idade, de modo a que este possa ser indicador do estado nutricional, verifica-se que 19,7% dos participantes se encontram com sobrecarga ponderal (*Quadro 5*).

Quadro 5. Categorias do Percentil IMC/Idade dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Total de participantes (n=325)	Magreza	0,9	0,3 – 2,4	3
	Peso Normal	79,4	74,7 – 83,5	258
	Excesso de Peso	17,2	13,4 – 21,6	56
	Obesidade	2,5	1,2 – 4,6	8
Feminino (n=172)	Magreza	0,6	0,0 - 2,7	1
	Peso Normal	80,8	74,4 – 86,2	139
	Excesso de Peso	16,9	11,8 – 23,0	29
	Obesidade	1,7	0,5 – 4,6	3
Masculino (n=153)	Magreza	1,3	0,3 – 4,1	2
	Peso Normal	77,8	70,7 – 83,8	119
	Excesso de Peso	17,6	12,2 – 24,3	27
	Obesidade	3,3	1,3 – 7,0	5

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos na proporção de participantes com sobrecarga ponderal ($\chi^2=1,35$; $p=0,718$). A *Figura 3* apresenta a prevalência de excesso de peso e de obesidade nos rapazes (n=153) e nas raparigas (n=172) inquiridas.

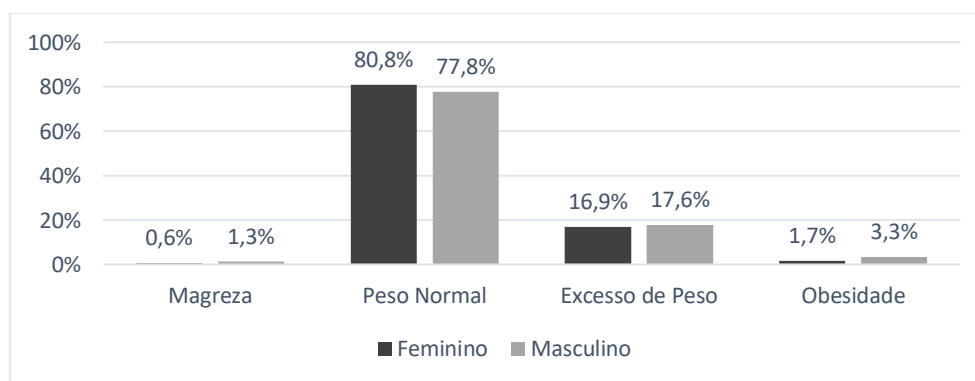


Figura 3. Distribuição das categorias de classificação do percentil IMC/idade, entre sexos

O *Quadro 6* apresenta a distribuição do estado nutricional dos participantes por escola. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no percentil IMC/idade entre escolas ($\chi^2=16,7$; $p=0,73$).

Quadro 6. Categorias do Percentil IMC/Idade dos participantes por escola

		Prevalência (%)	IC 95%	n
ES de Albufeira (n=49)	Magreza	2,0	0,2 – 9,1	1
	Peso Normal	79,6	66,8 – 89,0	39
	Excesso de Peso	16,3	8,0 – 28,5	8
	Obesidade	2,0	0,2 – 9,1	1

ES Tomás Cabreira (n=35)	Magreza	2,9	0,3 – 12,6	1
	Peso Normal	82,9	68,0 – 92,5	29
	Excesso de Peso	14,3	5,7 – 28,5	5
	Obesidade	0,0	-	0
ES Padre António Martins De Oliveira (n=15)	Magreza	0,0	-	0
	Peso Normal	73,3	48,3 – 90,3	11
	Excesso de Peso	13,3	2,9 – 36,3	2
	Obesidade	13,3	2,9 – 36,3	2
ES Gil Eanes (n=26)	Magreza	0,0	-	0
	Peso Normal	73,1	54,3 – 87,1	19
	Excesso de Peso	26,9	12,9 – 45,7	7
	Obesidade	0,0	-	0
ES Loulé (n=38)	Magreza	2,6	0,3 – 11,6	1
	Peso Normal	76,3	61,2 – 87,6	29
	Excesso de Peso	18,4	8,6 – 32,8	7
	Obesidade	2,6	0,3 – 11,6	1
ES Dr. Francisco Fernandes Lopes (n=71)	Magreza	0,0	-	0
	Peso Normal	81,7	71,5 – 89,3	58
	Excesso de Peso	16,9	9,6 – 26,9	12
	Obesidade	1,4	0,2 – 6,4	1
ES Poeta António Aleixo (n=58)	Magreza	0,0	-	0
	Peso Normal	79,3	67,6 – 88,2	46
	Excesso de Peso	17,2	9,2 – 28,4	10
	Obesidade	3,4	0,7 – 10,6	2
ES de Silves (n=33)	Magreza	0,0	-	0
	Peso Normal	81,8	66,3 – 92,0	27
	Excesso de Peso	15,2	6,0 – 30,1	5
	Obesidade	3,0	0,3 – 13,3	1

Através do teste *Kruskall-Wallis* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no percentil IMC/idade associados ao nível de escolaridade dos progenitores (Mãe: KW=10,801; P=0,095; Pai: KW=7,625; P=0,267). Verificou-se também, através do teste *de Mann-Whitney*, que não existem diferenças no percentil IMC/idade relativamente à coabitação só com um dos progenitores (MW=11112,000; P=0,989).

Verificou-se a existência de uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre o percentil IMC/idade e o perímetro da cintura e a pressão arterial ($r_{\text{spearman}}=0,225$; $p<0,001$), ou seja, quanto maior o percentil IMC/idade, mais elevado é o perímetro da cintura e a pressão arterial.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos no peso, na altura, no perímetro da cintura, no perímetro da anca e na pressão arterial sistólica. As raparigas apresentam valores médios mais elevados para o perímetro da anca, mas os rapazes são mais

altos, mais pesados, com maior perímetro da cintura e pressão arterial sistólica mais elevada (Quadro 7).

Quadro 7. Características antropométricas e pressão arterial dos participantes

Variável	Total (n=325)		Feminino (n=172)			Masculino (n=153)			Valor de p Mann-Whitney
	M	DP	M	Mín – Máx	DP	M	Mín – Máx	DP	
Peso (kg)	60,3	11,1	56,7	42,0 – 88,8	9,9	64,3	47,5 – 111,5	11,1	<0,001
Altura (m)	1,66	0,086	1,61	1,45 – 1,83	0,062	1,72	1,53 – 1,92	0,067	<0,001
Percentil IMC/Idade	54	27,6	56,3	1,5 – 98,5	26,2	51,5	0,6 – 99,2	28,9	0,122
P. da cintura (cm)	71,7	8,7	70,0	56,0 – 99,0	7,8	73,6	58 – 112	9,2	<0,001
P. da anca (cm)	93,9	7,7	94,7	62,5 – 116,5	7,9	92,9	78 – 115	7,4	0,017
PA Sistólica (mm Hg)	117	12	114	80 – 149	14	120	87 – 176	12	<0,001
PA Diastólica (mm Hg)	70	9	71	38 - 94	8	70	31 - 102	9	0,361

Legenda: P. – Perímetro; PA – Pressão Arterial; M – média; Mín – Máx – Valor mínimo e máximo; DP – desvio padrão

4.3. Hábitos Alimentares

Menos de metade dos participantes refere ter modificado os seus hábitos alimentares nos últimos 12 meses (41,2%) e fizeram-no principalmente por motivos como “preocupações do próprio com a imagem ou com peso” (22,4%, n=30), “motivos de saúde” (26,1%, n=35) e “preocupações do próprio com a qualidade da alimentação” (23,1%, n=31). O Quadro 8 apresenta os resultados referentes à modificação dos hábitos alimentares dos participantes.

Quadro 8. Modificação dos hábitos alimentares dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Modificação dos hábitos alimentares nos últimos 12 meses (n=325)	Não	54,2	48,7 – 59,5	176
	Sim	41,2	36,0 – 46,6	134
	Não sabe	4,6	2,7 – 7,3	15
Se sim: Há quanto tempo (n=134)	Menos do que 1 mês	12,7	7,9 – 19,1	17
	1 a 2 meses	32,1	24,6 – 40,3	43
	3 a 5 meses	18,7	12,8 – 25,9	25
	6 a 8 meses	14,2	9,1 – 20,8	19
	9 a 12 meses	12,7	7,9 – 19,1	17
	Não sabe	9,7	5,5 – 15,6	13
Se sim: Porquê (n=134)	Incentivo ou influência de outros	4,5	1,9 – 9,0	6
	Preocupações do próprio com a imagem ou com o peso	22,4	16,0 – 30,0	30
	Motivos de saúde	26,1	19,2 – 34,0	35
	Mudança do estilo de vida	8,2	4,4 – 13,8	11
	Preocupação do próprio com a qualidade da alimentação	23,1	16,6 – 30,8	31
	Prática desportiva	10,4	6,1 – 16,5	14
	Aconselhamento por um profissional de saúde	0,7	0,1 – 3,4	1

	Motivos ideológicos	0,7	0,1 – 3,4	1
	Preferências alimentares	0,7	0,1 – 3,4	1
	Não sabe/ não respondeu	3,0	1,0 – 6,9	4
Se sim: Principais modificações (n=129)	Reduzir a quantidade de alimentos	7,0	3,5 – 12,3	9
	Aumentar a quantidade de alimentos	7,8	4,1 – 13,3	10
	Aumentar a variedade de alimentos	3,9	1,5 – 8,3	5
	Aumentar o consumo de alimentos específicos	20,2	13,9 – 27,7	26
	Reduzir o consumo de alimentos específicos	33,3	25,6 – 41,8	43
	Reduzir a quantidade de gorduras e/ou açúcar e/ou sal	15,5	10,1 – 22,5	20
	Aumentar a quantidade de proteínas	4,7	2,0 – 9,3	6
	Aumentar a quantidade de hidratos de carbono	1,6	0,3 – 4,9	2
	Melhoria geral da qualidade da alimentação	5,4	2,5 – 10,4	7
	Plano alimentar prescrito por profissional da área da nutrição	0,8	0,1 – 3,6	1

A maioria dos participantes refere não fazer uma alimentação especial (90,2%). Entende-se por alimentação especial toda a alimentação que exclua algum alimento ou grupo de alimentos por motivos de convicção, religião ou saúde. O *Quadro 9* apresenta os resultados referentes ao tipo de alimentação especial descrita pelos participantes.

Quadro 9. Tipo de alimentação especial dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Alimentação Especial (n=325)	Não	90,2	86,6 – 93,0	293
	Sim	7,4	4,9 – 10,6	24
	Não sabe	2,5	1,2 – 4,6	8
Se sim: Quais (n=24)	Vegan	4,2	0,5 – 17,9	1
	Vegetariana	4,2	0,5 – 17,9	1
	Ovolactovegetariana	4,2	0,5 – 17,9	1
	Macrobiótica	0,0	-	0
	Sem carne	29,2	14,1 – 48,9	7
	Sem lactose	66,7	46,8 – 82,8	16
	Sem glúten	20,8	8,4 – 39,8	5

No que diz respeito ao número de refeições diárias, verifica-se que a maior parte dos participantes faz entre quatro a seis refeições diárias, com a prevalência mais elevada (42,5%) para cinco refeições (*Quadro 10*). O número de refeições diárias feitas pelos alunos associou-se negativamente com o percentil IMC/Idade ($r_{\text{spearman}}=-0,152$; $p=0,006$).

Quadro 10. Número de refeições efetuadas pelos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Número de refeições (n=325)	Nenhuma	0,0	-	0
	1 Refeição	0,0	-	0
	2 Refeições	0,3	0,0 – 1,4	1
	3 Refeições	5,8	3,7 – 8,8	19
	4 Refeições	23,4	19,0 – 28,2	76
	5 Refeições	42,5	37,2 – 47,9	138
	6 Refeições	23,7	19,3 – 28,5	77
	7 Refeições	4,3	2,5 – 6,9	14
	Mais do que 7 refeições	0,0	-	0

Quando analisadas as diferentes refeições e a frequência da sua inclusão nos hábitos alimentares, observou-se que a merenda da manhã (28,6%; n=93) e a ceia (59,7% (n=194) são as refeições que mais participantes referem não fazer (*Quadro 11*).

Quadro 11. Refeições que não fazem parte dos hábitos alimentares dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Refeições diárias (n=325)	Pequeno-almoço	13,2	9,9 – 17,2	43
	Meio da manhã	28,6	23,9 – 33,7	93
	Almoço	0,0	.	0
	Lanche	8,9	6,2 – 12,4	29
	Jantar	1,2	0,4 – 2,9	4
	Ceia	59,7	54,3 – 64,9	194
	Outras refeições	92,3	89,0 – 94,8	300

Verifica-se também que 13,2% (n=43) dos participantes não toma o pequeno-almoço. Destes, 13 não fazem nenhuma refeição a meio da manhã, o que implica que a primeira refeição é o almoço.

4.3.1. Pequeno-almoço

A maioria dos participantes toma o pequeno-almoço (86,2%; n=282) e fá-lo em casa (92,2%; n=260), e destes 45% (n=127) tomam esta refeição sozinhos (*Quadro 12*).

O pão (75,2%), cereais de pequeno-almoço (68,4%), leite (74,8%), manteiga ou margarina (56,4%), fruta (54,3%) e iogurte (46,1%) são os alimentos mais mencionados como fazendo parte desta refeição. Registou-se que 20 participantes (7,1%) referem consumir habitualmente refrigerantes ao pequeno-almoço.

Quadro 12. Informações sobre o pequeno-almoço (n=282)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Local	Casa	92,2	88,6 – 94,9	260
	Escola	6,0	3,7 – 9,3	17
	Pastelaria	0,7	0,1 – 2,3	2
	Outra (A caminho da escola)	1,1	0,3 – 2,8	3
Com quem	Família	48,9	43,1 – 54,8	138
	Amigos/ colegas	6,0	3,7 – 9,3	17
	Sozinho (a)	45,0	39,3 – 50,9	127
Alimentos consumidos	Pão	75,2	69,9 – 79,9	212
	Cereais	68,4	62,8 – 73,7	193
	Pão de leite, <i>croissant</i> , pão de deus	24,5	19,7 – 29,7	69
	Bolos, bolachas	18,4	14,2 – 23,3	52
	<i>Snacks</i> doces	6,4	4,0 – 9,7	18
	Bebidas vegetais	12,4	9,0 – 16,6	35
	Leite	74,8	69,5 – 79,6	211
	Leite com sabores	24,1	19,4 – 29,4	68
	logurte	46,1	40,3 – 51,9	130
	Queijo	36,2	30,7 – 41,9	102
	Azeite	7,1	4,5 – 10,5	20
	Manteiga, margarina	56,4	50,6 – 62,1	159
	Ovo	25,2	20,4 – 30,5	71
	Produtos de charcutaria	38,3	32,8 – 44,1	108
	<i>Snacks</i> salgados	5,3	3,1 – 8,4	15
	Compota	17,0	13,0 – 21,7	48
	Fruta	54,3	48,4 – 60,0	153
	Frutos secos e oleaginosos	13,1	9,6 – 17,4	37
	Sumos de fruta 100% naturais	39,1	33,6 – 44,9	110
	Néctares de fruta	23,8	19,1 – 29,0	67
	Refrigerantes	7,1	4,5 – 10,5	20
	Café	28,4	23,3 – 33,8	80
	Chá, infusão	21,6	17,1 – 26,7	61
	Outra opção*	5,3	3,1 – 8,4	15

* Água, aveia, manteiga de amendoim, batata-doce, *bagels*, proteína em pó, *Nestum*

Dos participantes que fazem o pequeno-almoço, 50,7% (n=143) são raparigas e 49,3% (n=139) são rapazes. Através do teste do qui-quadrado foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre sexos para esta refeição ($\chi^2=4,193$; $p=0,041$), verificando-se que os rapazes referem uma maior frequência de consumo do pequeno-almoço do que as raparigas.

Também através do teste do qui-quadrado foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre sexos no consumo de alguns alimentos. Os rapazes referem mais o consumo de leite ($p=0,003$), mas as raparigas referem mais frequentemente o consumo de fruta ($p=0,024$),

frutos secos e oleaginosos ($p=0,028$), sumos de fruta 100% ($p=0,007$) e chá ou infusões ($p<0,001$).

A toma do pequeno-almoço associou-se de forma estatisticamente significativa a um menor perímetro da cintura ($MW=4898,500$; $p=0,046$). Verificou-se também que os participantes cuja mãe apresenta um nível de escolaridade mais elevado reportam com mais prevalência a toma do pequeno-almoço ($\chi^2=16,8$; $p=0,01$).

Quando analisados os motivos para o pequeno-almoço não fazer parte dos hábitos alimentares, os dois principais motivos referidos foram a “falta de tempo” e a “falta de apetite” (*Quadro 13*).

Quadro 13. Motivos referidos pelos participantes para não tomarem o pequeno-almoço ($n=43$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Não toma o pequeno-almoço por...	Falta de tempo	32,6	20,0 – 47,3	14
	Falta de apetite	39,5	26,0 – 54,4	17
	Fico indisposto/a	18,6	9,2 – 32,1	8
	Não tenho hábito	2,3	0,3 – 10,4	1
	Não gosto/ Não quero	7,0	2,0 – 17,5	3

4.3.2. Meio da manhã

Mais de metade dos participantes faz uma refeição a meio da manhã (71,4%; $n=232$). Esta refeição é feita principalmente na escola (90,9%; $n=211$), com os colegas (90,1%; $n=209$). O pão (70,7%, $n=164$), bolos/ bolachas (55,6%, $n=129$), pão de leite/ *croissant*/ pão de deus (44,8%, $n=104$), produtos de charcutaria (44,8%, $n=104$), manteiga/ margarina (42,7%, $n=99$) e fruta (41,6%, $n=96$) são os alimentos mais consumidos a meio da manhã. Os néctares de fruta (38,4%, $n=89$) e os refrigerantes (14,2%, $n=33$), em conjunto, apresentam um consumo superior ao leite (19,8%, $n=46$) e ao leite com sabores (14,7%, $n=34$) (*Quadro 14*).

Quadro 14. Informações sobre o meio da manhã ($n=232$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Local	Casa	2,2	0,8 – 4,7	5
	Escola	90,9	86,7 – 94,1	211
	Pastelaria	6,5	3,8 – 10,2	15
	Outra (Fora da escola)	0,4	0,0 – 2,0	1
Com quem	Família	1,3	0,4 – 3,4	3
	Amigos/ colegas	90,1	85,7 – 93,4	209
	Sozinho (a)	8,6	5,5 – 12,7	20
Alimentos consumidos	Pão	70,7	64,6 – 76,3	164
	Cereais	8,6	5,5 – 12,7	20
	Pão de leite, <i>croissant</i> , pão de deus	44,8	38,5 – 51,3	104
	Bolos, bolachas	55,6	49,2 – 61,9	129
	<i>Snacks</i> doces	23,3	18,2 – 29,0	54

Bebidas vegetais	2,6	1,1 – 5,3	6
Leite	19,8	15,1 – 25,3	46
Leite com sabores	14,7	10,6 – 19,6	34
logurte	29,7	24,1 – 35,8	69
Queijo	37,1	31,0 – 43,4	86
Azeite	3,0	1,4 – 5,8	7
Manteiga, margarina	42,7	36,4 – 49,1	99
Ovo	6,5	3,8 – 10,2	15
Produtos de charcutaria	44,8	38,5 – 51,3	104
Snacks salgados	7,8	4,8 – 11,7	18
Compota	4,7	2,5 – 8,1	11
Fruta	41,6	35,3 – 48,0	96
Frutos secos e oleaginosos	8,2	5,2 – 12,2	19
Sumos de fruta 100% naturais	21,1	16,2 – 26,7	49
Néctares de fruta	38,4	32,3 – 44,7	89
Refrigerantes	14,2	10,2 – 19,2	33
Café	14,7	10,6 – 19,6	34
Chá, infusão	5,2	2,9 – 8,6	12
Outra opção*	4,0	2,3 – 6,6	13

*Água, barra de cereais, proteica ou energética, batata-doce, arroz branco, peito de frango, manteiga de amendoim

Através do teste do qui-quadrado, verifica-se que 66,3% dos rapazes refere consumir fruta, numa proporção significativamente mais elevada ($\chi^2=4,36$; $p=0,037$) do que as raparigas (52,6%).

Os dois principais motivos referidos pelos participantes para não fazerem uma refeição a meio da manhã foram “não tenho fome” e “falta de tempo” (Quadro 15).

Quadro 15. Motivos referidos pelos participantes para não tomarem o meio da manhã (n=93)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Categorias	Falta de tempo	11,1	5,9 – 18,8	10
	Não tenho fome	55,6	45,2 – 65,5	50
	Fico indisposto/a	2,2	0,5 – 6,9	2
	Não tenho hábito	6,7	2,8 – 13,2	6
	Não gosto/ Não quero	7,8	3,5 – 14,7	7
	Esqueço-me	3,3	0,9 – 8,6	3
	Não levo comida para a escola	8,9	4,3 – 16,1	8
	É mais saudável	1,1	0,1 – 5,1	1
	Não tenho dinheiro	1,1	0,1 – 5,1	1
	Não quero gastar dinheiro	2,2	0,5 – 6,9	2

4.3.3. Almoço

Todos os participantes referem almoçar (n=325). Observou-se que 41,5% (n=135) almoçam na cantina e mais de metade (51,1%, n=166) não come sopa. A carne é reportada como o

componente proteico mais consumido (97,3%, n=289), seguida do peixe (74,1%, n=220). Os acompanhamentos farináceos mais referidos foram o arroz (92,6%, n=276) e a massa (90,9%, n=271). A salada é referida como fazendo parte da refeição por 78,5% (n=234) dos participantes, as leguminosas por 56,4% (n=168) e as batatas fritas por 52,3, n=156). Dos participantes que consomem sobremesa, a maioria (84,2%, n=165) refere consumir fruta. As duas bebidas mais consumidas são a água (96,9%, n=279) e os refrigerantes (45,5% n=131). Observou-se também que 30,8% (n=100) dos participantes comem sandes em substituição do prato (*Quadro 16*).

Quadro 16. Informações sobre o almoço (n=325)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Local	Casa	32,9	28,0 – 38,2	107
	Cantina	41,5	36,3 – 47,0	135
	Bufete	5,5	3,4 – 8,4	18
	Snack-bar/ restaurante	16,9	13,1 – 21,3	55
	Outra (não especificaram)	3,1	1,6 – 5,4	10
Com quem	Família	22,2	17,9 – 26,9	72
	Amigos/ colegas	64,6	59,3 – 69,7	210
	Sozinho (a)	12,0	8,8 – 15,9	39
	Outra (não especificaram)	1,2	0,4 – 2,9	4
Composição da refeição				
Sopa	Sim	48,9	43,5 – 54,3	159
2º Prato Alimentos (n=297):	Sim	91,4	88,0 – 94,1	297
	Carne	97,3	95,0 – 98,7	289
	Peixe	74,1	68,9 – 78,8	220
	Ovo	46,5	40,8 – 52,1	138
	Tofu, seitan, soja	5,7	3,5 – 8,8	17
	Outra (Queijo)	0,3	0,0 – 1,4	1
	Salada	78,5	73,6 – 82,9	234
	Legumes cozinhados	61,1	55,5 – 66,5	182
	Arroz	92,6	89,2 – 95,2	276
	Massa	90,9	87,3 – 93,8	271
	Batata	73,5	68,3 – 78,3	219
	Batata-doce	34,2	29,0 – 39,7	102
	Batata frita	52,3	46,7 – 58,0	156
	Leguminosas	58,2	52,3 – 63,5	173
	Outra (banana cozida)	0,3	0,0 – 1,4	1
Pão	Não	30,8	25,9 – 35,9	100
	Sim, como pão a acompanhar o prato	38,5	33,3 – 43,8	125
	Sim, como sandes em substituição do prato	30,8	25,9 – 35,9	100
Sobremesa Qual (n=196):	Sim	60,3	54,9 – 65,5	196
	Fruta	84,2	78,6 – 88,8	165
	Sobremesa doce	15,8	11,2 – 21,4	31

Bebida (n=325)	Sim	88,6	84,8 – 91,7	288
Quais (n=288)	Água	96,9	94,4 – 98,4	279
	Sumos de fruta 100% naturais	44,1	38,4 – 49,9	127
	Néctares de fruta	43,4	37,8 – 49,2	125
	Refrigerantes	45,5	39,8 – 51,3	131
	Cerveja	4,9	2,8 – 7,8	14
	Café	23,3	18,7 – 28,4	67
	Outra (Água com gás, bebidas energéticas)	0,6	0,0 – 2,8	2

De acordo com o teste do qui-quadrado encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos no consumo de alguns alimentos. Assim, as raparigas referem mais frequentemente o consumo de sopa ($p=0,049$) e de legumes cozinhados ($p=0,003$); os rapazes referem mais frequentemente o consumo de ovo ($p=0,021$), pão a acompanhar o prato ($p=0,003$), fruta ($p=0,047$), sobremesas doces ($p=0,049$) e de refrigerantes ($p=0,027$).

4.3.4. Lanche

Mais de metade dos participantes lancha durante a tarde (91,1%; $n=296$). Observou-se que 70,3% ($n=208$) dos participantes fazem esta refeição em casa e 71,6% ($n=149$) fazem-na sozinhos. O pão (81,4%, $n=241$), fruta (59,5%, $n=176$), manteiga/ margarina (55,7%, $n=165$), bolos/ bolachas (54,7%, $n=162$), produtos de charcutaria (53%, $n=157$) e iogurte (51,4%, $n=152$) são os alimentos mais consumidos ao lanche (*Quadro 17*).

Quadro 17. Informações sobre o lanche ($n=296$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Local	Casa	70,3	64,9 – 75,3	208
	Escola	26,0	21,3 – 31,2	77
	Pastelaria	2,4	1,1 – 4,6	7
	Outra (não especificaram)	1,4	0,5 – 3,2	4
Com quem	Família	19,6	15,4 – 24,4	58
	Amigos/ colegas	25,7	21,0 – 30,9	76
	Sozinho (a)	54,1	48,4 – 59,7	160
	Outra (não especificaram)	0,7	0,1 – 2,1	2
Alimentos consumidos	Pão	81,4	76,7 – 85,5	241
	Cereais	44,6	39,0 – 50,3	132
	Pão de leite, croissant, pão de deus	37,8	32,5 – 43,5	112
	Bolos, bolachas	54,7	49,0 – 60,3	162
	Snacks doces	28,7	23,8 – 34,1	85
	Bebidas vegetais	6,4	4,0 – 9,6	19
	Leite	42,2	36,7 – 47,9	125
	Leite com sabores	22,6	18,1 – 27,7	67

logurte	51,4	45,7 – 57,0	152
Queijo	45,9	40,3 – 51,6	136
Azeite	5,4	3,3 – 8,4	16
Manteiga, margarina	55,7	50,1 – 61,3	165
Ovo	15,9	12,1 – 20,4	47
Produtos de charcutaria	53,0	47,3 – 58,7	157
Snacks salgados	13,5	10,0 – 17,8	40
Compota	13,9	10,3 – 18,1	41
Fruta	59,5	53,8 – 64,9	176
Frutos secos e oleaginosos	16,2	12,4 – 20,7	48
Sumos de fruta 100% naturais	35,8	30,5 – 41,4	106
Néctares de fruta	36,5	31,2 – 42,1	108
Refrigerantes	22,3	17,8 – 27,3	66
Café	15,5	11,8 – 20,0	46
Chá, infusão	15,2	11,5 – 19,6	45
Outra opção*	2,5	1,2 – 4,6	8

*Aveia, bolachas de arroz com manteiga de amendoim, bolachas de milho com queijo ou fiambre

Através do teste do qui-quadrado verifica-se que as raparigas referem consumir mais frequentemente fruta ($p=0,019$) e chá ou infusões ($p=0,013$).

Os dois principais motivos referidos pelos participantes para não fazerem o lanche foram “não tenho fome” e “falta de tempo” (*Quadro 18*).

Quadro 18. Motivos referidos pelos participantes para não fazerem o lanche ($n=29$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Categorias	Falta de tempo	22,2	9,8 – 40,2	6
	Não tenho fome	51,9	33,6 – 69,7	14
	Não tenho hábito	7,4	1,6 – 21,7	2
	Não gosto/ Não quero	7,4	1,6 – 21,7	2
	Esqueço-me	3,7	0,4 – 16,0	1
	É mais saudável	3,7	0,4 – 16,0	1
	Necessidade de jejum para	3,7	0,4 – 16,0	1
	realização de exame médico			

4.3.5. Jantar

À exceção de quatro participantes (1,2%), todos referem jantar. A maioria (99,4%, $n=319$) janta em casa e na companhia da família. Verificou-se que 51,4% ($n=165$) dos participantes não come sopa a esta refeição. Tal como ao almoço, a carne é o componente proteico mais referido (95,9%, $n=281$) seguida do peixe (80,1%, $n=234$) e os acompanhamentos farináceos mais referidos são o arroz (91,8%, $n=269$) e a massa (87,4%, $n=256$). A salada apresenta um consumo por parte

de 79,5% (n=233) dos participantes. Verificou-se que as batatas fritas e as leguminosas são consumidas ao jantar, por 52,6% (n=154) e 55,6% (n=163) dos inquiridos, respetivamente. À sobremesa, a maioria (77,5%, n=155) consome fruta. As duas bebidas mais consumidas são a água (95%, n=264) e os refrigerantes (41,7% n=116). O café é consumido por 12,9% (n=36) dos participantes. Observou-se que 9,3% (n=30) dos participantes comem sandes em substituição do prato (*Quadro 19*).

Quadro 19. Informações sobre o jantar (n=321)

		Prevalência (%)	IC 95%	n	
Local	Casa	99,4	98,0 – 99,9	319	
	Snack-bar/ restaurante	0,3	0,0 – 1,4	1	
	Outra (não especificaram)	0,3	0,0 – 1,4	1	
Com quem	Família	94,1	91,1 – 96,3	302	
	Amigos/ colegas	0,0	-	0	
	Sozinho (a)	5,6	3,5 – 8,5	18	
	Outra (não especificaram)	0,3	0,0 - 1,4	1	
Composição da refeição					
Sopa	Sim	48,6	43,2 – 54,1	156	
2º Prato	Sim	91,3	87,8 – 94,0	293	
Alimentos (n=293):	Carne	95,9	93,2 – 97,7	281	
	Peixe	80,1	75,3 – 84,4	234	
	Ovo	51,9	46,2 – 57,6	152	
	Tofu, seitan, soja	6,5	4,1 – 9,7	19	
	Salada	79,5	74,6 – 83,8	233	
	Legumes cozinhados	65,5	60,0 – 70,8	192	
	Arroz	91,8	88,3 – 94,5	269	
	Massa	87,4	83,2 – 90,8	256	
	Batata	73,0	67,7 – 77,9	214	
	Batata-doce	39,2	33,8 – 44,9	115	
	Batata frita	52,6	46,8 – 58,2	154	
Leguminosas	55,6	49,9 – 61,3	163		
Pão	Não	53,6	48,1 – 59,0	172	
	Sim, como pão a acompanhar o prato	37,1	31,9 – 42,5	119	
	Sim, como sandes em substituição do prato	9,3	6,5 – 12,9	30	
Sobremesa	Sim	62,9	57,5 – 68,1	202	
	Qual (n=202):	Fruta	77,5	71,3 – 82,9	155
		Sobremesa doce	22,5	17,1 – 28,7	45
Bebida	Sim	86,6	82,6 – 90,0	278	
	Quais (n=278)	Água	95,0	91,9 – 97,1	264
		Sumos de fruta 100% naturais	34,5	29,1 – 40,3	96
		Néctares de fruta	38,1	32,6 – 43,9	106
		Refrigerantes	41,7	36,0 – 47,6	116
		Cerveja	3,2	1,6 – 5,8	9

Café	12,9	9,4 – 17,3	36
Outra (chá, bebidas energéticas)	0,9	0,3 – 2,4	3

À semelhança de outras refeições, também foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sexos. De acordo com o teste do qui-quadrado, as raparigas referem mais frequentemente o consumo de salada ($p=0,0443$) e de legumes cozinhados ($p=0,002$); os rapazes referem mais frequentemente o consumo de carne ($p=0,033$), massa ($p=0,026$), pão a acompanhar a refeição ($p=0,001$), néctares de fruta ($p=0,035$), refrigerantes ($p=0,035$), cerveja ($p=0,014$) e de café ($p=0,002$).

Os participantes que referem não jantar, indicam que o fazem por não terem fome (1,2%, $n=4$).

4.3.6. Ceia

Mais de metade dos inquiridos não costuma cear (59,7%; $n=194$). Esta refeição é feita em casa e a maior parte dos inquiridos que a referem fazem-na sozinhos (72,5%; $n=95$) (*Quadro 20*).

Quadro 20. Informações sobre a ceia ($n=131$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Local	Casa	100,0	-	131
	Escola	0,0	-	0
	Pastelaria	0,0	-	0
Com quem	Família	26,7	19,7 – 34,7	35
	Amigos/ colegas	0,8	0,1 – 3,5	1
	Sozinho (a)	72,5	64,4 – 79,6	95
Alimentos consumidos	Pão	44,3	36,0 – 52,8	58
	Cereais	51,1	42,6 – 59,6	67
	Pão de leite, <i>croissant</i> , pão de deus	18,3	12,4 – 25,6	24
	Bolos, bolachas	50,4	41,9 – 58,9	66
	<i>Snacks</i> doces	26,7	19,7 – 34,7	35
	Bebidas vegetais	3,8	1,5 – 8,2	5
	Leite	58,0	49,5 – 66,2	76
	Leite com sabores	26,7	19,7 – 34,7	35
	logurte	51,9	43,4 – 60,3	68
	Queijo	28,2	21,1 – 36,4	37
	Azeite	3,1	1,0 – 7,1	4
	Manteiga, margarina	30,5	23,1 – 38,8	40
	Ovo	13,0	8,0 – 19,5	17
	Produtos de charcutaria	28,2	21,1 – 36,4	37
	<i>Snacks</i> salgados	12,2	7,4 – 18,6	16
	Compota	8,4	4,5 – 14,1	11
	Fruta	51,1	42,6 – 59,6	67
	Frutos secos e oleaginosos	14,5	9,3 – 21,3	19
	Sumos de fruta 100% naturais	18,3	12,4 – 25,6	24
	Néctares de fruta	24,4	17,7 – 32,3	32

Refrigerantes	16,0	10,5 – 23,0	21
Café	6,1	2,9 – 11,2	8
Chá, infusão	16,8	11,2 – 23,9	22
Outra opção*	0,9	0,3 – 2,4	3

*batido de proteína, gelatina, mini tostas com mel

Nesta refeição, de acordo com o teste do qui-quadrado, os rapazes referem mais frequentemente o consumo de leite ($p < 0,001$) enquanto que as raparigas referem mais frequentemente o consumo de chá ou infusões ($p = 0,024$).

Os dois principais motivos referidos pelos participantes para não cearem foram o “não tenho fome” e o “não acho necessário” (*Quadro 21*).

Quadro 21. Motivos referidos pelos participantes para não cearem (n=194)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Categorias	Não tenho fome	56,8	49,6 – 63,9	104
	Não gosto/ Não quero	4,4	2,1 – 8,1	8
	Deito-me cedo	12,6	8,4 – 17,9	23
	Não acho necessário	13,7	9,3 – 19,2	25
	Janto tarde	3,3	1,4 – 6,6	6
	Falta de hábito	8,2	4,9 – 12,8	15
	É mais saudável	0,5	0,1 – 2,5	1
	Não tenho tempo	0,5	0,1 – 2,5	1

4.3.7. Outras refeições

Cerca de 8% dos participantes (7,7%, n=25) fazem outras refeições para além das descritas acima. As duas outras refeições mais referidas foram um segundo lanche durante a tarde (57,1%, n=12) e outros *snacks* (19%, n=4). Mais de metade dos participantes fazem estas outras refeições em casa (64%, n=16). Os alimentos consumidos nestas refeições são variados, mas os mais referidos foram, com igual prevalência (20%, n=5), fruta, sandes e bolos, bolachas ou croissants (*Quadro 22*). Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos nos alimentos consumidos nestas refeições.

Quadro 22. Informações sobre as outras refeições (n=25)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Outras refeições	<i>Snacks</i>	19,0	6,8 – 39,2	4
	Pré e pós-treino	9,5	2,0 – 27,2	2
	2º Lanche da tarde	57,1	36,2 – 76,3	12
	2ª Ceia	9,5	2,0 – 27,2	2
	Comer de madrugada	4,8	0,5 – 20,2	1
Local	Casa	72,0	52,7 – 86,5	18

	Escola	12,0	3,5 – 28,7	3
	Pastelaria	4,0	0,4 – 17,2	1
	Outra (autocarro, bares, ginásio)	12,0	3,5 – 28,7	3
Alimentos consumidos	Fruta	20	8,1 – 38,4	5
	Sandes	20	8,1 – 38,4	5
	Bolachas, bolos, croissant	20	8,1 – 38,4	5
	Outra	40	22,7 – 59,4	10

4.3.8. Refeições ao fim de semana

A prevalência do consumo de algumas refeições altera-se ao fim de semana. Assim, verificou-se que 17,5% (n=57) dos participantes não tomam o pequeno-almoço ao fim de semana e que mais de metade (56%, n=182) não comem a meio da manhã (*Quadro 23*).

Quadro 23. Refeições feitas pelos participantes ao fim de semana (n=325)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Refeições	Pequeno-almoço	82,5	78,0 – 86,3	268
	Meio da manhã	44,0	38,7 – 49,4	143
	Almoço	98,5	96,7 – 99,4	320
	Lanche	87,4	83,4 – 90,7	284
	Jantar	99,1	97,6 – 99,7	322
	Ceia	39,7	34,5 – 45,1	129

4.3.9. Ingestão de água

Observou-se que a maioria dos participantes (37,5%, n=122) bebe entre 0,5L e 1L de água por dia (*Quadro 24*).

Quadro 24. Quantidade de água ingerida por dia pelos participantes (n=325)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Quantidade de água	Menos de 0,5L	9,2	6,4 – 12,7	30
	Entre 0,5L e 1L	37,5	32,4 – 42,9	122
	Entre 1L e 1,5L	34,2	29,2 – 39,4	111
	Mais de 1,5L	19,1	15,1 – 23,6	62

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos, de acordo com o teste do qui-quadrado ($\chi^2=31,6$; $p<0,001$), com os rapazes a referirem um consumo mais elevado de água. Cerca de 31% (n=47) dos participantes do sexo masculino refere consumir mais do que 1,5L de água por dia, esta proporção no sexo feminino é de 8,7% (n=15).

4.3.10. Consumo de bebidas alcoólicas

Verificou-se que a maior parte dos participantes raramente ou nunca consomem bebidas alcoólicas (*Quadro 25*). Contudo, regista-se consumo de bebidas alcoólicas. Pelo menos 5,5%

(n=18) dos participantes reporta o consumo de cerveja, no mínimo, uma vez por semana; 19,1% (n=62) dos participantes reporta o consumo de cidra ou cerveja com sabores ou com refrigerantes, pelo menos, uma vez por mês. Regista-se também um consumo mensal de bebidas destiladas (18,5%, n=60), bebidas destiladas com sumo ou refrigerante (19,1%, n=62) ou *shots* (17,2%, n=56).

Quadro 25. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas dos participantes (n=325)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Cerveja	Todos os dias	0,0	.	0
	3 a 6x/ semana	0,9	0,3 – 2,4	3
	1 a 2x/ semana	5,5	3,4 – 8,4	18
	1 a 2x/ mês	10,2	7,2 – 13,8	33
	Raramente ou nunca	83,4	79,1 – 87,1	271
Cidra, cerveja com sabores ou com refrigerantes	Todos os dias	0,0	.	0
	3 a 6x/ semana	0,9	0,3 – 2,4	3
	1 a 2x/ semana	3,1	1,6 – 5,4	10
	1 a 2x/ mês	19,1	15,1 – 23,6	62
	Raramente ou nunca	76,9	72,1 – 81,3	250
Vinho	Todos os dias	0,0	.	0
	3 a 6x/ semana	0,3	0,0 – 1,4	1
	1 a 2x/ semana	0,6	0,1 – 2,0	2
	1 a 2x/ mês	4,9	3,0 – 7,7	16
	Raramente ou nunca	94,2	91,2 – 96,3	306
Bebidas destiladas	Todos os dias	0,3	0,0 – 1,4	1
	3 a 6x/ semana	0,3	0,0 – 1,4	1
	1 a 2x/ semana	3,4	1,8 – 5,8	11
	1 a 2x/ mês	18,5	14,5 – 22,9	60
	Raramente ou nunca	77,5	72,8 – 81,8	252
Bebida destilada com sumo ou refrigerante	Todos os dias	1,8	0,8 – 3,8	6
	3 a 6x/ semana	0,6	0,1 – 2,0	2
	1 a 2x/ semana	6,8	4,4 – 9,9	22
	1 a 2x/ mês	19,1	15,1 – 23,6	62
	Raramente ou nunca	71,7	66,6 – 76,4	233
<i>Shots</i>	Todos os dias	0,3	0,0 – 1,4	1
	3 a 6x/ semana	0,3	0,0 – 1,4	1
	1 a 2x/ semana	2,5	1,2 – 4,6	8
	1 a 2x/ mês	17,2	13,4 – 21,6	56
	Raramente ou nunca	79,7	75,1 – 83,8	259

De acordo com o teste do qui-quadrado, existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos no consumo de cerveja ($\chi^2=19,5$; $p<0,001$), com os participantes do sexo masculino a reportarem um consumo mais frequente desta bebida alcoólica.

4.3.11. Percepção dos inquiridos sobre a sua alimentação

Analisou-se a percepção dos participantes acerca da sua alimentação a partir de um conjunto de afirmações acerca das quais deviam reportar a sua concordância, numa escala de *Likert* de cinco pontos, entre 1 (“Discordo totalmente”) e 5 (“Concordo totalmente”). O *Quadro 26* mostra os valores médios, mediana e desvio padrão para a concordância com as afirmações.

Quadro 26. Concordância com afirmações, em escala de *Likert*

	Total			Feminino			Masculino			Valor de p <i>Mann-Whitney</i>
	M	Md	DP	M	Md	DP	M	Md	DP	
Alimento-me bem	3,8	4,0	0,98	3,7	4,0	1,01	3,9	4,0	,93	0,008*
Como alimentos pouco saudáveis	2,9	3,0	1,13	2,9	3,0	1,13	2,9	3,0	1,14	0,677
Como demais	2,7	3,0	1,29	2,6	3,0	1,27	2,9	3,0	1,30	0,02*
Sou "esquisito" com o que como	2,8	3,0	1,56	2,9	3,0	1,57	2,7	2,0	1,55	0,181
Como o que calha	2,6	2,0	1,41	2,4	2,0	1,36	2,8	3,0	1,46	0,054
Como quando calha	2,2	2,0	1,32	2,1	2,0	1,27	2,3	2,0	1,37	0,298
Como muito pouco	1,7	1,0	1,03	1,8	1,0	1,10	1,6	1,0	0,93	0,057
Quando começo a comer custa-me parar	1,9	1,0	1,24	1,7	1,0	1,13	2,1	1,0	1,34	0,018*

Legenda: 1 (“Discordo totalmente”) e 5 (“Concordo totalmente”)

M – média; Md – mediana; DP – desvio padrão; * Diferenças estatisticamente significativas entre sexos

Pode verificar-se, a partir do teste de *Mann-Whitney*, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sexos nas percepções sobre a alimentação. Os rapazes concordam mais do que as raparigas com a afirmação “Alimento-me bem” ($p=0,008$). Os rapazes também consideram, mais do que as raparigas, que comem demais ($p=0,02$), apesar de os valores médios encontrados em ambos os sexos se encontrarem perto do ponto médio da escala de resposta.

O *Quadro 27* apresenta a distribuição das respostas do total de participantes em cada uma das opções de concordância.

Quadro 27. Percepção do inquirido da sua alimentação (n=325)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Alimento-me bem	Discordo completamente	3,1	1,6 – 5,4	10
	Discordo parcialmente	6,8	4,4 – 9,9	22
	Não concordo nem discordo	21,8	17,6 – 26,6	71
	Concordo parcialmente	44,9	39,6 – 50,4	146
	Concordo completamente	23,4	19,0 – 28,2	76
Como alimentos pouco saudáveis	Discordo completamente	11,7	8,5 – 15,5	38
	Discordo parcialmente	28,9	24,2 – 34,0	94
	Não concordo nem discordo	25,5	21,0 – 30,5	83
	Concordo parcialmente	27,4	22,8 – 32,4	89

	Concordo completamente	6,5	4,2 – 9,5	21
Como demais	Discordo completamente	23,7	19,3 – 28,5	77
	Discordo parcialmente	17,8	14,0 – 22,3	58
	Não concordo nem discordo	30,2	25,4 – 35,3	98
	Concordo parcialmente	17,5	13,7 – 22,0	57
	Concordo completamente	10,8	7,7 – 14,5	35
Sou "esquisito" com o que como	Discordo completamente	32,9	28,0 – 38,2	107
	Discordo parcialmente	14,8	11,2 – 18,9	48
	Não concordo nem discordo	14,5	11,0 – 18,6	47
	Concordo parcialmente	16,6	12,9 – 20,9	54
	Concordo completamente	21,2	17,1 – 25,9	69
Como o que calha	Discordo completamente	30,8	25,9 – 35,9	100
	Discordo parcialmente	22,2	17,9 – 26,9	72
	Não concordo nem discordo	17,5	13,7 – 22,0	57
	Concordo parcialmente	16,0	12,3 – 20,3	52
	Concordo completamente	13,5	10,1 – 17,6	44
Como quando calha	Discordo completamente	43,4	38,1 – 48,8	141
	Discordo parcialmente	22,2	17,9 – 26,9	72
	Não concordo nem discordo	14,2	10,7 – 18,3	46
	Concordo parcialmente	12,6	9,3 – 16,6	41
	Concordo completamente	7,7	5,2 – 11,0	25
Como muito pouco	Discordo completamente	59,1	53,7 – 64,3	192
	Discordo parcialmente	19,7	15,6 – 24,3	64
	Não concordo nem discordo	13,8	10,4 – 17,9	45
	Concordo parcialmente	5,2	3,2 – 8,1	17
	Concordo completamente	2,2	1,0 – 4,2	7
Quando começo a comer custa-me parar	Discordo completamente	56,0	50,6 – 61,3	182
	Discordo parcialmente	16,6	12,9 – 20,9	54
	Não concordo nem discordo	12,9	9,6 – 16,9	42
	Concordo parcialmente	8,9	6,2 – 12,4	29
	Concordo completamente	5,5	3,4 – 8,4	18

Analisando as percepções sobre alimentação e a sua associação com parâmetros antropométricos e com a pressão arterial, verifica-se, a partir do coeficiente de correlação de *Spearman* existir uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre a concordância com a afirmação “Como demais” e o percentil IMC/idade, perímetro da cintura, perímetro da anca e com a pressão arterial sistólica (*Quadro 28*). Estes resultados indicam que os participantes com valores mais elevados nos indicadores antropométricos e com pressão arterial sistólica mais elevada consideram que comem demais. Para além destes resultados, encontrou-se também uma associação positiva entre a concordância com afirmação “Quando começo a comer custa-me parar” e o perímetro da cintura, perímetro da anca e pressão arterial sistólica.

Quadro 28. Correlação entre características dos participantes e percepção sobre alimentação

	Percentil IMC/idade	Perímetro da cintura	Perímetro da anca	Pressão arterial sistólica	Pressão arterial diastólica
Alimento-me bem	-,024	,004	-,077	-,025	-,064
Como alimentos pouco saudáveis	,023	,060	,065	,077	,045
Como demais	,192**	,228**	,180**	,122*	,048
Sou "esquisito" com o que como	-,046	-,049	-,064	,020	,074
Como o que calha	,058	,051	,053	,032	,076
Como quando calha	-,061	-,086	-,062	,047	,064
Como muito pouco	-,048	-,115*	-,017	,013	-,048
Quando começo a comer custa-me parar	,086	,144*	,136*	,132*	,079

Legenda: * Correlação estatisticamente significativa para $p < 0,05$; ** Correlação estatisticamente significativa para $p < 0,01$.

4.3.12. Percepção dos inquiridos sobre o seu peso

Cerca de 11% dos participantes ($n=36$) refere estar a fazer dieta para perder peso e 26,8% ($n=87$) julga que precisa de perder peso (Quadro 29).

Quadro 29. Percepção do aluno sobre o seu peso ($n=325$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Estás a fazer "dieta"	Não, o meu peso está bom	41,5	36,3 – 47,0	135
	Não, mas preciso perder peso	26,8	22,2 – 31,8	87
	Sim	11,1	8,0 – 14,8	36
	Não, eu preciso é de ganhar peso	20,6	16,5 – 25,3	67

Quando analisada a classificação do percentil IMC/idade dos participantes ($n=36$) que referem estar a fazer dieta, verifica-se que 19 (52,8%) são considerados normoponderais, 14 (38,9%) como tendo excesso de peso e 3 (8,3%) como tendo obesidade. Dos participantes que referem precisar de perder peso ($n=87$), 1 (1,1%) tem peso abaixo do normal e 49 (56,3%) têm peso normal. Estes resultados indicam uma percepção inadequada do peso por parte dos participantes.

4.3.13. Principal fonte de informação alimentar dos inquiridos

As três principais fontes de informação sobre alimentação dos participantes são os pais (36,6%, $n=118$), a *internet* (32,9%, $n=107$) e os nutricionistas (8,6%, $n=28$) (Quadro 30).

Quadro 30. Principal fonte de informação alimentar dos participantes ($n=325$)

Fonte de informação	Prevalência (%)	IC 95%	n
Rádio	0,0	.	0
Televisão	2,8	1,4 – 5,0	9
Internet	32,9	28,0 – 38,2	107

Jornais ou revistas	0,3	0,0 – 1,4	1
Pais	36,3	31,2 – 41,6	118
Irmãos	2,5	1,2 – 4,6	8
Outros familiares	2,5	1,2 – 4,6	8
Amigos	4,9	3,0 – 7,7	16
Professores	1,5	0,6 – 3,3	5
Nutricionistas	8,6	5,9 – 12,0	28
Médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde	6,2	3,9 – 9,2	20
Não recorre a nenhuma das fontes citadas	0,9	0,3 – 2,4	3
Assinalou todas as fontes citadas	0,6	0,1 – 2,0	2

4.3.13. Fome

Relativamente à pergunta “Com que frequência vais para a escola ou para a cama com fome por não haver comida suficiente em casa?”, 11,4% (n=37) dos participantes refere que é uma situação que ocorre às vezes (*Quadro 31*).

Quadro 31. Frequência com que os participantes vão para a escola ou para a cama com fome

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Fome	Nunca	88,3	84,5 – 91,5	287
	Às vezes	11,4	8,3 – 15,2	37
	Frequentemente	0,3	0,0 – 1,4	1
	Sempre	0,0	.	0

4.3.14. Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico – Índice KIDMED

Os resultados do Índice KIDMED apresentam uma pontuação média de 6,9 pontos (DP=2,46) e demonstram uma baixa adesão ao padrão alimentar mediterrânico (PAM) em 8,9% dos participantes, uma adesão intermédia em 45,5% e uma alta adesão em 45,5% (*Quadro 32*).

Quadro 32. Índice KIDMED por escola e por sexo

		Total (n=325)			Feminino (n=172)			Masculino (n=153)		
		%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n
Todas as Escolas	BA	8,9	6,2 – 12,4	29	11,0	7,0 – 16,4	19	6,5	3,4 – 11,3	10
	AI	45,5	40,2 – 51,0	148	43,0	35,8 – 50,5	74	48,4	40,5 – 56,3	74
	AA	45,5	40,2 – 51,0	148	45,9	38,6 – 53,4	79	45,1	37,4 – 53,0	69
Albufeira	BA	12,2	5,3 – 23,5	6	14,8	5,2 – 31,5	4	9,1	1,9 – 26,1	2
	AI	34,7	22,5 – 48,6	17	29,6	15,1 – 48,2	8	40,9	22,5 – 61,5	9
	AA	53,1	39,2 – 66,5	26	55,6	37,1 – 72,9	15	50,0	30,2 – 69,8	11
Faro	BA	0,0	.	0	0,0	.	0	0,0	.	0
	AI	51,4	35,3 – 63	18	57,1	31,9 – 79,7	8	47,6	27,7 – 68,1	10
	AA	48,6	32,7 – 64,7	17	42,9	20,3 – 68,1	6	52,4	31,9 – 72,3	11
Lagoa	BA	6,7	0,7 – 27,2	1	12,5	1,4 – 45,4	1	0,0	.	0
	AI	66,7	41,6 – 86,0	10	50,0	19,9 – 80,1	4	85,7	49,9 – 98,4	6

	AA	26,7	9,7 – 51,7	4	37,5	11,9 – 70,5	3	14,3	1,6 – 50,1	1
Lagos	BA	0,0	.	0	0,0	.	0	0,0	.	0
	AI	57,7	38,7 – 75,0	15	53,8	28,3 – 77,9	7	61,5	35,0 – 83,5	8
	AA	42,3	25,0 – 61,3	11	46,2	22,1 – 71,7	6	38,5	16,5 – 65,0	5
Loulé	BA	13,2	5,2 – 26,5	5	0,0	.	0	17,2	6,9 – 33,7	5
	AI	42,1	27,5 – 57,9	16	55,6	25,4 – 82,7	5	37,9	22,1 – 56,0	11
	AA	44,7	29,8 – 60,4	17	44,4	17,3 – 74,6	4	44,8	27,9 – 62,7	13
Olhão	BA	14,1	7,5 – 23,5	10	17,0	8,7 – 28,7	9	5,6	,6 – 23,2	1
	AI	49,3	37,9 – 60,8	35	49,1	35,9 – 62,3	26	50,0	28,4 – 71,6	9
	AA	36,6	26,1 – 48,2	26	34,0	22,3 – 47,3	18	44,4	23,7 – 66,8	8
Portimão	BA	6,9	2,4 – 15,6	4	8,0	1,7 – 23,3	2	6,1	1,3 - 18,1	2
	AI	43,1	31,0 – 55,9	25	36,0	19,5 – 55,5	9	48,5	32,2 – 65,1	16
	AA	50,0	37,4 – 62,6	29	56,0	36,8 – 73,9	14	45,5	29,4 – 62,2	15
Silves	BA	9,1	2,6 – 22,3	3	13,0	3,8 – 30,9	3	0,0	.	0
	AI	36,4	21,6 – 53,4	12	30,4	14,8 – 50,7	7	50,0	22,4 – 77,6	5
	AA	54,5	37,8 – 70,6	18	56,5	36,5 – 75,0	13	50,0	22,4 – 77,6	5

Legenda: BA – Baixa Adesão; AI – Adesão Intermédia; AA – Alta Adesão

Os dados relativos às respostas “sim” de cada pergunta do Índice KIDMED apresentam-se no *Quadro 33*. Através do teste do qui-quadrado foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre sexos para algumas perguntas. Assim, os rapazes referem mais vezes “frequentar, mais de uma vez por semana, restaurantes de *fast-food*” ($p=0,006$), “consumir massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)” ($p < 0,001$).

Quadro 33 - Hábitos alimentares associados ao Índice KIDMED

	Prevalência (%)	IC 95%	n
Consumes uma peça de fruta ou sumo de fruta todos os dias?	68,6	63,4 – 73,5	223
Consumes uma segunda peça de fruta todos os dias?	37,8	32,7 – 43,2	123
Consumes regularmente produtos hortícolas frescos ou cozinhados, pelo menos uma vez por dia?	68,9	63,7 – 73,8	224
Consumes regularmente produtos hortícolas frescos ou cozinhados, mais de uma vez por dia?	43,4	38,1 – 48,8	141
Consumes regularmente peixe (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)?	64,3	59,0 – 69,4	209
Frequentas, mais de uma vez por semana, restaurantes de <i>fast-food</i> ?	15,1	11,5 – 19,3	49
Consumes leguminosas mais de uma vez por semana?	64,3	59,0 – 69,4	209

Consome massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)?	72,9	67,9 – 77,5	237
Consomes cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc.) ao pequeno-almoço?	83,7	79,4 – 87,4	272
Consomes regularmente frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, etc.), pelo menos 2 a 3 vezes por semana?	29,8	25,1 – 35,0	97
Usas azeite em casa?	94,8	91,9 – 96,8	308
Costumas tomar o pequeno-almoço?	87,7	83,8 – 90,9	285
Consomes laticínios (leite, iogurte, etc.) ao pequeno-almoço?	82,8	78,4 – 86,6	269
Consomes produtos confeccionados ou de pastelaria ao pequeno-almoço?	22,2	17,9 – 26,9	72
Consomes diariamente 2 iogurtes e/ou queijo (40g)?	40,0	34,8 – 45,4	130
Consomes doces ou guloseimas todos os dias?	16,3	12,6 – 20,6	53

Legenda: IC – Intervalo de confiança

A distribuição da adesão ao PAM de acordo com a classificação do percentil IMC/idade encontra-se descrita no *Quadro 34*.

Quadro 34. Categorias do Percentil IMC/Idade dos participantes e Índice KIDMED

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Baixa Adesão (n=29)	Magreza	0,0	-	0
	Peso Normal	79,3	62,2 – 90,9	23
	Excesso de Peso	17,2	6,9 – 33,7	5
	Obesidade	3,4	0,4 – 15,0	1
Adesão Intermédia (n=148)	Magreza	0,7	0,1 – 3,1	1
	Peso Normal	81,1	74,2 – 86,8	120
	Excesso de Peso	16,2	11,0 – 22,8	24
	Obesidade	2,0	0,6 – 5,3	3
Alta Adesão (n=148)	Magreza	1,4	0,3 – 4,3	2
	Peso Normal	77,7	70,5 – 83,8	115
	Excesso de Peso	18,2	12,7 – 25,0	27
	Obesidade	2,7	0,9 – 6,3	4

Através do teste de *Mann-Whitney*, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na pontuação do índice KIDMED entre sexos ($p=0,515$). Também não se encontrou associação estatisticamente significativa, através da análise do coeficiente de correlação de *Spearman*, entre

a pontuação do índice KIDMED e qualquer uma das características antropométricas ou na pressão arterial dos participantes ($p > 0,05$).

4.4. Atividade Física

4.4.1. Meio de transporte habitual para a escola e duração média da deslocação

Os dois principais meios de transporte referidos pelos participantes foram o carro (35,4%, $n=115$) e andar a pé (32,6%, $n=106$). Mais de metade dos participantes (65,2%, $n=212$) demora até 15 minutos a chegar à escola (*Quadro 35*).

Quadro 35. Meio de transporte habitual para a escola e duração média da deslocação ($n=325$)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Meio de transporte	A pé	32,6	27,7 – 37,8	106
	De carro	35,4	30,3 – 40,7	115
	De autocarro	29,2	24,5 – 34,3	95
	Outra (barco, bicicleta, autocarro e comboio)	2,8	1,4 – 5,0	9
Duração média	Até 15 minutos	65,2	59,9 – 70,3	212
	15 - 30 minutos	24,0	19,6 – 28,9	78
	30 - 60 minutos	9,8	7,0 – 13,4	32
	Mais de 60 minutos	0,9	0,3 – 2,4	3

4.4.2. Prática de desporto escolar

A maioria dos participantes (90,2%, $n=293$) não pratica desporto escolar. Dos que praticam (9,8%, $n=32$), 50% ($n=16$) são rapazes e 50% ($n=16$) são raparigas. Destes 81,3% ($n=26$) praticam desportos coletivos como o futebol/ futsal ($n=6$), *badminton* ($n=3$), basquetebol ($n=1$), voleibol ($n=6$) e 31,3% ($n=10$) e dedicam uma, média de 2 horas, semanais a esse desporto (*Quadro 36*).

Verificou-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o número de rapazes e raparigas a praticar desporto escolar ($\chi^2 = 0,122$; $p = 0,727$), contudo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no total de tempo dedicado a essa prática na semana ($\chi^2 = 10,400$; $p = 0,034$), onde os rapazes dedicam mais tempo que as raparigas.

Quadro 36. Informação sobre a prática de desporto escolar dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Desporto escolar ($n=325$)	Não	90,2	86,6 – 93,0	293
	Sim	9,8	7,0 – 13,4	32
Quais ($n=32$)	Artes marciais e lutas (karaté)	3,1	0,3 – 13,7	1
	Atletismo (correr, caminhar)	3,1	0,3 – 13,7	1

	Desportos coletivos (futebol, basquetebol, voleibol, ...)	81,3	65,4 – 91,8	26
	Desportos náuticos e aquáticos (natação)	3,1	0,3 – 13,7	1
	Desportos radicais (Btt)	3,1	0,3 – 13,7	1
	Dança/ Ginástica	6,3	1,3 – 18,6	2
Média de horas semanais (n=32)	1 hora	25,0	12,6 – 41,7	8
	2 horas	31,3	17,3 – 48,4	10
	3 horas	15,6	6,2 – 30,9	5
	4 horas	15,6	6,2 – 30,9	5
	+ de 5 horas	12,5	4,4 – 27,0	4

4.4.3. Prática de desporto fora da escola

Mais de metade dos participantes (55,4%, n=180) pratica desporto fora da escola. As três categorias de desportos mais referidas foram os desportos coletivos (30,6%, n=55), os desportos individuais (17,2%, n=31), e os desportos náuticos/aquáticos (16,7%, n=30). Observou-se que 42,5% (n=76) dedicam, uma média, de mais de 5 horas semanais a esse desporto (*Quadro 37*). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os rapazes e as raparigas, onde os rapazes praticam mais desporto fora da escola do que as raparigas ($\chi^2= 20,518$; $p= 0,000$) e dedicam mais tempo semanal a esses desportos ($\chi^2= 12,960$; $p= 0,011$).

Também se encontrou uma associação positiva entre a prática de desporto fora da escola e a perceção do estado de saúde (KW=17,418; $p=0,001$), os alunos que praticam desporto fora da escola percecionam-se com um melhor estado de saúde.

Quadro 37. Informação sobre a prática de desporto fora da escola dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Desporto fora da escola (n=325)	Não	44,6	39,3 – 50,0	145
	Sim	55,4	50,0 – 60,7	180
Quais (n=180)	Artes marciais e lutas	10,0	6,3 – 15,0	18
	Atletismo (correr, caminhar)	5,6	2,9 – 9,6	10
	Desportos coletivos (rugby, ténis, futebol, ...)	30,6	24,2 – 37,6	55
	Desportos motorizados (motocross)	0,6	0,1 – 2,6	1
	Desportos náuticos e aquáticos (natação, vela, surf)	16,7	11,8 – 22,6	30
	Desportos individuais (golf, equitação, ginásio, patinagem)	17,2	12,3 – 23,2	31
	Desportos radicais (escalada, btt)	0,6	0,1 – 2,6	1
	Dança/ Ginástica	11,1	7,1 – 16,3	20
	Vários (diferentes modalidades)	7,8	4,5 – 12,4	14

Média de horas semanais (n=179)	1 hora	5,6	2,9 – 9,7	10
	2 horas	22,3	16,7 – 28,9	40
	3 horas	15,6	10,9 – 21,5	28
	4 horas	14,0	9,5 – 19,6	25
	+ de 5 horas	42,5	35,4 – 49,8	76

4.4.4. Atividades desportivas de lazer

Mais de metade dos participantes (60%, n=195) refere praticar atividades desportivas de lazer sendo que grande parte deles (40,2%, n=78) pratica mais do que uma atividade desportiva de lazer (*Quadro 38*).

Quadro 38. Informação sobre as atividades desportivas de lazer dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Atividades desportivas de lazer (n=325)	Não	40,0	34,8 – 45,4	130
	Sim	60,0	54,6 – 65,2	195
Quais (n=194)	Artes marciais e lutas (karaté)	0,5	0,1 – 2,4	1
	Atletismo (correr, caminhar)	8,2	5,0 – 12,7	16
	Desportos coletivos	18,6	13,6 – 24,5	36
	Desportos náuticos e aquáticos (natação, canoagem)	10,8	7,0 – 15,8	21
	Desportos individuais (ciclismo, ginásio, calistenia)	20,1	14,9 – 26,2	39
	Desportos radicais (Btt)	1,0	0,2 – 3,3	2
	Dança/ Ginástica	0,5	0,1 – 2,4	1
	Vários (diferentes atividades)	40,2	33,5 – 47,2	78
Média de horas semanais (n=194)	1 hora	29,9	23,8 – 36,6	58
	2 horas	28,4	22,4 – 35,0	55
	3 horas	20,6	15,4 – 26,7	40
	4 horas	10,8	7,0 – 15,8	21
	+ de 5 horas	10,3	6,6 – 15,2	20

4.4.5. Atividade física total durante a semana

O total de horas de atividade física refere-se à soma das horas dedicadas semanalmente ao desporto escolar, desporto estruturado fora da escola e atividades desportivas de lazer. Cerca de 37% dos participantes (n=92) dedica, entre 4 a 6 horas, à prática de atividade física (*Quadro 39*).

Quadro 39 - Total de horas de atividade física durante a semana dos participantes

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Intervalo de horas (n=248)	0 horas	0,0	-	0
	1 a 3 horas	35,9	30,1 – 42,0	89
	4 a 6 horas	37,1	31,3 – 43,2	92
	7 a 9 horas	19,8	15,2 – 25,0	49
	+ de 10 horas	7,3	4,5 – 11,0	18

IC – Intervalo de confiança

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o número de horas de atividade física semanal ($r_{\text{spearman}}=0,008$; $p=0,903$) com o percentil IMC/idade, nem com o número de horas sedentárias na semana ($r_{\text{spearman}}=-0,087$; $p=0,119$).

4.4.6. Atividade preferida nos tempos livres

As três principais atividades preferidas referidas pelos participantes foram: praticar desporto (32,6%, n=106), estar no computador, ao telemóvel e nas redes sociais (15,4%, n=50) e estar com os amigos (11,7%, n=38) (Quadro 40).

Quadro 40. Informação sobre as atividades preferidas dos participantes (n=325)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Atividade Preferida	Estar com os amigos	11,7	8,5 – 15,5	38
	Ver televisão, filmes, séries	9,8	7,0 – 13,4	32
	Descansar	3,1	1,6 – 5,4	10
	Brincar com os meus animais	0,9	0,3 – 2,4	3
	Andar de mota	1,8	0,8 – 3,8	6
	Passear	8,3	5,7 – 11,7	27
	Desenhar	1,2	0,4 – 2,9	4
	Estar no computador, ao telemóvel e nas redes sociais	15,4	11,8 – 19,6	50
	Praticar desporto	32,6	27,7 – 37,8	106
	Ler e escrever	3,4	1,8 – 5,8	11
	Ouvir música	5,8	3,7 – 8,8	19
	Praticar música	3,4	1,8 – 5,8	11
	Outras (estudar, comer, <i>cardistry</i> , compras, tirar fotos, fazer pulseiras, trabalhar na garagem)	2,5	1,2 – 4,6	8

4.4.7. Número de horas dedicadas a ver televisão ou jogar videojogos

Durante a semana, verificou-se que 27,8% (n=90) dos participantes passa uma média de 2 horas a ver televisão ou jogar videojogos e que durante o fim de semana essa média sobe para mais de 5 horas para 27,9% (n=90) dos participantes (Quadro 41).

Quadro 41. Número de horas que os participantes passam a ver televisão ou jogar videojogos

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Durante a semana (n=324)	0 horas	7,1	4,7- 10,3	23
	1 hora	29,3	24,6 – 34,4	95
	2 horas	27,8	23,1 – 32,8	90
	3 horas	17,0	13,2 – 21,3	55
	4 horas	7,4	4,9 – 10,6	24
	+ de 5 horas	11,4	8,3 – 15,2	37
Durante o fim de semana (n=323)	0 horas	4,0	2,3 – 6,6	13
	1 hora	12,7	9,4 – 16,7	41
	2 horas	18,3	14,3 – 22,8	59
	3 horas	21,7	17,4 – 26,4	70
	4 horas	15,5	11,9 – 19,7	50
	+ de 5 horas	27,9	23,2 – 32,9	90

4.5. Hábitos de saúde

4.5.1. Higiene do sono

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na duração média do sono entre os dias da semana e os dias de fim de semana (teste de *Wilcoxon*; $p < 0,001$). Registou-se uma média de 8 horas de sono durante a semana e uma média de 9,2 horas de sono durante o fim de semana. Apresenta-se a distribuição das horas de sono no *Quadro 42*.

Quadro 42. Número de horas de sono dos participantes durante a semana e ao fim de semana

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Horas de Sono na semana (n=325)	Menos de 8 horas	37,8	32,7 – 43,2	123
	8 horas	17,5	13,7 – 22,0	57
	Mais de 8 horas	44,6	39,3 – 50,0	145
Horas de sono no fim de semana (n=324)	Menos de 8 horas	12,7	9,4 – 16,6	41
	8 horas	13,3	9,9 – 17,3	43
	Mais de 8 horas	74,1	69,1 – 78,6	240

4.5.2. Higiene oral

Cerca de 81% (n=262) dos participantes referem lavar os dentes mais que 1x/dia (*Quadro 43*).

Quadro 43. Frequência com que os participantes lavam os dentes (n=324)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Lavar os dentes	Mais que 1 vez/ dia	80,9	76,3 – 84,9	262
	Pelo menos 1 vez/ dia	18,2	14,3 – 22,7	59
	Pelo menos 1 vez/ semana	0,3	0,0 – 1,4	1
	Raramente ou nunca	0,6	0,1 – 2,0	2

4.5.3. Percepção do estado de saúde

No geral, os participantes declaram a sua saúde como boa (60,5%, n=196) ou como razoável (20,1%, n=65) (*Quadro 44*).

Quadro 44. Percepção dos participantes do próprio estado de saúde (n=324)

		Prevalência (%)	IC 95%	n
Saúde	Excelente	18,8	14,9 – 23,4	61
	Boa	60,5	55,1 – 65,7	196
	Razoável	20,1	16,0 – 24,7	65
	Má	0,6	0,1 – 2,0	2

Analisando a percepção do estado de saúde e a sua associação com outras variáveis em estudo, verificou-se que os inquiridos que entendem a sua saúde como “má”, apresentam uma pontuação significativamente mais baixa (KW=31,2; $p<0,001$) no índice KIDMED. Estes inquiridos são também os que apresentam perímetro da cintura mais elevado (KW=9,3; $p=0,025$) (*Quadro 45*).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que tomam o pequeno-almoço e aqueles que não o fazem. A toma desta refeição está associada a uma percepção mais positiva do estado de saúde (MW=4403; $p=0,002$).

Quadro 45. Percepção do estado de saúde, índice KIDMED e perímetro da cintura

Como é a tua saúde?	Pontuação KIDMED*			Perímetro da cintura*		
	M	Md	DP	M	Md	DP
Excelente	7,9	8,0	2,50	71,1	70,0	7,40
Boa	7,0	7,0	2,24	70,7	70,0	7,34
Razoável	5,6	5,0	2,46	75,1	73,5	12,12
Má	3,0	3,0	1,41	82,5	82,5	3,54

* Diferenças estatisticamente significativas entre grupos; Teste de Kruskal-Wallis; $p<0,05$

5. Conclusões

Este estudo permitiu caracterizar a população de jovens do 10º ano de escolaridade na região do Algarve. Registaram-se práticas e hábitos salutareos, que devem ser promovidos e enaltecidos.

INDICADORES A ENALTECER

Estado ponderal

- O percentil IMC/Idade médio dos participantes é o percentil 54 (DP \pm 27,6);

Hábitos alimentares

- 42,5% (n=138) dos participantes faz cinco refeições diárias;
- O pão (75,2%), os cereais de pequeno-almoço (68,4%), o leite (74,8%), a fruta (54,3%) e o iogurte (46,1%) são dos alimentos mais mencionados como fazendo parte do pequeno-almoço;
- 41,5% (n=135) dos participantes almoçam no refeitório escolar durante a semana;
- 74,1% (n=220) consome peixe ao almoço e 80,1% (n=234) ao jantar;
- A salada é consumida por 78,5% (n=234) dos participantes ao almoço e por 79,5% (n=233) ao jantar;
- As leguminosas são um componente habitual do prato para 56,4% (n=168) dos participantes ao almoço e para 55,6% (n=163) ao jantar;
- A fruta é a sobremesa de eleição para 84,2% (n=165) dos participantes ao almoço e para 77,5% (n=155) ao jantar;
- 96,9% (n=279) dos participantes bebem água na refeição do almoço e 95% (n=264) na refeição do jantar;
- 19,1% (n=62) dos participantes bebe mais de 1,5L de água por dia;
- 45,5% (n=148) dos participantes apresenta alta adesão ao PAM;

Atividade física e hábitos de saúde

- Mais de metade dos participantes (55,4%, n=180) pratica desporto fora da escola. E, destes, 42,5% (n=76) dedicam uma média, de mais de 5 horas semanais a essa prática;
- 60,5% (n=196) dos participantes declaram o seu estado de saúde como bom;
- 81% (n=262) dos participantes referem lavar os dentes mais que 1x/dia.

Contudo, verificou-se também que é importante promover intervenções de educação alimentar e de promoção da saúde. Considera-se que devem ser feitos esforços para melhorar alguns indicadores, contribuindo para um crescimento saudável e desenvolvimento adequado dos jovens da região.

INDICADORES A MELHORAR

Estado ponderal

- 19,7% (n=64) dos participantes têm excesso de peso;

Hábitos alimentares

- 8,9% (n=29) dos participantes apresenta baixa adesão ao PAM, e 45,5% (n=148) uma adesão intermédia;
- 13,2% (n=43) dos participantes não toma o pequeno-almoço;
- 48,9% (n= 159) dos participantes consome sopa ao almoço e 48,6% (n=156) ao jantar;
- 30,8% (n=100) dos participantes come sandes ao almoço em substituição do prato;
- 9,2% (n=30) dos participantes bebe menos de 0,5L de água;
- 5,5% (n=18) dos participantes bebe cerveja, no mínimo, uma vez por semana e 18,5% (n=60) refere o consumo mensal de bebidas destiladas;

Insegurança alimentar

- 11,4% (n=37) dos participantes refere que às vezes vai para a escola ou para a cama com fome por não haver comida suficiente em casa;

Atividade física e hábitos de sono

- 90,2% (n=293) dos participantes não pratica desporto escolar e 44,6% (n=145) não pratica desporto fora da escola;
- 27,8% (n=90) dos participantes passa uma, média de 2 horas, a ver televisão ou jogar videojogos durante a semana e durante o fim de semana, essa média sobe para mais de 5 horas, para 27,9% (n=90) dos participantes;
- 37,8% (n=123) dorme menos de 8 horas por dia durante a semana e 12,7% (n=41) dorme menos de 8 horas por dia durante o fim de semana.

6. Referências Bibliográficas

1. Fleiss, J. L., Levin, B., Paik, M.C. Statistical Methods for Rates and Proportions. Third Edition. John Wiley & Sons. New York. 2003.
2. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public Health Nutrition, 2004; 7(7): 931-935. Disponível em:
<https://doi.org/10.1079/PHN2004556>
3. Bach A, Serra-Majem L, Carrasco JL, Roman B, Ngo J, Bertomeu I, Obrador B. The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. Public Health Nutrition, 2006; 9(1A): 132-146. Disponível em:
<https://doi.org/10.1079/PHN2005936>
4. Mateus MP. Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico em jovens no Algarve [Trabalho de dissertação desenvolvido para obter o grau de Doutor em Ciências do Consumo Alimentar e Nutrição]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2012. Disponível em:
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/66678>
5. Rito A, Breda J, Carmo I. Guia de avaliação do estado nutricional Infantil e Juvenil. Publicação da Direção Geral da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde-Dr. Ricardo Jorge. Lisboa. Dezembro 2010. Disponível em:
<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>
6. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: Part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. Circulation. 2005 Feb 8;111(5):697-716. Disponível em:
<http://doi:10.1161/01.CIR.0000154900.76284.F6>
7. World Health Organization. BMI-for-age (5-19 years) [página da internet] [acedido a 08 de março de 2019]. Disponível em:
https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
8. Programa de Desenvolvimento Rural. Classificação das Freguesias do Continente em Rurais e Não Rurais. PRODER. Disponível em:
http://www.proder.pt/ResourcesUser/Documentos_Diversos/33/PDRc_Freg_ZRurais_NUTIs_rev2_corrigido.pdf

9. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Portugal. 2011. Disponível em:
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y

10. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007;85(9):660-7. Disponível em:
<http://doi:10.2471/BLT.07.043497>



Autores:

Maria Palma Mateus
Joana Margarida Bôto
Ezequiel Pinto

Faro, maio de 2019